Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Santos, Ana Rita de Alcobia, 1989-

Psicologia clínica com idosos em contexto comunitário

http://hdl.handle.net/11067/1739

Metadados

Data de Publicação 2015-11-12

Resumo O presente documento pretende relatar o estágio académico desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio descrito teve lugar na Instituição de Solidariedade Social – Pró Alcântara, com os objetivos de conhecer a instituição e as respetivas necessidades e características, a realização de avaliação psicológica, a realização de sessões de aconselhamento psicológico e a implementação de um programa de promoção de competências. O estágio concedeu...

Palavras Chave Idosos - Psicologia, Idosos - Assistência em instituições, Psicologia clínica - Prática profissional, Pró Alcântara (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-18T06:34:30Z com informação proveniente do Repositório

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Psicologia clínica com idosos em contexto comunitário

Realizado por:
Ana Rita de Alcobia Santos
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Relatório aprovado em: 9 de Novembro de 2015

Lisboa

2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Psicologia clínica com idosos em contexto comunitário

Ana Rita de Alcobia Santos

Lisboa

Setembro 2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Psicologia clínica com idosos em contexto comunitário

Ana Rita de Alcobia Santos

Lisboa

Setembro 2015

Ana Rita de Alcobia Santos

Psicologia clínica com idosos em contexto comunitário

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientador de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Lisboa

Setembro 2015

Ficha Técnica

Autora	Ana Rita de Alcobia Santos
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador de estágio	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Título	Psicologia clínica com idosos em contexto comunitário
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SANTOS, Ana Rita de Alcobia, 1989-

Psicologia clínica com idosos em contexto comunitário / Ana Rita de Alcobia Santos ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-
II – REBELO, António Martins Fernandes, 1954-
III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH
1. Idosos - Psicologia
2. Idosos - Assistência em instituições
3. Psicologia clínica - Prática profissional
4. Pró Alcântara (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Older people - Psychology
2. Older people - Institutional care
3. Clinical psychology - Practice
4. Pró Alcântara (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. BF724.55.A35 S26 2015

Agradecimentos

Agradeço ao orientador de estágio Prof. Doutor António Rebelo, pela orientação, paciência e apoio ao longo de todo o estágio.

Agradeço à coordenadora de mestrado, Prof. Doutora Tânia Gaspar pela dedicação prestada à organização do mestrado em psicologia clínica.

Agradeço à supervisora de estágio Prof. Doutora Túlia Cabrita, pela calma, compreensão, dedicação e auxilio em todos os momentos.

Agradeço aos meus amigos e colaboradores Pedro Conceição e João Rio, pela dedicação, disponibilidade e prestação no auxílio da realização de objetos de apoio a projetos desempenhados ao longo do estágio.

Agradeço aos utentes da associação de solidariedade Pró-Alcântara, pela enorme coragem demonstrada.

Agradeço aos meus pais pela persistência e dedicação, pois sem eles nada seria possível.

E agradeço ainda a todos aqueles que embora não sejam citados contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste documento.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

Resumo

O presente documento pretende relatar o estágio académico desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio descrito teve lugar na Instituição de Solidariedade Social – Pró Alcântara, com os objetivos de conhecer a instituição e as respetivas necessidades e características, a realização de avaliação psicológica, a realização de sessões de aconselhamento psicológico e a implementação de um programa de promoção de competências. O estágio concedeu a oportunidade de contacto com a realidade profissional do psicólogo clínico em contexto comunitário, permitindo a proximidade à realidade de vida de uma população idosa. São expostas as atividades efetuadas inerentes ao estágio como o desenvolvimento de um programa de promoção de competências, visitas domiciliárias e realização de eventos lúdicos com objetivos terapêuticos. É também apresentado o acompanhamento e desenvolvimento de dois estudos de caso contendo as respetivas avaliações psicológicas, instrumentos utilizados e planos terapêuticos centrados no modelo cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: estágio académico; psicologia clínica; contexto comunitário; população idosa; modelo cognitivo-comportamental.

Abstrat

This document intends to report the academic internship developed under the Master in Clinical Psychology from the Lusíada University of Lisbon. The described internship took place at the Institution of Social Solidarity - Pro Alcântara, aiming to meet the institution and the respective needs and characteristics, carrying out psychological evaluation, conducting counseling sessions and the implementation of a program to promote skills. The internship granted the opportunity to experience the reality of professional clinical psychologist in a community context, allowing the proximity to the reality of life of an aging population. The activities carried out are exposed inherent to the internship as in the development of a skills promotion program, home visits and conducting recreational events for therapeutic purposes. It also presented the monitoring and development of two case studies containing the respective psychological assessments, used instruments and treatment plans focused on cognitive-behavioral model.

Key Words: internship; clinical psychology; community context; aging population; cognitive-behavioral model.

Lista de Ilustrações

Ilustração 1: Resultados de Questionário de estado de saúde caso I 99
Ilustração 2: Resultados da prova SCL-90-R de caso I 101
Ilustração 3: Resultados de Questionário de estado de saúde caso II..... 130
Ilustração 4: Resultados da prova SCL-90-R de caso II..... 131

Lista de Tabelas

Tabela 1: Linhas orientadoras para a prática psicológica com adultos idosos 45
Tabela 2: Acompanhamentos durante o estágio 60
Tabela 3: Horário final de estágio 71
Tabela 4: Resumo de atividades de estágio 72
Tabela 5: Resumo de sessões de programa de competências 79
Tabela 6: Dados biográficos caso I 87
Tabela 7: Avaliação psicológica de caso I 97
Tabela 8: Resultados do inventário de ansiedade estado-traço, STAI 102
Tabela 9: Dados biográficos caso II 120
Tabela 10: Avaliação psicológica de caso II 129
Tabela 11: Resultados do inventário depressivo de Beck 132

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA -	American Psychological Assossiation
BDI -	Beck Depression Inventory
DSM-5 -	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MMSE -	Mini-Mental State Examination
MOS-SF-36 -	Short Form Health Survey
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPP -	Ordem dos Psicólogos Portugueses
SCL-90-R -	Symptom Checklist-90- Revised
STAI -	State-Trace Anxiety Inventory

Índice

Introdução 19
Caracterização da Instituição 21
Caracterização da População Alvo 23
Enquadramento Teórico 25
A psicologia clinica 25
Papel do psicólogo clinico 27
Princípios éticos e deontológicos do psicólogo 28
Intervenção psicológica 29
Avaliação psicológica 29
Aconselhamento 30
Psicoterapia de apoio 31
Promoção de Saúde 32
Intervenção comunitária 33
O apoio psicológico ao domicílio 35
Modelo Cognitivo-Comportamental 37
Análise comportamental aplicada 40
Dessensibilização comportamental 40
Tríade de Beck 41
Reestruturação cognitiva 41
Respiração diafragmática 42
Psicoeducação 42
Intervenção psicológica no envelhecimento 43
Velhice: Normal ou patológica 47
Patologias frequentes em idosos 49
Depressão em idosos 50
Ansiedade em idosos 54
Objetivos de Estágio 57
Método 59
Instrumentos 63
Provas psicológicas 63
Entrevista clínica 66
Observação clínica 68

Anamnese 69
Exame do estado mental 69
Procedimentos 70
Horário de estágio 70
Atividades de estágio 71
Formações de estágio 86
Estudos de Caso 87
Apresentação de Estudo de Caso 1 87
Identificação 87
Motivo da Consulta 87
História clínica 88
História do Desenvolvimento Psicossocial 89
Exame do estado mental 91
Avaliação Psicológica 95
Hipótese diagnostica 102
Diagnóstico diferencial 104
Plano terapêutico 105
1ª Sessão 106
2ª Sessão 107
3ª Sessão 107
4ª Sessão 108
5ª Sessão 108
6ª Sessão 109
7ª Sessão 109
8ª Sessão 109
11ª Sessão 110
13ª Sessão 111
14ª Sessão 111
16ª Sessão 112
18ª Sessão 113
19ª Sessão 113
20ª Sessão 114
21ª Sessão 115

Discussão de caso I 115
Apresentação de Estudo de Caso II 120
Identificação 120
Motivo da consulta 120
História clínica 121
História do desenvolvimento psicossocial 121
Exame do estado mental 125
Avaliação psicológica 128
Hipótese diagnostica 132
Diagnostico diferencial 133
Plano terapêutico 135
1ª Sessão 136
2ª Sessão 136
3ª Sessão 137
4ª Sessão 137
5ª Sessão 138
6ª Sessão 138
7ª Sessão 139
8ª Sessão 140
9ª Sessão 140
10ª Sessão 141
11ª Sessão 141
12ª Sessão 142
13ª Sessão 142
14ª Sessão 143
15ª Sessão 143
16ª Sessão 144
17ª Sessão 144
18ª Sessão 144
20ª Sessão 145
Discussão de caso II 145
Conclusão 149
Reflexão final 153

Referências Bibliográficas 155
Anexos 167
Lista de Anexos 169
Anexo A 171
Anexo B 191
Anexo C 215
Anexo D 221
Anexo E 225
Anexo F 231
Anexo G 235
Anexo H 241
Anexo I 247
Anexo J 251
Anexo K 255
Anexo L 259
Anexo M 263

Introdução

A elaboração do presente relatório de estágio tem como objetivo a apresentação e descrição de atividades realizadas no âmbito do estágio curricular em psicologia clínica no ano letivo correspondente a 2014/2015 realizado na Instituição de Solidariedade Social Pró-Alcântara.

A elaboração do presente documento é composta por uma fase inicial onde é descrita a instituição recetiva do estágio académico, bem como a caracterização da população alvo da mesma.

Em uma fase seguinte é apresentado o enquadramento teórico contendo em primeira instância uma perspetiva integradora e histórica de psicologia clinica onde se encontram inseridos o papel do psicólogo clínico e os pressupostos éticos e deontológicos do profissional de psicologia. Esta etapa é seguida de um contexto de diferentes e importantes áreas de intervenção psicológica. O enquadramento alberga ainda uma fase de esclarecimento de intervenção comunitária incluindo a visão do apoio domiciliário. Posteriormente é realizada uma contextualização do modelo utilizado, sendo este o modelo cognitivo-comportamental, incluindo a explicação de técnicas utilizadas e primordiais no desenvolvimento do estágio descrito. Por fim é apresentada a descrição de intervenção centrada no idoso bem como a comparação de patologia e normalidade dentro do espetro da velhice, terminando com patologias frequentes dentro dessa mesma faixa etária.

O documento segue com a descrição dos objetivos de estágio propostos e o método utilizado para a realização do mesmo, integrando os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados. Finalmente culmina na apresentação de dois estudos de casos clínicos, e em uma conclusão do testemunho bem como uma reflexão final.

Caracterização da Instituição

Fundada a 18 de Novembro de 2011, a Pró-Alcântara adquiriu o estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) em 2012 sendo uma associação sem fins lucrativos e de natureza privada, com campo de ação na freguesia de Alcântara.

Possui como missão fulcral apoiar a população idosa em situação de carência, dependência e/ou solidão, quer pela idade quer por motivos de doença, nas tarefas diárias. Fornece ainda cabazes mensais a famílias carenciadas da zona de Alcântara, com a parceria do banco alimentar. É sua incumbência a promoção da autonomia e a integridade do ser humano, quer física quer psicologicamente, ajudando as famílias a viver de forma mais positiva e adaptada face à velhice ou à doença.

A associação tem como objetivos, a promoção do espirito de cidadania e entreajuda na freguesia de Alcântara; a promoção de voluntariado no acompanhamento e ajuda a pessoas idosas no combate à solidão e criação de uma rede social, instituindo protocolos e parcerias para que, em conjunto, possam atingir os restantes objetivos essenciais da instituição. Algumas das parcerias dizem respeito a: A Padeira, Farmácia Teles, Instituto Visual Luís de Camões, Invescoelho, Administração Serviços S.A., jornal O comércio de Alcântara, entre outros.

A instituição conta ainda com o apoio da Junta de Freguesia de Alcântara, sendo a instituição uma forma de resposta a necessidades da população carenciada da freguesia. São efetuadas diversas atividades em conjunto que visam o conhecimento das carências e dificuldades da comunidade bem como o seu apoio social e psicológico.

Existe ainda a parceria com a instituição Alkajuda, sendo uma instituição de apoio social, trabalha dois tipos de população, uma população mais jovem e uma população idosa. Foram realizados em conjunto acompanhamentos psicológicos à população alvo da comunidade do Alvito Velho com o objetivo de promover a integração social,

comunitária e de saúde, criando coesão dentro da comunidade do bairro.

Nomeadamente o apoio domiciliário á população idosa, isolada e com fraca mobilidade.

Caracterização da População Alvo

A população alvo da instituição corresponde à faixa etária acima dos 65 anos, com idades médias compreendidas entre os 65 e os 90 anos. Maioritariamente mulheres, viúvas, a residirem sozinhas, com redes de suporte social e familiares precários e sinais de dependência no que refere a alguns serviços, nomeadamente de saúde.

A identificação de casos é usualmente realizada através da Junta de Freguesia de Alcântara ou através dos técnicos e funcionários da própria instituição. Podem ainda ser identificados casos através de visitas domiciliárias realizadas em conjunto com a Junta de Freguesia. As problemáticas mais frequentes dentro desta população dizem respeito a solidão, isolamento social, falta de redes de suporte, doenças crónicas, perda de autonomia, depressão e ansiedade. Trata-se de uma população pouco ativa, desmotivada para a realização de tarefas, de um estatuto socioeconómico elevado e nível de alfabetização médio/alto.

Enquadramento Teórico

A psicologia clinica

A partir de diferentes áreas e práticas, especialmente médicas, foi possível nascer uma nova disciplina, centrada num contexto científico: a psicologia clínica. Inicialmente a psicologia clínica centrava-se em características e práticas psicométricas, passando posteriormente a desenvolver um trabalho prático com pessoas e a respeitar as suas particularidades individuais para além das suas características laboratoriais (Pinto, 2001). Com o objetivo de criar uma nova forma de trabalho, menos centrada na compilação de quadros patológicos passou-se a investir em uma nova conduta na qual a observação, a entrevista e o conhecimento profundo do sujeito passam a ser prioritários (Leal, 2008).

Consequentemente a psiquiatria clínica desenvolveu-se, muito devido a novas correntes de pensamento perpetuadas por autores como Pinel, Tuke e Rush. Que com o seu interesse em interpretar psicologicamente loucura acrescentaram a esta área a necessidade de individualidade como objeto cientifico. Bem como a descrição e ordenação de factos para a contribuição de hipóteses teóricas que não fossem necessariamente verificáveis (Pedinnielli, 1999).

Vários foram os fundadores desta disciplina, contribuindo como forma de inspiração e trabalho para o seu crescimento. Em 1919 foi aberta uma secção clínica, por parte da American Psychological Assossiation (APA), onde estavam englobados os psicólogos clínicos com a tarefa de estudo de casos individuais, a contribuição para o diagnóstico, a realização de avaliações e terapias individuais ou em grupo (Pinto,2002). Pierre Janet promove a reflexão psicológica, criticando o excesso de racionalidade e pesquisas em laboratório em que são isoladas variáveis, mostrando por outro lado um interesse pelo

particular, pela observação fina e pelo estudo exaustivo de casos, analisados de forma isolada (Furtado, Bock & Gonçalves, 2001).

Sigmund Freud torna-se uma referência pela sua análise de casos individuais na produção de teorias, a sua preocupação na compreensão de fenómenos psicológicos, o seu método, o recurso de inteligibilidade de condutas e o reforço da importância de relações entre sujeitos e observadores (Barlow, 2010). Claude Prévost auxilia na evolução e desenvolvimento da psicologia como é conhecida hoje ao observar a vida psicológica considerando-a um todo real e concreto. As influências de hereditariedade e do meio, as características normais e patológicas de personalidade são também tidas em consideração sem com isto esquematizar mas sim individualizar (Ribeiro, 2005).

A psicologia clínica passa a ser entendida como uma área que tem por aplicação a definição das capacidades comportamentais e as características do comportamento do individuo utilizando para tal métodos de medição, análise e observação. Com o objetivo principal de integrar os resultados dos mesmos com exames físicos e história social culminou-se na possibilidade de recomendação de ajustes ao comportamento do sujeito (Ribeiro & Leal, 1996).

A APA, no ano 2002 retrata a psicologia clinica como uma especialidade que providencia uma compreensão contínua da saúde mental e comportamental de forma individual e em família. Permite a análise e consulta a agências e comunidades; treino, educação e supervisão. Ao ser uma prática baseada em pesquisa e modelos fornece diagnóstico, avaliação, tratamento e prevenção de problemáticas psicológicas, emocionais e comportamentais ao longo do ciclo de vida. É uma especialidade em expansão, marcada pela compreensão e integração de conhecimento e técnica provinda de um conjunto amplo de disciplinas dentro e fora da própria psicologia. O alcance da

psicologia clinica engloba todas as idades, múltiplas diversidades e vários sistemas (APA, 2002).

O método Clínico foi transferido da tradição médica para que fosse aplicado em ciências do comportamento humano. Clinico deve a sua origem ao termo *clinicus*, oriundo do latim que significa aquele que visita o doente na cama. Esta origem etimológica refere-se no fundo a um atendimento personalizado e prático (Pedinnielli, 1999). Tem como objetivo a recolha de dados a respeito de possíveis doenças que possam afetar o ser humano e todas as consequências que afetam ou limitam a vida deste no que diz respeito ao seu poder, satisfação e duração (Aguiar, 2001).

Diz respeito à parceria entre sujeito investigado e investigador em que é possível ao primeiro produzir alguma dinâmica de interação que é sustentada pela teoria do segundo. O método clínico e o método científico encontram-se muito próximos pois ambos iniciam o processo com dados de observação que vão sugerir uma serie de hipóteses (Leal, 2008). Posteriormente estas hipóteses são avaliadas através de novas observações, para atingir uma teoria ou um diagnóstico operacional, sendo possível albergar todos os métodos de observação direta, anamnese, entrevista e técnicas psicométricas que tenham sido previamente definidas (Ribeiro & Leal, 1996).

O raciocínio Clínico centra-se em uma investigação das queixas a partir da história e observação do paciente, posteriormente ocorre a recolha de dados através de técnicas de diagnóstico adequado à situação. Estes mesmos dados são integrados para compreender a posição do paciente e estima-se as consequências positivas e negativas da utilização de meios psicométricos acrescidos ou de iniciação do plano terapêutico (Neto, 1998).

Papel do psicólogo clinico

O psicólogo clínico aplica na sua prática profissional contribuições específicas de educação, investigação e das próprias características da profissão advindas da área de

psicologia para a promoção e manutenção da saúde (APA, 2002). Exercem a prevenção e hipóteses de tratamento de doenças, lesões, incapacidades, ou o meio ambiente em que o sujeito se encontra inserido e de que forma estas influenciam a sua saúde. Através do seu trabalho e análise destes fatores, o psicólogo é capaz de contribuir para o melhoramento de sistemas e políticas de saúde (Belar, 2000).

Para além do seu trabalho de forma individual, o psicólogo clínico muitas vezes encontra-se enquadrado em uma equipa multidisciplinar onde contribui de diversas formas. Entre elas, com o diagnóstico, tratamento, ensino e treino de competências, investigação e prevenção (Romano, 1999). A identidade do profissional apoia-se em técnicas, teorias e métodos que sejam compatíveis entre eles e que permitam a compreensão total do quadro psicológico do sujeito para ser possível uma intervenção sustentada. Essencialmente, o papel do profissional em psicologia clinica é a capacidade de ajuda ao próximo, pessoa que se encontra em sofrimento, para que em conjunto se torne possível o encontro do sujeito em si mesmo (Brito, 2008).

Princípios éticos e deontológicos do psicólogo

Transversalmente à criação da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) foi concebido um código deontológico com o objetivo de auxiliar os psicólogos no exercício da sua profissão. Estão estipulados um conjunto de princípios e deveres gerais que devem ser compreendidos e executados pelos profissionais da área de psicologia (OPP, 2011).

Os princípios gerais a serem respeitados correspondem a (a) atuar com independência e isenção profissional; (b) prestigiar e dignificar a profissão; (c) colocar a sua capacidade ao serviço do interesse público; (d) empenhar-se no estabelecimento de uma dinâmica de cooperação social com o objetivo de melhorar o bem-estar individual e coletivo; (e) defender e fazer defender o sigilo profissional; (f) exigir aos seus

membros e colaboradores o respeito pela confidencialidade; (g) utilizar os instrumentos científicos adequados ao rigor exigido na prática da sua profissão; (h) conhecer e agir com respeito pelos preceitos legais e regulamentares e (i) respeitar as normas de incompatibilidade que decorram da lei (OPP, 2011).

Em relação aos deveres gerais, o psicólogo necessita de (a) abster-se de sancionar documentos ou de fazer declarações que indevidamente resultem em favorecimento próprio ou de outrem; (b) evitar a deturpação da interpretação do conteúdo, explícito ou implícito, de documentos de apoio técnico ao exercício da profissão, com o intuito de iludir a boa-fé de outrem; (c) defender os princípios da ética da profissão, recusando colaborar ou participar em qualquer serviço ou empreendimento que julgue ferir esses princípios; (d) exercer a sua atividade em áreas dentro da psicologia para as quais tenha recebido formação específica; (e) recusar quaisquer interferências no exercício da sua atividade que ponham em causa as aspetos técnico-científicos ou éticos do exercício profissional, sejam quais forem as suas funções e dependências hierárquicas ou o local onde exerce a sua atividade e (f) abster-se de utilizar materiais específicos da profissão para os quais não tenha recebido formação, que saiba desatualizados ou que sejam desadequados ao contexto de aplicação (OPP, 2011).

Intervenção psicológica

Intrínseco à prática clínica, subsistem várias formas de intervenção, diferentes entre si e portanto compostas por várias especificidades que devem ser adaptadas ao individuo e á situação em que este se encontra bem como ao conjunto de instrumentos ao alcance do profissional (Romano, 1999).

Avaliação psicológica

A avaliação psicológica pode ser realizada por vários motivos como um pedido específico. Quando o psicólogo se encontra em meio institucional este pedido pode

partir da própria instituição ou em meio comunitário por parte da associação em que o utente se encontra inserido (Gomes, 1999). Por vezes, esta intervenção é considerada como tarefa simples por outros técnicos, no entanto corresponde a um processo complexo que desempenha um papel crucial no diagnóstico e na própria intervenção (Diniz, Almeida & Pais, 2007).

Associada à avaliação está a diferença identificada entre a clinica de mãos nuas e a clínica instrumental. Sendo que a primeira se foca em ferramentas como a própria entrevista e observação e a segunda em instrumentos unicamente psicológicos preparados para alcançar a situação do sujeito (Ribeiro & Leal, 1996). Esta intervenção utiliza assim vários processos no estudo exaustivo do individuo como forma de instrumentos, podendo servir vários propósitos, como a elaboração de um diagnóstico pormenorizado, o alcance do grau de incapacidade psicológica do sujeito ou a orientação vocacional dentro de alguns contextos (Brito, 2008). Sumariamente, a avaliação psicológica diz respeito a uma pesquisa metódica de sinais e sintomas bem como de modificações no funcionamento e comportamento durante a entrevista e fora dela (através de dados fornecidos por pessoas próximas ao sujeito). Os dados podem ser recolhidos de diversas formas como observação direta do paciente e anamnese (Mackinnon & Yudofsky, 1988).

Aconselhamento

O aconselhamento diz respeito a uma intervenção psicológica que tem por base o uso da empatia como principal ferramenta, iniciado por Carl Rogers, promove o aceitamento total do individuo sem julgamento. É centrado na pessoa e no seu sofrimento, mas para além disso nas suas potencialidades, ao que permite trabalhar os recursos internos do individuo e a sua adaptação ao meio sem perder o respeito pelas suas crenças (Brown & Lent, 2000).

Trata-se de uma intervenção focada para problemas que maior angustia e desconforto causem ao sujeito no momento, é centrada em um curto espaço de tempo. O aconselhamento pode ser exercido por outros profissionais que não psicólogos, no entanto deve estar presente o intuito de atingir objetivos terapêuticos (Gladstein, 1983). Ligado ao apoio na tomada de decisões e estímulo à iniciativa ao longo das várias etapas de vida do ser humano, esta intervenção, engloba um especialista e um cliente. Com o objetivo de auxiliar na compreensão e construção de ferramentas e meios para a resolução de problemas (Brown & Robert, 2000). Nesta prática torna-se visível o papel principal da reflexão discursiva conjunta, por meio da entrevista, orientada pelo especialista que através das suas competências guia o cliente aceitando as suas particularidades e motivando a responsabilização da ação (Woolfe, Strawbridge. Douglas & Dryden, 2010). Por vezes faz sentido um acompanhamento especializado com o objetivo de compreender aprofundadamente uma determinada questão responsável pelo desconforto do sujeito, podendo neste caso seguir-se para um acompanhamento adaptado às suas características (Moita, 2001).

É uma técnica centrada em emoções e no disponibilizar de informação, podendo ser utilizada como avaliação de situações de risco, como redução de sofrimento emocional, diminuição de desajustamentos interpessoais e resolução de problemas. Pode ainda constituir uma ferramenta importante na prevenção de quadros depressivos, ao limitar consequências emocionais (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000).

Psicoterapia de apoio

A psicoterapia de apoio proporciona um espaço onde é definida a relação terapêutica dentro de um setting apropriado para atingir a diminuição de conflitos e de sofrimento. Trata-se de uma intervenção dinâmica, limitada pelo tempo e que procura objetivos precisos, onde é permitido ao sujeito um caminho de procura de si mesmo e de

modificações na sua forma de pensar e agir com o propósito de atingir um equilíbrio psicoafectivo (Brito, 2008). Esta forma de intervenção pode por um lado diminuir ou eliminar um determinado sintoma, como pode ter o propósito de atingir ou aumentar o equilíbrio psicológico. É uma intervenção que pode ser utilizada tendo por base qualquer quadro teórico que melhor se adeque ao psicólogo (Leal, 2000). Pode possuir vários objetivos, como o restabelecimento do equilíbrio psicológico e/ou emocional, o alivio de sintomas, reforçar defesas psicológicas, crescimento emocional, ajuda em adaptação ao meio em que se encontra inserido, consolidação de identidade, promoção de autonomia, entre outros (Cordioli, 1998).

Promoção de Saúde

A promoção de saúde torna possível a prevenção de ações e ideias que propiciam dificuldades e angústia em sujeitos. Esta forma de intervenção é fundamentada no aceitamento das consequências de circunstâncias vividas e da forma como são interpretadas, refletindo-se na saúde (Sícoli & Nascimento, 2003). A princípio era dada maior importância a comportamentos considerados de risco, como o consumo de tabaco e de álcool, ou a falta de comportamentos potenciadores de um estilo de vida saudável, como o exercício. Com o passar do tempo foi visível o aumento da preocupação também com outros fatores como as variáveis sociais e ambientais ou fatores psicológicos como stress e personalidade e o seu impacto no estado de saúde geral (Murphy & Bennett, 1999).

Em 1986 foi realizada a primeira conferência internacional para a promoção de saúde, que culminou em uma carta de Ottawa, na qual Portugal participou. Nesta carta é possível confirmar que a promoção de saúde é vista como um procedimento que procura ajudar os indivíduos e as comunidades a controlarem a sua saúde, de forma a melhora-la. A saúde passa a ser compreendida como um recurso de vida e não apenas como uma

finalidade, sendo promovida como um conceito positivo, acentuando os recursos sociais e capacidades físicas, bem como a necessidade de reforçar a ação comunitária e desenvolver competências pessoais, entre outros (WHO, 2009).

Sendo a saúde vista á luz de novas formas de pensar e de agir, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a importância do termo qualidade de vida centrada na perceção do próprio individuo com relação à sua posição de vida. Envolvendo fatores como o contexto cultural, os sistemas de valores, os seus objetivos de vida, as suas expectativas, as normas por que se rege e as suas preocupações. Torna-se portanto em uma visão complexa da pessoa, validando a saúde física, o estado psicológico o nível de independência, as relações pessoais, crenças e a relação com o ambiente (OMS, 2012).

Intervenção comunitária

A psicologia centra-se muito além da identificação, diagnóstico e tratamento de quadros patológicos, na medida em que existem diferentes contextos em que o psicólogo representa um papel importante, como em contexto comunitário. A psicologia tradicional dita terapêutica reúne conceitos muito próprios, tendo a razão como núcleo para a sanidade e conduta ajustada do ser humano (Costa & Brandão, 2005). No entanto, para além da razão sabemos hoje que o ser humano age segundo os seus interesses, por vezes não tão racionais, e que nesta medida uma forma de produzir mudança no seu comportamento corresponde á alteração dos seus interesses (Smail, 2010).

A psicologia dentro de um contexto comunitário apresenta ainda uma teoria alternativa, descrevendo que os sujeitos são movidos não pelas suas capacidades de racionalização e premeditação mas sim por forças sociais que os influenciam para além do seu controlo consciente (Orford, 2008). O início de uma psicologia centrada em

contextos comunitários ou psicologia comunitária nos anos sessenta baseou-se na perspetiva de que a ajuda deveria estar presente no mesmo local onde as problemáticas ocorrem, sendo esta fornecida o mais breve possível. Ocorreu então a substituição do modelo biológico e individual por um educacional e de planeamento social (Góis, 2008).

A doença deixou de ser apenas um fator pessoal para passar a ser atribuída alguma responsabilidade ao sistema social, proporcionando um ambiente adequado ao desenvolvimento individual. Os profissionais apresentam nesta perspetiva o papel de consultores, encontrando soluções para situações-problema e suporte á comunidade (Dalton, Elias & Wandersman, 2001). Existe então uma perspetiva de saúde mental em contexto comunitário voltada para a sua localização, nível de intervenção, tipo de serviços e a forma como são prestados, a sua estratégia, tipo de planeamento, recursos humanos existentes, processos de decisão e conceções etiológicas (Levine, Perkins & Perkins, 2005).

As suas prioridades são a intervenção em prevenção primária e intervenção em comunidade com uma perspetiva de mudança. Apoiado nesta ideia têm vindo a ser criados vários serviços focalizados no apoio a populações socialmente marginalizadas, tendo os psicólogos como objetivo o melhoramento do estado psicológico geral dos sujeitos neles inseridos (Ornelas, 1997). A psicologia comunitária centra-se em alguns pilares, sendo uma delas a perspetiva ecológica, caracterizada pela análise do ajustamento entre os indivíduos e os seus ambientes, bem como a sua capacidade relacional dentro de um grupo que forma a comunidade (Rappaport, 1977).

Outro pilar é a teoria da crise, com o argumento de que as várias situações de crise que ocorrem ao longo do ciclo de vida dos sujeitos surgem devido a falhas de socialização e consequentemente à falta de respostas. É então demonstrado que a

existência de moderadores com funções de suporte para situações de conflito tornam-se uma mais-valia (Rappaport & Seidman, 2000). Elementar é também o suporte social, na medida em que existem vários indivíduos em situações de isolamento, e portanto a falta de uma rede de suporte social torna-os mais vulneráveis a todo o tipo de problemáticas (Ornelas, 1997).

Através desta base de suporte social, advém a intervenção que contem diferentes níveis, como, o objetivo ou destinatário da intervenção; o estado inicial; o tipo de mudança que se pretende; os objetivos ou metas; o âmbito de aplicação; as técnicas e estratégias utilizadas e a duração necessária (Maton, Perkins & Saegert, 2006). Intervenção esta que pode ter como objetivo aumentar a participação da população na comunidade passando pela criação de espaços de contacto, como clubes de bairro ou de ajuda mutua, para ampliar a sua responsabilidade e conhecimento entre participantes (Fernandes, 2000). Uma técnica útil para estes espaços de contacto e outros serviços é a troca de recursos dentro da própria comunidade, aplicando o princípio de reciclagem de meios, para aumentar a qualidade dos já existentes e evitar a criação de novos vindos do exterior. Desta forma é também possível trabalhar o empowerment dentro da comunidade, criando contextos onde as pessoas isoladas adquirem maior influência em decisões que afetam a sua vida (Ornelas, 2008).

O apoio psicológico ao domicílio

O facto de o psicólogo trabalhar ao domicílio, ou seja em casa do paciente, requer certos cuidados e preocupações. Por um lado está presente o privilégio de indicações para observação que não seriam encontradas em um setting institucional e imparcial, como uma maior perceção e compreensão das condições de vida e do sofrimento do paciente, interações familiares, entre outros (Roncon & Menezes, 1993). Por outro lado deve estar presente a precaução para que o psicólogo não se imponha, mesmo que sem

intenção, nos horários do paciente, nas suas crenças e ideias ou até mesmo gostos pessoais, pois no fundo este encontra-se no centro da representação do mundo do sujeito, e o seu espaço deve ser respeitado (Laham, 2004).

Devido ao facto de o psicólogo se deslocar até ao espaço pessoal do outro, requer um elevado nível de profissionalismo, pois pressupõe limites no que diz respeito à relação terapêutica (Grilo, 2012). Trata-se de uma situação com maior imprevisibilidade do que o que seria esperado de uma consulta usual, porém, é esperada a criação de certos rituais que ajudam a manutenção de regras e postura dentro da relação terapêutica. A relação torna-se então a maior ferramenta do psicólogo dentro deste contexto, devendo no entanto estar presente a atenção a uma possível dependência por parte do idoso que deve ser gerida pelo profissional (Ciechanawski, Wagner, Schmaling, Schwartz, Williams, Diehr, Kulzer, Gray, Collier & LaGerfo, 2004). O profissional deve ainda ser uma pessoa capaz de lidar com sofrimento e situações por vezes precárias, pelo facto de não só assistir à dor e perceção da mesma por parte do sujeito, mas também passa a estar exposto à situação vivida por outro. Facto que exige um grande controlo e profissionalismo do psicólogo (Grilo, 2012).

Deve ser também capaz de estabelecer a relação através de uma postura empática e paciente, com frases curtas e linguagem adaptada, não criando objetivos terapêuticos demasiado limitados ou abrangentes e acima de tudo mantendo sempre o otimismo terapêutico (Paúl & Fonseca, 2001). O psicólogo deve estar preparado para várias dificuldades ao trabalhar uma população idosa, sejam motoras, cognitivas, patológicas, entre outras, para a sua intervenção ir de encontro às necessidades dos utentes, por vezes é necessário o apoio domiciliário (Grilo, 2012). Por este motivo é importante compreender que o apoio domiciliário é um serviço social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados ao domicílio, que por qualquer impedimento

não sejam capazes de assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas ou atividades de vida diária (Laham, 2004). Este serviço possui múltiplos objetivos, como a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias ou retardo e evitamento de institucionalização. Para tal são prestados cuidados de ordem física e psicossocial para que os sujeitos atinjam equilíbrio e bem-estar (Grilo, 2014).

Dentro desta prestação de serviços, o psicólogo tem por objetivo trabalhar com a população idosa não se centrando em patologias ou em aspetos específicos mas sim em uma visão global e abrangente da pessoa e das suas redes sociais e familiares para que seja possível transpor aspetos negativos (Laham, 2004). A interdisciplinaridade é crucial, através de profissionais como médicos, técnicos de serviço social, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, enfermeiros, pessoal auxiliar entre outros é possível corresponder às necessidades desta população. O psicólogo pode ainda tornar-se facilitador na comunicação entre uma equipa e os pacientes ou familiares por ser capaz de trazer á mesa a subjetividade da visão do paciente (Roncon & Menezes, 1993). Através de sinalização por parte da instituição, o psicólogo prossegue com a avaliação da situação, elaborando anamnese, exame físico, exame mental e avaliação funcional para que sejam avaliadas as áreas de maior dificuldade para o idoso. Também poderão ser utilizados testes de avaliação psicológica para a definição de um diagnóstico, embora acima de tudo a importância se mantenha na ajuda ao paciente em enfrentar situações de doença e aumentar os seus recursos psíquicos (Grilo, 2012).

Modelo Cognitivo-Comportamental

A partir das suas inúmeras intervenções é importante que o profissional de psicologia se guie por um quadro teórico. Através deste, o psicólogo irá optar por certas particularidades no que diz respeito às suas funções e á manutenção do processo de

acompanhamento (Gurman & Messer, 2003).Servirá de alicerce em opções de setting, na escolha do número de sessões, a duração de cada uma e o espaço de tempo entre elas. Pode ainda auxiliar a importância que será dada a dimensões verbais e não-verbais e á própria escolha de instrumentos de avaliação e a sua utilização (Leal, 2008).

De entre vários quadros teóricos, o modelo cognitivo comportamental, iniciado por volta da década de 60, onde diferentes teóricos apoiaram a ideia de que a cognição influência o comportamento. Esta teoria apresenta conceitos importantes para a compreensão do modelo terapêutico, entre eles está o sistema de crenças, que diz respeito a um sistema de noções ou perceções criadas pelo próprio sujeito acerca de si mesmo, dos outros e do futuro (Beck, 1997). Outro conceito é o de pensamentos automáticos, que diz respeito à espontaneidade de pensamentos que alimentam crenças negativas, tornando-as disfuncionais, influenciando o comportamento. Acreditam que a alteração no pensamento produz melhorias no humor e no comportamento e que essa melhoria resulta da alteração de crenças disfuncionais básicas do sujeito (Abreu & Roso, 2003). O tratamento passa então pela formulação cognitiva de um transtorno e pela compreensão que o individuo tem da mesma. O terapeuta tem por objetivo produzir mudança cognitiva, mudança no pensamento e sistema de crenças, para que esta se torne duradoura (Beck, 1997).

Por norma são abordados quatro elementos fundamentais ao estado psicológico do paciente, o ambiente, a biologia, as emoções e o comportamento. Foi então constatado que a modificação de padrões cognitivos disfuncionais formava alterações nos quatro elementos fundamentais citados, melhorando assim o estado global de funcionamento do sujeito (Araújo & Shinohara, 2002).Através de terapia cognitiva foi possível verificar melhores resultados em pacientes com depressão, bem como com outras patologias. São visíveis maiores diferenças significativas em doentes depressivos

através de terapia cognitiva em comparação com outras formas terapêuticas como a própria farmacoterapia (Firmino, 2006).

As recaídas tendem a ocorrer com menos frequência com uma continuação estável de terapia cognitiva. Dados estes factos torna-se, para além de outras características, em um quadro teórico forte e estável para uma intervenção cuidada e sustentada por parte do psicólogo (Gurman & Messer, 2003). O objetivo primordial do modelo cognitivo-comportamental é a mudança cognitiva, pois ao ser verificada, promove alteração no pensamento do sujeito, essas modificações tornam-se duradouras e refletem-se no comportamento e no estado emocional e psicológico do individuo (Cordioli, 1998).

O modelo centra as suas técnicas essencialmente em dois quadros psicopatológicos, sendo os mesmos quadros ansiosos e quadros depressivos. Estes quadros clínicos apresentam uma grande probabilidade de comorbilidade entre si e ainda com outros foros psicopatológicos. Para o tratamento dos mesmos, o modelo cognitivo-comportamental apresenta técnicas comportamentais específicas para problemáticas do foro ansioso e técnicas cognitivas especificas para problemáticas do foro depressivo (Wyatt & Seid, 2009).

As teorias comportamentais focam-se em comportamentos observáveis e consideram o ambiente como a maior influencia no comportamento humano. Como ideias fundamentais foca-se nos antecedentes e consequentes de um comportamento, no presente e rege-se pela normativa que os comportamentos são alterados segundo o ambiente (Beck & Emery, 1985). Através do processo terapêutico podem ser utilizadas diferentes técnicas e modelos teóricos. O condicionamento operante requer uma análise cuidada do ambiente no qual o problema comportamental ocorre, enquanto ao basear-se no condicionamento clássico, utiliza técnicas de tratamento de ansiedade ou medos irracionais (Beck, 1973). Dentro do modelo comportamental existem diferentes técnicas

utilizadas no tratamento de quadros patológicos, principalmente em patologias com base ansiogénica:

Análise comportamental aplicada

Através desta técnica o terapeuta analisa de forma cuidada o ambiente onde ocorre a problemática ou o comportamento problemático. Avaliando os antecedentes do comportamento bem como os consequentes, centrando-se sempre num período de tempo presente. Esta analise pode ser realizada através de observação direta dos comportamentos do individuo ou através de relato de pessoas próximas ao sujeito (Salkovskis, 2005). Posteriormente é explicado ao paciente de que forma o seu comportamento esta a ser moldado e procura-se um plano conjunto onde possam existir comportamentos alternativos que melhor se adequem. Ao longo do tempo esses comportamentos adaptativos são então monitorizados e ajustados quando necessário (Sternberg, 2000). A terapia comportamental não é realizada à pessoa mas sim com a mesma na tentativa de melhorar a sua adaptação ao meio ambiente em que está inserido (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Dessensibilização comportamental

Esta técnica centra-se no processo de treino de relaxamento para que seja possível a diminuição de ansiedade e o confronto com situações geradoras de ansiedade por etapas graduais. O objetivo primário é a realização de uma ponte emocional entre a situação ansiosa e a sensação de relaxamento por forma a quebrar a sensação de ansiedade criada pelo estímulo (Hofman, Ehlers &Roth, 1995). Em uma primeira fase é realizada, em conjunto, uma lista onde são colocadas, por hierarquia de intensidade, as diferentes situações que desencadeiam a ansiedade. Posteriormente passa-se ao treino de técnicas de relaxamento, para criar a ligação positiva, imaginando as situações desconfortáveis para que se passem a estabelecer como relaxantes (D, El Rey & Pacini, 2006).

Seguidamente é realizada a monitorização e equilíbrio entre a capacidade de relaxar do sujeito e a intensidade de ansiedade (Hofman, Ehlers &Roth, 1995).

As teorias cognitivas, como anteriormente referido, centram-se na noção de que os pensamentos influenciam as emoções e comportamentos. Um dos fatores significativos deste modelo é o sistema de crenças criado pelo individuo que comanda a forma como o mesmo se vê a si, aos outros e ao futuro. Este sistema de crenças, quando desajustado, pode conduzir a destorções cognitivas (Beck & Emery, 1985). Esta teoria é muito utilizada em quadros depressivos onde são analisados pensamentos automáticos (pensamentos espontâneos, capazes de alterar o comportamento do individuo) por forma a evitar distorções cognitivas bem como a tendência de visualizar acontecimentos de forma catastrófica, muito comum em indivíduos com depressão (Young, Klosko & Weisshaar, 2003).

Como processo terapêutico, o modelo cognitivo centra-se em primeira instância na pesquisa de pensamentos automáticos, por forma a ajudar o paciente a identificar e desta forma compreender a sua importância para que lhe seja possível alterar o seu comportamento. Em conjunto são encontradas novas crenças ajustadas, para diminuir angústia e sofrimento (Koder, Brodaty & Anstey, 1996). Esta terapia tem como base diferentes técnicas, como as apresentadas de seguida.

Tríade de Beck

Beck desenvolveu uma tríade com forte importância no desenvolvimento de um quadro depressivo, baseando-se no pressuposto de que existem cognições negativas intrusivas sobre o mundo, o futuro e si mesmo. Podendo ser avaliada a intensidade do quadro ou o risco que o mesmo representa para a integridade física e psicológica do sujeito (Brown, Hommen, Croske & Wickens, 1995).

Reestruturação cognitiva

O objetivo é ensinar o paciente a identificar cognições e crenças disfuncionais para que seja possível ao mesmo emendá-las. A partir do momento em que se torna percetível ao sujeito os pensamentos que o levam a agir de determinada forma (pensamentos automáticos) e como altera-los, a própria compreensão do fato ajuda-o a não valorizar de forma exagerada acontecimentos ou pensamentos negativos (Beck & Emery, 1985). Esta consciencialização é também uma forma mais eficaz de prolongar a capacidade do individuo de modificar o seu comportamento ou pensamento que lhe é causador de angustia (Knapp & Beck, 2008).

Respiração diafragmática

É uma técnica que consiste em respirar pelo diafragma, inspirando pelas narinas e expirando pela boca. Com movimentos pausados e contando três segundos entre cada fase. É importante notar-se que ao inspirar a barriga fica cheia de ar, ficando sem ar quando é expelido. O sujeito pode optar por fazer a respiração sentada ou deitada e a mesma deve ser repetida em casa de forma a ser treinada (De Berry, 1982). Esta técnica é muito utilizada em casos de ansiedade pelo fato de a respiração ter um papel muito importante neste tipo de quadros patológicos, pois pessoas ansiosas tendem a hiperventilar o que pode causar sintomas fisiológicos como tonturas e taquicardia (Neto, 2011).

Psicoeducação

Trata-se da compreensão da problemática do paciente e da posterior explicação ou clarificação de sinais e sintomas, ou mesmo de patologias. A sua importância reside na correção de interpretações distorcidas de sintomas e reações físicas a um determinado pensamento ou comportamento (Faria, 2011). A técnica reside na noção de transparência por parte do terapeuta, sendo explicado ao paciente as diferentes trajetórias possíveis de tratamento. É pretendido uma discussão de ideias e não apenas a

passagem de informação, pois com o passar do tempo o sujeito pode acumular diferentes ideias erróneas acerca do problema (Antony & Swinson, 2000).

Intervenção psicológica no envelhecimento

Erikson estudou o desenvolvimento humano e as suas fases principais dentro do ciclo de vida. O autor observou as ferramentas adquiridas na altura da infância em termos de personalidade e que as mesmas poderiam ser alteradas posteriormente através de novas experiências. Cada fase de vida alberga crises que podem propiciar resultados positivos ou negativos (Erikson, 1976). Através dos resultados positivos o individuo tornar-se-á mais forte, em contraste com os resultados negativos em que o sujeito se torna mais fragilizado. É portanto através destes processos que o sujeito se estabelece, adaptando-se, ou não, aos seus sucessos e fracassos (Erikson, 1987).

A primeira crise corresponde à altura da infância inicial em que a atenção do bebé está na pessoa que lhe satisfaz as suas necessidades básicas, neste caso a mãe, tornando-se desta forma a primeira relação social. Em um segundo estágio, a criança já possui algum controlo muscular de forma que centra as suas energias na conquista de autonomia (Erikson, 1976). Posteriormente, a criança possui confiança e portanto é iniciada a expansão intelectual. Seguida pelo período em que se discute a competência, pois passa a existir um controlo equilibrado com o seu contacto social através da escola ou de outro meio de convívio como a família mais ampla (Erikson, 1987).

A fase considerada talvez a mais crítica trata-se da que corresponde a uma crise de identidade vivenciada na adolescência através de todas as transformações vividas, físicas e psicológicas, e a sua busca por um lugar na sociedade. Após esta crise o individuo passa a ser capaz, constituída a sua própria identidade, uni-la à de outra pessoa e portanto é também o início da intimidade (Erikson, 1998). Por fim, surge a altura em que sujeito revê toda a sua vida, ordenando por significado as suas

realizações. Esta crise pode ter resultados muito diferentes na medida em que podem surgir sentimentos de realização com o seu percurso, como podem surgir medos relacionados com a morte e a insatisfação por todo o caminho percorrido. Poderam ainda nascer sentimentos de cessação de tempo e com eles a sua importância para a sociedade e para a família (Erikson, 1998).

A última fase apresentada por Erikson corresponde à velhice, explicando as suas características em termos psicossociais, no entanto e desde então a definição de idoso sofreu muitas e diferentes alterações, sendo que através da Organização Mundial de Saúde podemos concluir que idoso é definido através de uma corrente cronológica, tratando-se assim de uma pessoa com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento, e com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos (OMS, 2002). Estes parâmetros são definidos em países desenvolvidos maioritariamente por corresponder á idade em que o individuo passa a receber os benefícios de reforma. Entretanto não existe concordância relativa á questão de em que idade alguém entra na velhice, pois por norma assume-se que a idade cronológica é equivalente á idade biológica, e as duas nem sempre são sinónimas, pois o processo de envelhecimento é claro biológico no sentido de possuir a sua própria dinâmica e longevidade para além do controlo humano (Firmino, 2006).

No âmbito da intervenção do psicólogo especificamente com adultos idosos, a American Psychological Association (APA) apresentou orientações divididas em vários domínios, apresentados na tabela seguinte, com o objetivo de orientar a intervenção do psicólogo com esta faixa etária.

Tabela 1: *Linhas orientadoras para a prática psicológica com adultos idosos*

Domínio	**Orientação**
Atitudes	1. Os psicólogos são encorajados, dentro das suas capacidades e competências profissionais, a trabalhar com adultos idosos, procurando auxílio em consultadoria quando necessário. 2. Devem estar atentos às suas próprias crenças e atitudes em relação a esta população alvo e de que forma estas podem interferir na sua avaliação e tratamento.
Conhecimento geral do desenvolvimento do adulto, envelhecimento e adultos idosos	1.Investigação em envelhecimento, bem como uma consciência das dinâmicas psicológicas e sociais do mesmo. 2.Alcançar a compreensão de fatores como socioculturais, de género, etnia, estatuto socioeconómico, orientação sexual, estatuto de incapacidade, residência urbana/rural, e de que forma estes fatores podem influenciar a saúde da população idosa. 3. Familiarização com informações relativas a fatores biológicos e de saúde em envelhecimento.
Assuntos clínicos	1.Estimular os psicólogos a estarem confortáveis com a temática de mudanças cognitivas em adultos idosos, compreendendo também as problemáticas de vida diária, a psicopatologia e a sua prevalência neste tipo de população.

Tabela 1: *Linhas orientadoras para a prática psicológica com adultos idosos*

Domínio	**Orientação**
Avaliação	1.Os psicólogos devem estar familiarizados com ferramentas do foro psicométrico adaptados a esta população, bem como com a teoria e investigação das práticas de outros métodos de avaliação. 2. Preparação para adaptações necessárias a testes psicométricos designados a outras populações mas que são utilizados também para adultos idosos, respeitando as suas particularidades. 3. Desenvolverem a capacidade de reconhecer alterações cognitivas em idosos, sendo então capazes de conduzir despistes e avaliações funcionais.
Intervenção, consultadoria e fornecimento de outros serviços	1. Os psicólogos devem ser conhecedores de várias intervenções possíveis e especificas a esta população, de forma a desenvolverem competências nas suas aplicações. 2. Conhecerem também serviços em contextos específicos em que usualmente se encontram pessoas idosas, e ao conhecerem assuntos específicos desta população realizarem prevenção e promoção de saúde. 3. Multidisciplinariedade para que seja possível responder às necessidades dos utentes, conhecendo as questões éticas e legais respeitantes a esta população.
Educação	1. Aumentar o seu conhecimento no trabalho com idosos através de formação contínua, treino, supervisão e consulta

(APA, 2014)

Dentro da intervenção do psicólogo, particularmente com uma população idosa pode ocorrer uma maior dificuldade em lidar com conceitos abstratos, capacidade de introspeção e reflexão e principalmente, com o desejo de realmente alterar aspetos significativos da sua vida (Roncon & Menezes, 1993). Devido ao facto de estarem

presentes estas dificuldades é dada uma prioridade relativa à relação terapêutica e padrões de relacionamento interpessoal no sujeito. Tendo desta forma o psicólogo a preocupação de utilizar técnicas ou estratégias flexíveis, adaptadas a cada caso (Rebelo, 2007).

O paciente deve em primeira instancia compreender, pelo menos em certo ponto o grau de consciência que possui do problema e os seus recursos individuais para superá-lo. Para que isto seja possível é necessário ocorrer algum tipo de mudança, mudança esta que passa por vários estágios, podendo no entanto sofrer alterações de sequências devido a possíveis recaídas (Grilo, 2014). De uma forma geral e durante muito tempo não era concebível que uma população idosa pudesse usufruir de apoio psicológico, por um lado devido ao facto de os seus sintomas serem consecutivamente explicados por outras situações descritas como próprias da idade, por outro lado por não corresponderem a características especificas para terapias (Firmino, 2006).

Sendo que o tipo de tratamento mais utilizado para esta população continua a ser a psicofarmacologia. No entanto já são agora mais recorrentes serviços preparados para equipas multidisciplinares onde o psicólogo se encontra inserido. No qual para além de avaliação e psicodiagnóstico, o idoso passa também a usufruir de espaços de escuta terapêutica (Carp, 1987). É então uma população onde é possível a intervenção do psicólogo clínico em várias e diferentes frentes, com distintos contextos e quadros teóricos mas sempre com o objetivo de auxiliar pessoas em sofrimento e proporcionar um aumento de capacidades próprias e equilíbrio psicológico (Rebelo, 2007).

Velhice: Normal ou patológica

O envelhecimento corresponde a um conjunto de processos sentidos pelo organismo ao longo do tempo, contendo, entre outros fatores, profundas modificações físicas, psicológicas e emocionais. É um processo multidimensional, que através de um baixo

risco de doença e de incapacidade, ou um bom funcionamento mental e físico bem como um envolvimento ativo de vida pode ser visto como um culminar natural e positivo (Assis, 2005). Quando o processo de envelhecimento se mostra negativo, com características como doença, declínio cognitivo e físico, depressão, perda de sentimento de pertença a uma sociedade, falta de rede de suporte social, entre outros, passa a residir um problema que deve ser auxiliado na sua resolução (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2006).

Como previamente referido, o envelhecimento é também uma fase de mudança e de adaptação, que está alicerçada no potencial de desenvolvimento, na capacidade adaptativa e nos limites da mesma capacidade. A existência de recursos adequados a qualquer fase de transição é essencial para o seu sucesso e depende da própria situação em que o individuo está inserido (WHO, 2011). A importância que é atribuída a essa mudança ou situação, ao suporte que tem de membros externos á mudança e as estratégias que possui também são fatores potenciadores. Com o envelhecimento vêm também as perdas e portanto torna-se compreensível a necessidade de uma certa manutenção do funcionamento psicológico face a um acontecimento significativo, que no fundo é retratado pela resiliência (Ribeiro & Paúl, 2012). Nesta fase de velhice são mais propicias as doenças físicas e mentais, dependência, situações de abandono, solidão, maus tratos ou maus cuidados. Por vezes torna-se útil uma certa divisão dentro do conceito de idoso, entre a idade da reforma e a idade de resguardo (Silva, 2008). A idade da reforma refere-se á idade cronológica dos 65 aos 70 anos onde ocorre a mudança abrupta de um equilíbrio que já está instalado há muito. Este afastamento de rotinas implica também perda de relações sociais e de importância em tomadas de decisões, o que contribui para o desmantelamento de uma identidade social e pessoal (Sadavoy, 2004).

Para que seja possível prevenir esta situação seria importante a utilização de ferramentas que ajudem a preparação da reforma, como por exemplo a diversificação de interesses, novas ocupações, criar novos projetos, entre outros. A idade do resguardo corresponde á já considerada quarta idade, ou seja, depois dos 80 anos, caracterizada por maior fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade, nesta fase é importante que qualquer tipo de intervenção, mesmo psicológica seja maioritariamente tranquilizante (Leal, 2008). Esta fase de vida considerada de velhice é tida como parte de um grande desinvestimento relacional e social, para além disso corresponde a uma faixa etária com características muito próprias que podem dificultar alguma motivação para o apoio psicológico, como o facto de culturalmente existir o hábito de reagir a sofrimento e angústia em solidão (Grilo, 2012). Por vezes os idosos colaboram com a formação de estereótipos como uma ferramenta de segurança, o que acaba inevitavelmente por aumentar a dependência em relação aos serviços de saúde e consequentemente a deterioração cognitiva e intelectual até á baixa autoestima e á insatisfação com a vida. Para além disto está presente uma cultura farmacológica muito enraizada neste tipo de população (Wattis & Curran, 2001).

Patologias frequentes em idosos

Devido a características especificas desta faixa etária, existem certas temáticas terapêuticas que acabam por ser mais frequentes, como a questão da reforma, pela desocupação de papéis sociais que alberga. O aparecimento ou aumento de doenças, por vezes passando por lutos antecipatórios mesmo quando se trata de doenças simples, posteriormente passa a existir uma ponte para a incapacidade que cria uma associação á morte (Satre, Knight & David, 2006). Ao longo do tempo passa a existir a dependência de outros para a satisfação de necessidades e conforto, o que leva a perda de autonomia, tanto física como no que refere a escolhas e decisões. A solidão está também muito

presente na vida do idoso, exatamente por essa perda de papéis sociais que leva a um isolamento permanente (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck, 2011).

Um problema de enorme preocupação quando falamos nesta faixa etária corresponde ao risco de suicídio, sendo que existem vários fatores de risco que devem ser analisados. Os principais fatores de risco dizem respeito a idosos isolados, com apoio social precário, dor psicológica insuportável, perdas acumuláveis, sentimento de solidão, desespero e angústia, acesso a recursos letais, queixas somáticas, entre outros (Beautrais, 2002). A perda do conjugue é provavelmente a mais significativa desta fase de vida, a partir desta crise pode ocorrer desequilíbrio emocional ou até mesmo desencadeamento de ansiedade e depressão. Uma temática que ocupa muito os pensamentos de pessoas com idade avançada é a ideia de morte e a sua aproximação, desencadeando medo de uma morte dolorosa ou de deixar entes queridos e a necessidade de sentimento de dever cumprido (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck, 2011). Por fim um dos assuntos mais importantes e pouco referidos é a alteração da imagem corporal, que pode ser percecionada como angustiante e triste devido às imensas alterações físicas, sendo que pode ainda desencadear um sentimento de vergonha (Grilo, 2012).

Depressão em idosos

Para além de temáticas usualmente encontradas nesta faixa etária pelas características próprias do desenvolvimento, existem patologias do foro psicológico que podem também estar presentes em pessoas com idade avançada, sendo que por vezes são consideradas como parte integrante da idade cronológica (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck, 2011). Um destes casos é a depressão, comummente estimada como um processo natural do próprio envelhecimento, sendo muitas vezes sub-diagnosticada e sub-tratada. Vários estudos conceberam que existem múltiplos fatores de risco desta

patologia em idosos. Como riscos demográficos, que correspondem a ruralidade, sexo, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão e situação económica (Vaz & Gaspar, 2011). Riscos psicossociais, como acontecimentos de vida, luto, défice de relações íntimas, isolamento socioafetivo, falta de apoio social e familiar, solidão, dificuldades físicas e cognitivas e história prévia de depressão. E ainda riscos de saúde através de doença física e psicológica, quantidade de doenças em simultâneo, doenças crónicas, deficiências ou medicação (Nancy, 2007).

A dificuldade em perceber sintomas depressivos em seniores está também relacionado com o facto de, ao contrário de em idades mais jovens, os idosos acabarem por subestimar os sintomas sem por vezes compreenderam que se sentem tristes ou depressivos (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Frequentemente certos sintomas, como perda de interesse na vida, perda de satisfação, apreensão, défice de sono, pensamentos persistentes em relação á morte, dor crónica sem explicação, dificuldade em concentrar-se e dificuldade de memória, são associados a demência, idade avançada ou a uma fraca saúde. Levando mesmo familiares, amigos e médicos a interpretarem de forma errónea estes sinais o que leva a um período prolongado sem que a doença seja diagnosticada e consequentemente tratada (Bagulho, 2002).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5), da American Psychiatric Association, o transtorno depressivo major, é no fundo a condição clássica dos transtornos depressivos. Apresentado através de critérios específicos em que é importante que (A) estejam presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas pelo período de tempo de duas semanas e de forma a representarem uma mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo importante que pelo menos um dos sinais corresponda a humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (APA, 2014). Os sintomas dizem respeito a (1) humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os

dias; (2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar a fazer dieta ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias; (4) insónia ou hipersónia quase todos os dias; (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; (8) capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias e (9) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (APA, 2014).

Estão ainda referidos critérios como o facto de (B) os sintomas causarem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; (C) o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica; (D) a ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espetro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado e (E) nunca houve um episódio maníaco ou hipomaníaco (APA, 2014).

Por vezes torna-se complicado distinguir um episódio depressivo major de um luto, principalmente quando se trata de uma população idosa, em que as perdas infelizmente se tornam mais frequentes. Embora existam autores interessados em luto e nas suas fases, principalmente de que forma estas podem ser vividas pelo sujeito e interpretadas por amigos e familiares, uma autora é sem dúvida destacada: Elizabeth Kubler-Ross (Afonso & Minaço, 2013). Através de entrevistas realizadas com mais de duzentos doentes em fase terminal, Kubler-Ross pensou ter encontrado um padrão de reações

psicológicas a que o ser humano recorre aquando de uma perda. A autora categorizou estas reações psicológicas como fases, ainda hoje consideradas como fases de luto, de uma forma sequencial: negação e isolamento; raiva; negociação, depressão e aceitação (Kubler-Ross, 1981).

Apesar de estarem apresentadas sequencialmente, algumas podem ocorrer ao mesmo tempo ou de forma alternada. A negação seria então a primeira fase, funcionando como uma estratégia de defesa, o sujeito nega o acontecimento, entrando em estado de choque, incapaz de acreditar na perda (Kubler-Ross, 1978).

A segunda fase, raiva, reflete um sentimento de injustiça e um questionamento constante de "porquê eu?", tornando-se uma altura especialmente difícil para a família e para os profissionais de saúde, por vezes criticados de forma bastante agressiva. É então necessário nesta altura a compreensão e a escuta ativa compreendendo que são expressões de sentimento e que pode levar a alívio (Kubler-Ross, 1981).

A negociação corresponde a uma altura em que a negação e as reações de raiva acalmam e passam a existir negociações, usualmente dirigidas a entidades espirituais com o propósito de recuperar a perda em troca de algo como uma melhor conduta de vida ou alterações de comportamento.

Esta fase pode muitas vezes estar acompanhada de sentimentos de culpa por não existir a capacidade de cumprir o que foi prometido (Kubler-Ross, 1978). Consequentemente a estes sentimentos pode ser alcançada a fase de depressão, com sentimentos muito similares a sintomas de um episódio depressivo major. Por fim é alcançada a aceitação, que representa um culminar de todas as reações psicológicas, em que o sujeito se rende aos acontecimentos e é capaz de enfrentar a perda com uma certa diminuição de sofrimento (Kubler-Ross, 1998).

Ao distinguir estas duas temáticas, é visível no luto a predominância de sentimentos de vazio e tristeza, bem como de angústia, que ocorrem quase que em ondas e associados a pensamentos recorrentes sobre a perda. Estes pensamentos negativos estão associados á perda em concreto, existindo autodepreciação associada a sentimentos de culpa para com a perda e quando estão presentes pensamentos relativos á morte são por norma uma tentativa de reunião com a pessoa perdida (Bowlby, 1998).

Enquanto em um episódio depressivo major persiste um humor deprimido e uma incapacidade de prever felicidade. A angústia é mais persistente e não está associada a um pensamento em concreto, ocorrendo ruminações autocriticas e pessimistas. O sentimento de autocritica está reservado para si mesmo e a ideação suicida ocorre com o único propósito de terminar a sua própria vida por não merecer viver ou pensamentos associados (APA, 2014).

Ansiedade em idosos

Ansiedade é um dos quadros mais frequentes em pessoas de idade avançada, frequentemente relacionada com a depressão, maioritariamente com perturbação depressiva major ou menor, e apresenta sintomas como insônia, tensão, angustia, irritabilidade e dificuldade de concentração. Estando também presentes alguns sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaleias, dores musculares, formigueiro e suor (Xavier, Ferraz, Trenti, Argimon, Bertollucci, Poçares & Mariguchi, 2001). Visto tratar-se de uma visão catastrófica de eventos, para idosos está muito relacionada com limitações e outras características da velhice que são interpretadas pelo sujeito como uma ameaça. O facto de existir uma visão catastrófica, tão presente em pessoas com ansiedade muito elevada, tendem a antecipar acontecimentos, por norma negativos, questionando as suas próprias capacidades (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Esta visão negativa de acontecimentos e de si mesmo interfere na atenção seletiva, na codificação de memórias, de forma que a compreensão e o raciocínio acabam de certa forma comprometidas (Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). Segundo o DSM-5, existem critérios específicos para que uma ansiedade generalizada possa ser diagnosticada. São eles, (A) a ansiedade e preocupação excessivas ocorrem na maioria dos dias, pelo menos durante seis meses, com diversos eventos ou atividades; (B) o individuo considera difícil controlar a preocupação.

Através do critério C é entendida a ansiedade ou preocupação como estando associadas a três ou mais dos seguintes sintomas, (1) inquietação ou sensação de estar com nervos à flor da pele, (2) fatiga, (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente, (4) irritabilidade, (5) tensão muscular, (6) perturbações do sono (dificuldade em manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto); (D) a ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas; (E) a perturbação não se deve a efeitos fisiológicos de uma substancia ou a outra condição médica e (F) a perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (APA, 2014).

Uma das grandes dificuldades encontradas diz respeito à distinção entre uma ansiedade generalizada e uma ansiedade não patológica. No caso de se encontrar presente uma perturbação, estão também certos sinais como o facto de as preocupações serem excessivas e de usualmente interferirem de forma significativa no funcionamento geral do individuo (Xavier et al., 2001). Estas preocupações são também por norma mais dispersas, intensas e angustiantes, tendo uma duração de tempo também superior, sem que seja necessário qualquer tipo de precipitantes (APA, 2014).

No caso de se tratar de uma ansiedade não patológica as preocupações de vida diária não são excessivas e existe a possibilidade de serem administráveis, podendo ser alteradas aquando do surgimento de uma qualquer situação urgente.

Estas preocupações de vida diária são ainda muito menos prováveis de ser acompanhadas de sintomas físicos (APA, 2014). Muitos indivíduos relatam terem sido nervosos e ansiosos ao longo de toda a sua vida, sendo a idade média de início do transtorno por volta dos 30 anos, apresentando taxas de remissão completa muito baixas. A principal diferença dentro do quadro das faixas etárias encontra-se no conteúdo da preocupação do individuo (Lauderdole & Sheikh, 2003).

Em idosos, a notícia de uma doença física crônica pode ser uma preocupação excessiva, bem como preocupações com a segurança, especialmente em relação a quedas, que podem chegar a impossibilitar certas atividades, sendo sempre importante analisar as limitações criadas pela ansiedade e a sua intensidade, independentemente do assunto em questão (APA, 2014).

Objetivos de Estágio

Correspondente ao segundo ano de mestrado em psicologia clínica, foi realizado o presente estágio académico. Desta forma, foi proporcionada a oportunidade de aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, bem como o desenvolvimento de competências do futuro psicólogo. Ao longo do mesmo foram propostos os seguintes objetivos:

1. Conhecer a instituição e as suas necessidades e características;
2. Realização de avaliação psicológica;
3. Realização de sessões de aconselhamento psicológico;
4. Implementação de um programa de promoção de competências.

Método

O método, bem como a teoria, são pilares no estudo da psicologia clínica, sendo o método uma forma de integrar ideias e técnicas que esclarecem as especificidades de determinado objeto de pesquisa. Como pressuposto base da ciência, proporciona o aumento de conhecimento em relação ao objeto estudado através da articulação de um quadro teórico com a sua vertente realista (Rey, 1998, citado por Pinto, 2004).

Participantes

Os participantes serão identificados por algarismos de forma a proteger a sua identidade.

Tabela 2: *Acompanhamentos durante o estágio*

Caso	Idade	Motivo da Consulta	Nº de sessões	Antecedentes clínicos	Intervenção	Hipótese diagnóstica	Indicações gerais
1	89	Ansiedade, sensação de pânico, desespero.	12	Nunca teve acompanhamento psicológico, apenas acompanhamento do médico de clínica geral.	Avaliação psicológica. Aconselhamento.	Perturbação de pânico.	Encaminhamento para a psicóloga do centro de saúde da sua área de residência, para que fosse possível a continuação do desenvolvimento da terapêutica.
2	85	Tristeza, incapacidade de ultrapassar a morte dos familiares.	14	Vários problemas de saúde física, muita dificuldade de locomoção, nunca teve apoio psicológico, tendo apenas passado por uma avaliação psicológica há cerca de 2 anos.	Aconselhamento.	Não possui.	Devido à sua idade avançada e dificuldades motoras, o acompanhamento foi centrado na diminuição da intensidade de tristeza. Contendo uma vertente maioritariamente tranquilizante.

Tabela 2: *Acompanhamentos durante o estágio cont.*

Caso	Idade	Motivo da Consulta	Nº de sessões	Antecedentes clínicos	Intervenção	Hipótese diagnóstica	Indicações gerais
3	71	Sinais de violência doméstica.	4	Ao longo da sua vida foi seguida várias vezes por psicólogos e psiquiatras.	Foi realizada uma intervenção pontual no âmbito de visitas domiciliárias nas quais o caso foi identificado. Em sessão, foi reforçada a motivação da paciente para o acompanhamento.	Não possui.	Encaminhamento para a Associação Portuguesa de Apoio á Vitima por não estarem reunidas as condições para um acompanhamento apropriado.
4	68	Tristeza, solidão.	7	Já foi várias vezes seguida por profissionais de psicologia e psiquiatria.	Aconselhamento.	Não possui.	Mediação de relação e inclusão da paciente em uma instituição parceira perto da sua residência.
5	80	Ansiedade, preocupações excessivas constantes, sentimentos de angústia e solidão.	21	Depressão com fortes sintomas de ansiedade há cerca de 10 anos.	Avaliação psicológica. Psicoterapia de apoio.	Perturbação de ansiedade generalizada.	O caso está apresentado detalhadamente em estudo de caso 1.

Tabela 2: *Acompanhamentos durante o estágio cont.*

Caso	Idade	Motivo da Consulta	Nº de sessões	Antecedentes clínicos	Intervenção	Hipótese diagnóstica	Indicações gerais
6	82	Tristeza, constante vontade de chorar, desespero, desesperança.	22	Nunca foi acompanhada por profissionais de psicologia.	Avaliação psicológica. Psicoterapia de apoio.	Episódio depressivo major, grave, sem características psicóticas.	O caso está apresentado detalhadamente em estudo de caso 2.
7	89	Sinais demenciais.	8	Nunca foi acompanhada por profissionais de psicologia.	Avaliação psicológica. Psicoterapia de apoio.	Possível início de estado demencial.	O caso foi encaminhado para profissionais de psiquiatria no âmbito da transferência da utente para um lar.
8	80 (idade média dos participantes).	Dificuldades ao nível cognitivo, social, emocional e psicomotor.	19	Sem informação.	Cognitiva, emocional, social e psicomotora	Não possui.	O programa será apresentado detalhadamente em procedimentos.

Instrumentos

Dentro do leque de instrumentos potenciadores de recolha de dados bem como de avaliação psicológica, o psicólogo deve equilibrar as ferramentas ao seu alcance de forma a adequar a sua intervenção ao paciente.

Provas psicológicas

O Mini exame do estado mental (Mini-Mental State Examination, MMSE) avalia a funcionalidade cognitiva, analisando a potencialidade de existência de perturbação cognitiva. A sua avaliação auxilia no acompanhamento de reabilitação cognitiva através da monitorização de valores de recuperação ou deterioramento no seguimento da terapêutica. Não sustenta a responsabilidade de um diagnóstico completo, pois para tal deve ser realizado em conjunto com a história psiquiátrica, o exame do estado mental completo, exame físico e dados laboratoriais (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Para demonstrar quantitativamente o estado cognitivo, possui 11 questões e é aplicado entre cinco a dez minutos não demonstrando efeitos significativos advindos da aplicação. Avalia áreas como orientação, atenção e cálculo, retenção e linguagem (que engloba nomeação, repetição, capacidade de obedecer a ordens simples, leitura, escrita e cópia). É usualmente utilizado em idosos inseridos em meios comunitários, institucionalizados ou hospitalizados, embora possa ser utilizado em qualquer idade adulta (Towbough & McIntyre, 1992).

A cotação diz respeito á atribuição de um ponto por cada resposta correta sendo a cotação total 30 pontos. De forma geral, valores abaixo de 23 são considerados como indicação de comprometimento cognitivo. Sendo que valores de 24 a 30 não está presente nenhum comprometimento cognitivo, de 18 a 23 existe um ligeiro comprometimento cognitivo e de 0 a 17 o comprometimento mostra-se severo. No entanto a escolaridade deve ser considerada, e nesse aspeto é estimado o défice

cognitivo em pessoas analfabetas com 15 pontos ou menos, em pessoas de escolaridade média com 22 pontos ou menos e em pessoas com escolaridade superior com 27 pontos ou menos (Kurlowicz & Wallace, 1999).

O questionário de estado de saúde SF-36 (Short Form Health Survey – 36 Item, MOS-SF 36) avalia o estado de saúde de populações e indivíduos excluindo a pretensão de doença, medindo os estados que condicionam o seu bem-estar, as suas expetativas e necessidades bem como a sua qualidade de vida. (Ware, Snow & Kosinski, 1993). Auxilia no entendimento e monitorização de doentes com múltiplas condições de saúde bem como na comparação de estados e de doentes em relação á população em que se encontram inseridos. É utilizada em populações de adolescentes, adultos e idosos e pode ser preenchido pelo próprio ou por meio de entrevista (Ware, Kosinski & Keller, 1994).

A sua versão portuguesa contém 36 itens e possui um tempo de preenchimento de dez minutos. Avalia dimensões como função física, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. As oito dimensões podem ser agrupadas em dois constituintes: saúde física e saúde mental (Ferreira, 2000). As suas pontuações são medidas por uma escala de orientação positiva possuindo ainda uma escala de transição com o objetivo de medir a quantidade de mudança geral da saúde do sujeito. O alfa de cronbach corresponde a 0,60 para a função social e 0,87 para função física e saúde geral (Ferreira, 2000).

O Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R) avalia a existência de padrões de sintomatologia clínica ou mal-estar psicológico. Este teste é composto por 90 itens agrupados em nove dimensões primárias e três índices globais, sendo as dimensões: somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Estão presentes ainda

sete itens adicionais que são contabilizados na cotação final e auxiliam na compreensão do sujeito (Derogatis, 1977).

A prova é cotada através de uma escala de Likert com cinco pontos, sendo 0 nunca e 4 extremamente, onde 0 significa a não existência da dimensão primária ou angustia, e 4 significa elevada angústia para essa mesma dimensão. Através do resultado final da divisão do somatório total pelo número de itens que compõem a escala é encontrado o índice geral de sintomas (Baptista, 1993). O resultado de todos os itens que foram avaliados com valor acima de zero refletem o número de sintomas positivos. Posteriormente o quociente entre o somatório dos totais dos fatores do índice geral de sintomas e o número de sintomas positivos é alcançado o índice de sintomas positivos. Se a pontuação final for superior a 1.3 é indicativo de presença de patologia. A versão portuguesa da prova obteve valores de consistência interna elevados, com o alfa de cronbach entre 0,74 e 0,97. Estando presente evidências da sua fidelidade, validade e utilização em meios comunitários e clínicos (Baptista, 1993).

O inventário depressivo de Beck (Beck Depression Inventory) avalia sintomas físicos e cognitivos relacionados com depressão e o seu grau de intensidade. Diz respeito a um instrumento de autoavaliação, composto por 21 itens, sendo cotado através de uma escala de Likert de 0 a 3 pontos. Dentro dos valores, 0 corresponde á inexistência e 3 a grave, no final é feito o somatório de todos os valores atribuídos em cada item podendo chegar a um máximo de 63 pontos (Coelho, Martins & Barros, 2002). A sua cotação para além do somatório total permite avaliar a intensidade dos sintomas da seguinte forma: valor total inferior a 10 corresponde a ausência de depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 equivale a sintomas depressivos de leve a moderado; de 19-29 equivale a sintomas depressivos de moderado a grave e com valores superiores a 30 equivale a sintomas depressivos graves. Apesar da sua capacidade de avaliação, esta

prova por si só não avalia a existência de depressão, sendo para isso necessário um conjunto de ferramentas de suporte ao diagnóstico. Auxilia ainda na separação entre sintomas depressivos e sintomas ansiosos (Queirós, Fernandez-Berrocal, Extremera, Carral & Queirós, 2005).

O inventário de estado-traço de ansiedade (State-trace anxiety inventory, STAI-Y) diz respeito a uma prova que avalia a ansiedade em duas vertentes, tendo portanto duas sub-escalas. A primeira corresponde à avaliação da ansiedade-estado (y-1) e a segunda avalia a ansiedade-traço (y-2), sendo que ambas são compostas por 20 itens cada. Através da escala estado o sujeito descreve como se sente naquele momento, enquanto na escala traço é pedido que descreva como se sente usualmente ou na grande parte do seu tempo (Spielberger, 1983). As escalas são de tipo Likert, contendo avaliações de intensidade que oscilam na sub escala para ansiedade traço entre quase nunca, algumas vezes, frequentemente e quase sempre e para a ansiedade estado entre um pouco, moderadamente e muito. Com relação á sua cotação é feito o somatório de todos os valores obtidos em cada escala para se compreender que tipo de ansiedade é então predominante, sendo que os resultados para um sujeito com ansiedade traço elevada, por norma são também elevados na sub escala de ansiedade estado. Deve ter-se em atenção que na sub escala de ansiedade estado existem 10 itens invertidos e na escala ansiedade traço existem 9 itens invertidos. O valor mínimo corresponde a 20 e o valor máximo a 80. Quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior a intensidade da sua ansiedade (Veríssimo, 2010).

Entrevista clínica

A entrevista clínica tem como principal objetivo a recolha de informação do paciente, o conhecimento extensivo da sua forma de estar, pensar e agir. Através da sua história pessoal e inter-relacional, das suas crenças, dos acontecimentos que para si

foram significativos e de que forma as suas representações estão ligadas aos mesmos, o profissional é auxiliado no percurso de compreensão do outro (McIntyre, 1998). As entrevistas podem ainda possuir contextos e objetivos diferentes, dependendo do contexto em que o profissional se encontra inserido bem como da origem do pedido. Existindo entrevistas de recolha de dados, entrevistas de avaliação do estado mental, entrevistas breves de avaliação, entrevistas de consulta ou entrevistas de ajuda. Tendo sempre de ser compreendida a pretensão do pedido realizado e a intervenção adequada á situação em questão (Bénony & Chahraoui, 2002).

Desta forma o psicólogo utiliza diferentes técnicas de entrevista para aceder ao mundo do sujeito e assim ajuda lo a encontrar equilíbrio psicológico. Entre as diferentes técnicas existentes, salienta-se as frequentemente utilizadas ao longo do estágio. Entre as mesmas encontra-se a técnica de questionamento, nomeadamente questões abertas, com o objetivo de fornecer espaço ao sujeito para escolher a direção de diálogo que mais se adequa á sua situação e ainda para que fosse possível o acesso a dimensões de personalidade do sujeito (Leal, 2008). Foi utilizada a reflexão como técnica facilitadora de continuação da comunicação e como demonstração de compreensão afetiva. A reformulação e clarificação foram utilizadas no sentido de esclarecimento e organização do discurso e os silêncios, principalmente reflexivos foram importantes no auxílio do respeito pelo espaço do sujeito. Foram ainda utilizadas técnicas de exploração, no sentido de examinar acontecimentos significativos e ainda a técnica de ecoar com o objetivo de passar ao sujeito o reconhecimento emocional, sintonia e atenção por parte do profissional (Birraux, 2005).

Compreendido como uma forma de entrevista, está o estudo de caso, que diz respeito a um aprofundamento no sentido de existir mais tempo, de estar presente a oportunidade do uso de instrumentos para a clarificação de algum material adquirido ao longo da

entrevista e portanto maior acesso a questões significativas da situação do sujeito (Leal, 2010). Vários autores identificam o estudo de caso como tendo partido da pesquisa médica e da pesquisa psicológica com o estudo pormenorizado de um caso individual que auxilia a compreensão de uma determinada doença. Pode ser visto como pesquisa metodológica de uma determinada patologia, ou importante pela sua complexidade ou a simplicidade que tornam o caso único e marcante para ser estudado de forma exaustiva (Bleger, 1991).

Esta metodologia pode ser subdividida em fases importantes, como a escolha do caso, a recolha de dados, o exame e interpretação desses dados e a composição de um relatório. Existem ainda abordagens qualitativas da pesquisa e que logo privilegiam características como a interpretação dos dados consoante o contexto, a procura de novas respostas, o retrato completo e profundo da realidade do sujeito, a utilização de várias fontes de informação e a divulgação de vários pontos de vista do objeto de estudo (Ventura, 2007).

Observação clínica

A observação faz parte do trabalho do psicólogo no sentido de existir a necessidade constante de absorver informação dada pelo sujeito. Essa mesma informação pode ser verbal ou não-verbal, e pode ainda estar presente uma componente verbal que não é adequada á expressão corporal do individuo. Todas estas características dão ao psicólogo indícios da personalidade e estado psicológico do sujeito (Bénony & Chahraoui, 2002). Observar inclui uma atenção voluntaria e sensibilidade para medir informação relevante, mesmo que a mesma não tenha sido descrita mas sim demonstrada pelo sujeito. Permite a recolha de informação relacionada com atitudes e comportamentos típicos ou atípicos e admite uma avaliação de fatores que não estão disponíveis através de provas psicológicas (Ciccone, 2000).

Anamnese

Consiste na recuperação de informações importantes de vida do sujeito, como um resumo histórico do seu processo de saúde e doença ao longo da sua vida. O psicólogo deve ter o cuidado de selecionar a informação importante segundo a população alvo com que trabalha e as suas características pessoais (Santos, 1999). A anamnese corresponde à recolha de informação de vida do sujeito, incluindo a história pessoal, familiar e social. O profissional deve ainda analisar as funções mentais do paciente, bem como a afetividade e humor, o pensamento, o seu juízo crítico, linguagem e funções psicofisiológicas tais como o sono, o apetite e a sexualidade (Cunha, Alves, Scoralick & Silva, 2002).

Exame do estado mental

O exame do estado mental trata-se de um conjunto de técnicas de recolha de dados onde estão englobados a observação direta, a anamnese e o relato de familiares, entre outros. Através do mesmo é possível obter uma imagem do funcionamento geral do sujeito pelo seu comportamento verbal e não-verbal. Para chegar a todos os pontos importantes da avaliação do sujeito, são estimados através do exame do estado mental o aspeto do paciente na entrevista (que engloba a aparência, a atividade psicomotora e comportamento, a atitude frente ao entrevistador, a comunicação com o entrevistador centrada na comunicação verbal e os sentimentos despertados no profissional). São ainda avaliadas funções mentais (que enclobam a consciência, a atenção, a sensoperceção, a orientação, a memoria, a inteligência, a afetividade e humor, o pensamento, o juízo critico, a conduta e a linguagem) e as funções psicofisiológicas (como o sono, o apetite e a sexualidade) (Daniel & Gurczynski, 2010).

Procedimentos

O estágio referido neste documento teve início a dia 22 de Setembro de 2014 e terminou a dia 28 de Maio de 2015. Dentro deste período ocorreram diferentes fases distintas entre si mas igualmente importantes, sendo estas uma primeira fase de observação, uma segunda fase de intervenção e uma terceira fase de conclusão.

Durante a fase de observação foi possível analisar a instituição, perceber que tipo de necessidades estavam presentes, a população alvo e que contributo podia um psicólogo clínico prestar dentro desta comunidade. Foram também avaliadas as potencialidades de redes de suporte por parte da comunidade em geral e de que forma esta ponte poderia ser benéfica para a população. Foram estabelecidos objetivos respeitando as necessidades dos utentes e da própria instituição, tendo sido realizada pesquisa intensiva sobre a população a intervir, o meio comunitário e as técnicas de intervenção apropriadas. A fase de intervenção contou com a interação e integração de capacidades da instituição e dos utentes, bem como das suas redes de suporte. Com o objetivo de promover competências para que fossem alcançadas mudanças proveitosas para todos e que as mesmas se tornassem duradouras. Por fim, a fase de conclusão foi centrada na reflexão dos objetivos concretizados e no balanço dos mesmos, ao terminar intervenções e concluir todo o processo para o término de um ciclo com êxito.

Horário de estágio

Durante a primeira fase de estágio foram executados diferentes horários, proporcionando ao estagiário uma visão global do funcionamento das diferentes parcerias da instituição. Posteriormente, numa segunda fase foi estabelecido o horário descrito na tabela 2, como a melhor forma de intervenção.

***Tabela 3**: Horário final de estágio*

Horas	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
10h00	Pró-Alcântara	Pró-Alcântara		Pró-Alcântara	
11h00	Pró-Alcântara	Pró-Alcântara		Pró-Alcântara	
12h00	Pró-Alcântara	Pró-Alcântara		Pró-Alcântara	
13h00		Pró-Alcântara			
14h00		Pró-Alcântara	Alkajuda		
15h00		Pró-Alcântara	Alkajuda		
16h00		Pró-Alcântara	Alkajuda		

Atividades de estágio

O estágio académico representa o primeiro contacto do estagiário com o meio profissional, compactando experiencias e aumentando capacidades. Este crescimento deve-se em grande parte ao desenvolvimento de tarefas ao longo do período de estágio que obrigam o estagiário a desenvolver-se como profissional e até mesmo como pessoa. As tarefas proporcionam, entre outros fatores, o estabelecimento de vínculo com o local de estágio e com a população a ser trabalhada, facto de enorme importância para o desenvolvimento do trabalho conjunto.

Através das diferentes tarefas é possível a compreensão da comunidade da freguesia, das características e necessidades da população de diferentes instituições e entendimento de características particulares do local de estágio. Com o propósito de clarificar as atividades desenvolvidas é apresentada a tabela 3 com o resumo de todas as tarefas executadas ao longo do período de estágio.

Tabela 4: *Resumo de atividades de estágio*

Nome	Atividade	Objetivo	População alvo	Participantes
Visitas domiciliárias	Realização de visitas ao domicílio da população referenciada com mais de 65 anos.	Contributo de uma visão psicológica no entendimento das necessidades da população. Mediação entre serviços prestados e população alvo. Sinalização e acompanhamento de casos. Execução de um relatório bimensal.	População idosa da freguesia de Alcântara.	Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara. Estagiárias de psicologia clínica. Estagiários de serviço social.
Dia do idoso	Evento lúdico onde foram entregues flores com palavras alusivas à positividade da velhice.	Inclusão social e partilha entre utentes. Debate e reflexão sobre pontos positivos de se ser idoso. Aumento de positivismo e motivação em relação à idade.	População idosa da instituição Pró-Alcântara	Estagiárias de psicologia clínica. Funcionários e voluntários da instituição.
Venda de Natal	Venda de peças executadas pelos utentes e voluntários com materiais doados.	Promoção de sentimentos de pertença e capacidade nos utentes. Angariação de fundos.	População idosa da instituição Pró-Alcântara	Estagiárias de psicologia clínica. Voluntários da instituição.
Cabaz solidário	Recolha de bens alimentares.	Angariação de bens alimentares. Atribuição a famílias carenciadas da freguesia.	População carenciada da freguesia de Alcântara.	Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara. Estagiárias de psicologia clínica. Estagiários de serviço social. Alunos da freguesia.

Tabela 4: *Resumo de atividades cont.*

Nome	Atividade	Objetivo	População alvo	Participantes
Jantar comunitário	Jantar solidário.	Atribuição de refeições à comunidade da freguesia com dificuldades sociais e económicas.	Comunidade carenciada da freguesia de Alcântara. Sem-abrigos.	Empresa *Serve the City*. Voluntários e funcionários da instituição Pró-Alcântara. Estagiárias de psicologia clínica.
Acompanhamentos psicológicos	Intervenção psicológica ao domicílio.	Avaliação psicológica. Aconselhamento Psicoterapia de apoio.	População idosa da instituição Pró-Alcântara. População idosa da instituição Alkajuda. População idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia clínica.
Póster científico	Concretização e exibição de um póster científico.	Apresentação da intervenção psicológica no contexto comunitário.	Comunidade científica.	Estagiárias de psicologia clínica.
Visitas domiciliárias pela instituição Alkajuda.	Visitas domiciliárias à população idosa do Bairro do Alvito Velho.	Auxílio e identificação de necessidades da população idosa do Bairro do Alvito Velho.	População idosa do Bairro do Alvito Velho.	Estagiária de psicologia. Funcionária da instituição.

Tabela 4: *Resumo de atividades cont.*

Nome	Atividade	Objetivo	População alvo	Participantes
Visitas domiciliárias conjuntas pela Pró-Alcântara.	Visitas domiciliárias à população da zona residencial da instituição.	Análise e avaliação de necessidades presentes na população da comunidade da zona residencial da instituição.	População idosa e/ou carenciada da zona residencial da instituição.	Estagiárias de psicologia. Assistente social. Dirigente da instituição.
Feira Mercado Rosa Agulhas em Alcântara	Evento lúdico de venda de objetos executados pelos utentes da instituição Pró-Alcântara.	Angariação de fundos monetários e promoção de sentimentos de valorização nos utentes. Integração da instituição na comunidade.	População da instituição Pró-Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Funcionários. Voluntários.
Programa de promoção de competências	Realização de exercícios de promoção de competências.	Aumento de capacidades sociais, emocionais, cognitivas e psicomotoras. Criação de redes de suporte entre os utentes.	População idosa da instituição Pró-Alcântara.	Estagiárias de psicologia clínica.

O desempenho do profissional de psicologia em meio comunitário requer diferentes adaptações à realização de tarefas, seguindo-se o esclarecimento detalhado e exclusivo das mesmas. No âmbito da parceria entre a Junta de Freguesia de Alcântara e a instituição Pró-Alcântara, são realizadas visitas domiciliárias. Uma atividade centrada na visita ao domicílio de população referenciada com mais de 65 anos de idade. Esta atividade tem como objetivo a análise de necessidades da população idosa da freguesia em questão, para que seja possível a atribuição de respostas a essas mesmas necessidades. O estagiário de psicologia clínica fornece uma visão psicológica das necessidades encontradas, representando um papel moderador entre a população e os serviços passiveis de serem prestados, neste caso pela Junta de Freguesia. Seguidamente pode existir a possibilidade de sinalização e acompanhamento de casos individuais que culmina na execução de um relatório bimensal. Este relatório tem como propósito, fornecer detalhadamente essa mesma perspetiva psicológica e fomentar discussão e diálogo entre os intervenientes dos serviços prestados à comunidade.

Esta função é desempenhada em conjunto com a assistente social da Junta de Freguesia e estagiários de serviço social, sendo formadas equipas de duas pessoas, por norma uma pessoa da área de psicologia e outra de serviço social, que em conjunto recolhem informações pertinentes para o auxílio da pessoa idosa. O tipo de informação recolhida centra-se em dados demográficos e biológicos, para além de características de suporte social, de condições de vida e habitação, rendimentos e essencialmente problemáticas vividas pelo sujeito. Para facilitar a recolha de informação pertinente à área de psicologia foi executado um breve questionário de qualidade de vida, aplicado durante a realização da tarefa a indivíduos idosos da comunidade. A atividade é realizada em uma primeira fase, em média três vezes semanais, passando posteriormente a realizar-se duas vezes por semana até ser realizada apenas uma vez por

semana. Em uma fase final do período de estágio a atividade foi sessada por incompatibilidade com outras tarefas.

Alusivo à data comemorativa do dia internacional do idoso, dia 1 de Outubro, foi realizado um evento lúdico que incluiu almoço e entrega de flores confecionadas manualmente com palavras de vertente positiva em relação ao ser se idoso. O objetivo primordial do evento centra-se na inclusão social e partilha entre utentes, bem como o debate e reflexão sobre o tema ser-se idoso. Devido ao fato de a população da instituição encontrar-se bastante desmotivada em relação às suas perspetivas de vida, procura-se aumentar a visão positivista e motivação em relação às mesmas. O evento foi realizado através da interação entre as estagiárias de psicologia clínica, os funcionários e os voluntários da instituição.

A época festiva referente ao Natal torna-se das alturas mais complicadas para a população idosa, por os fazer relembrar tudo o que já foi perdido ao longo dos anos. Com esta análise em mente foi realizado um evento onde foram vendidas peças confecionadas pelos utentes em questão, voluntários e estagiárias, aproveitando materiais doados à instituição. Pela integração de *hobbies* pessoais, disponibilidade e empenho de todos os intervenientes, o evento tem o objetivo de promover nos idosos o sentimento de pertença, capacidade e realização, noções perdidas nesta altura dolorosa. Adjacente ao objetivo principal foi também possível a angariação de fundos para a instituição.

A Junta de Freguesia de Alcântara realizou pela época natalícia uma recolha de bens alimentares. No âmbito da sua parceria com a instituição Pró Alcântara as estagiárias de psicologia clínica, voluntários e funcionários da Junta de Freguesia e ainda alunos de diversas escolas da freguesia auxiliaram na angariação de bens alimentares. O objetivo da ação é de constituir um cabaz solidário para posteriormente o mesmo ser entregue em

sorteio a uma família carenciada. A recolha foi realizada ao longo de dois dias, distribuída por equipas em média de quatro pessoas em turnos rotativos.

Através da colaboração com a associação Serve The City foi realizado o apoio por parte das estagiárias de psicologia clínica da instituição Pró-Alcântara, bem como voluntários e funcionários, na realização de jantares comunitários. A atividade tem como objetivo servir uma refeição solidária à população com dificuldades sociais e económicas. Realiza-se quinzenalmente e recebe o apoio de diversas empresas e voluntários.

Ao longo do percurso de estágio curricular foram efetuados acompanhamentos psicológicos, maioritariamente ao domicílio. Estes acompanhamentos foram realizados no decorrer de visitas domiciliárias, através da parceria com a instituição Alkajuda e ainda no âmbito de identificações na instituição Pró-Alcântara. A importância deste tipo de intervenção centra-se nas necessidades e dificuldades da população idosa da comunidade e nas dificuldades arquitetónicas das próprias instalações. A intervenção psicológica é centrada em avaliação psicológica, aconselhamento e psicoterapia de apoio e possuem uma regularidade semanal por cada acompanhamento individual.

Com o objetivo de apresentar em formato científico a intervenção psicológica em contexto comunitário, foi concretizado e exibido pelas estagiárias de psicologia clínica um póster científico. Este detinha o título de psicologia clínica em instituição particular de solidariedade social e continha a descrição do local de realização do estágio curricular, uma breve descrição da população alvo e a fundamentação das atividades desenvolvidas. A apresentação do trabalho foi realizada no âmbito do sexto congresso de psicologia da criança e do adolescente na Universidade Lusíada de Lisboa.

Através da realização de visitas domiciliárias pela instituição Alkajuda foram executados acompanhamentos ao domicílio da população idosa do Bairro do Alvito

Velho. O principal objetivo centra-se no auxílio e identificação de necessidade da população idosa do bairro em questão sendo a tarefa executada por equipas compostas por uma estagiária de psicologia e uma funcionária da instituição.

Através de visitas domiciliárias conjuntas pela Pró-Alcântara foram realizadas sessões de análise e avaliação de necessidades da população idosa da zona residencial da instituição com o objetivo de promover a mesma e oferecer respostas adequadas. Esta função é realizada em equipas contendo estagiárias de psicologia, uma assistente social e por vezes o dirigente da instituição.

No decorrer da parceria com a Junta de Freguesia de Alcântara foi realizada a feira do Mercado Rosa Agulhas em Alcântara onde foram vendidos objetos criados pelos utentes da instituição Pró-Alcântara. O objetivo do evento prende-se na promoção de sentimentos de valorização dos utentes, a integração da instituição na comunidade e ainda a angariação de fundos monetários. O evento é aberto ao público em geral e teve a participação das estagiárias de psicologia, funcionários e voluntários.

Ao serem analisadas as dificuldades presentes na população idosa da instituição Pró-Alcântara, foi estabelecido pelas estagiárias de psicologia clínica um programa de promoção de competências. O programa consiste na realização de atividades de promoção de competências e tem por objetivo o aumento das capacidades sociais, emocionais, cognitivas e psicomotoras dos indivíduos, bem como a criação de redes de suporte social e emocional. O projeto teve início a dia 3 de Março de 2015 e terminou a dia 19 de Maio de 2015, sucedendo duas vezes por semana (terça-feira e quinta-feira, em média entre sessenta a noventa minutos) num total de dezanove sessões. A descrição de sessões realizadas ao longo do programa estão detalhadas na tabela 4, apresentada seguidamente.

Tabela 5: *Resumo de sessões de programa de competências*

Sessão	Módulo	Atividade	Objetivo
1	Social	Apresentação do programa aos utentes e exposição do cartaz promocional designado Mente Sã, Corpo São.	Esclarecimento de dúvidas referentes às atividades e áreas a desenvolver.
2	Psicomotricidade	Introdução à psicomotricidade	Medir a capacidade física dos utentes.
3	Cognitivo	Jogo de apresentação e memória: balão ou caixa de ferramentas.	Interação entre o grupo através de fornecimento de características pessoais. Promoção de debate sobre regras a implementar ou modificar na instituição. Conhecer as crenças dos idosos acerca da memória e procurar esclarecer os preconceitos existentes.
4	Psicomotricidade	Motricidade.	Promoção da motricidade através da dança.
5	Cognitivo	Jogar com palavras	Estimular a memória, comunicação verbal e integração dentro do grupo. Incentivar o pensamento e o raciocínio lógico.
6	Psicomotricidade	Flexibilidade	Maior capacidade de independência em tarefas diárias.
7	Psicomotricidade	Motricidade	Aumento de dificuldade de exercícios para estimulação muscular.
8	Cognitivo	Biografia de acontecimentos positivos.	Estimulação e manutenção cognitiva de memória a longo prazo.
9	Psicomotricidade	Obstáculos.	Aumento da capacidade de marcha.
10	Social	Circulo para partilhar.	Promover a capacidade de expressão; estimular a comunicação entre os utentes; desenvolver a capacidade de escuta e atenção; criar confiança no grupo.

Tabela 5: *Resumo de sessões de programa de competências*

Sessão	Módulo	Atividade	Objetivo
11	Psicomotricidade	Motricidade.	Continuação de promoção de marcha.
12	Psicomotricidade	Motricidade.	Marcha com obstáculos acrescidos.
13	Emocional	Jogo das cores e roda positiva.	Aumentar o conhecimento entre o grupo, primeira abordagem a emoções. Promover pensamento positivo.
14	Psicomotricidade	Motricidade fina.	Promover criatividade, motivação, sentimento de inclusão e partilha. Treino de motricidade fina.
15	Psicomotricidade	Motricidade.	Relação entre memória e motricidade.
16	Social Emocional	Inclusão de novos membros e roda com novelo: os quatro elementos. Como saio da cama de manhã.	Melhorar coordenação entre pensamento e resposta. Trabalhar memória através de inclusão de novos membros. Promoção de debate acerca de dificuldades de mudança.
17	Psicomotricidade	Motricidade	Circuitos de obstáculos.
18	Emocional	Qualidades	Aumentar autoestima e pensamentos de valorização.
19	Social	Encerramento	Reflexão e balanço dos resultados.

O programa de competências representou novos desafios para os utentes da instituição Pró-Alcântara, que sessão após sessão demonstraram ultrapassar com êxito. A primeira sessão centrou-se na apresentação do programa aos utentes para promover o debate de questões relevantes para os idosos, como as dificuldades encontradas e as respetivas estratégias de resolução. Foram esclarecidas duvidas e entregue panfletos com questões pragmáticas e de orientação por forma a facilitar a compreensão da ocorrência das sessões. Os utentes demonstraram motivação, descrevendo que se sentiam ouvidos e ansiosos pelo início do programa.

A segunda sessão correspondeu ao módulo de psicomotricidade onde foram apresentados exercícios simples para analisar a capacidade física dos utentes. Foi notória a necessidade de aumento de flexibilidade, de manutenção de marcha e estimulação muscular e de psicomotricidade fina. Dentro desta sessão foram realizados maioritariamente exercícios com o auxílio de cadeiras devido a problemas de equilíbrio de alguns utentes, primeiro em posição sentada e em segundo em pé. Os utentes mostraram recetividade e entusiasmo em todos os exercícios. Antes de terminar a sessão foi realizado um debate para que fosse percetível a opinião dos utentes, mostrando-se a mesma positiva.

A terceira sessão correspondeu ao módulo cognitivo, contendo dois exercícios base. O primeiro exercício, denominado jogo de apresentação pressupunha o treino de conhecimento dentro do grupo pelo fornecimento de características pessoais que considerassem relevantes. O mesmo exercício despoletou um debate sobre regras que gostariam de implementar ou modificar na instituição. O debate fomentou a visibilidade de alguns utentes mais reservados, dando-lhes uma voz. Foi possível em concordância com todos os intervenientes desenvolver características institucionais passiveis de alteração. A segunda tarefa denominada memória: balão ou caixa de ferramentas permitiu o acesso a crenças relacionadas com a manutenção e perda de memória. Sendo que muitos utentes entendiam que por terem uma memória mais fragilizada significaria demência, entre outras noções erróneas. Ao serem esclarecidas duvidas e até preconceitos existentes em relação ao tema, foi realizado um diálogo acerca de estratégias de mantimento e melhoramento de memória. Foi visível a presença de várias estratégias em alguns utentes que partilharam as suas experiencias com os restantes membros do grupo, aumentando a coesão grupal.

A quarta sessão diz respeito ao módulo de psicomotricidade, onde foram realizados exercícios utilizados em sessões anteriores acrescidos de componente rítmica. Ao concluir a sessão, foi realizada uma dança, à escolha dos membros do grupo, para estimular o movimento. Os utentes descreveram a sessão como muito animada, dizendo estarem surpreendidos pelo objetivo alcançado. A quinta sessão centrada no módulo cognitivo pretendia o estímulo de memória e comunicação verbal, incentivando o pensamento e raciocínio lógico. Através do exercício de memória, foram visíveis dificuldades por parte de alguns utentes, que se perdiam no raciocino lógico com bastante facilidade. Apesar de considerarem o exercício algo difícil, através de orientação todos foram capazes de o executar com êxito até ao fim.

A sexta sessão do programa diz respeito ao módulo psicomotor e é centrada no aumento da capacidade de flexibilidade. Foram efetuados exercícios de alongamento e exercícios maioritariamente em posição sentada com o propósito de auxiliar nas tarefas de vida diária. Relacionadas com atividades simples como carregar compras leves, calçar sapatos, vestir ou a própria manutenção da higiene pessoal. Esta sessão obteve uma componente tranquilizante e de relaxamento que contribuiu até para o esquecimento de objetos de apoio como a bengala por parte de alguns participantes.

A sétima sessão, de módulo psicomotor, teve por objetivo a repetição de exercícios anteriormente efetuados, acrescidos em dificuldade, para existir uma continuação de desafio às capacidades físicas dos sujeitos. Os exercícios obtiveram maior número de repetições, foram acrescentados exercícios com bola e os exercícios em pé foram executados sem o apoio da cadeira. Foi notório o aumento de equilíbrio, flexibilidade e capacidade muscular, bem como de pensamentos confiantes relacionados com capacidades pessoais.

A oitava sessão centrada no módulo cognitivo teve por objetivo principal a estimulação e manutenção cognitiva de memória a longo prazo. Foi realizado um exercício designado por biografia de acontecimentos positivos, focado na intensão de promover memórias positivas. Para aumentar a motivação na execução da atividade foi realizado em três cartolinas uma lista de acontecimentos positivos por cada década de vida dos idosos. Os utentes, em conjunto com as estagiárias de psicologia clínica, decidiram denominar o objeto final de quadro da esperança, para que o mesmo pudesse estar exposto como lembrete de momentos positivos em dias menos bons. A nona sessão de módulo psicomotor teve como objetivo principal o aumento da capacidade de marcha. Devido ao fato de ser uma das maiores necessidades dos utentes, foram realizados circuitos com obstáculos para promover a marcha. Cada circuito tinha um tipo de marcha distinto, sendo que a dificuldade aumentava gradualmente a cada repetição. Como forma de terminar a sessão foi ainda executada uma dança em círculo sem auxílio de cadeiras.

A décima sessão, centrada no módulo social, pressupôs a promoção de capacidade de expressão, o estímulo de comunicação entre utentes, o desenvolvimento da capacidade de escuta e atenção e a promoção de confiança dentro do grupo. Foi executado um exercício denominado círculo para partilhar onde foi pedido a partilha de experiencias relacionadas com o meio laboral. Os utentes mostraram-se recetivos e ciosos de compartilhar as suas histórias de vida com os restantes membros do grupo tendo sido desenvolvido um debate relacionado com a discrepância de dificuldades de trabalho entre homens e mulheres. A décima primeira e a décima segunda sessão foram centradas no módulo psicomotor, onde existiu a continuidade de treino da marcha. Foram utilizados obstáculos e aumentado o nível de dificuldade, sendo notória a evolução na execução dos exercícios tanto em mestria como em velocidade.

A décima terceira sessão foi realizada com o propósito de desenvolver o módulo emocional. Foram executadas duas atividade distintas com o objetivo de aumentar o conhecimento entre o grupo e promover o pensamento positivo. Em uma primeira instância é pedido a cada membro do grupo que escolha uma cor com a qual se identifique e explique o motivo. Através desta atividade foram identificados sentimentos e pensamentos relacionados com acontecimentos de vida de cada membro sendo o mesmo partilhado e aceite pelo restante grupo. Em segunda instância foi realizado um exercício designado de roda positiva onde era pedido que partilhassem motivos pelos quais se sentiam agradecidos. De início ocorreu uma evidente dificuldade em estabelecer motivos de agradecimento, ultrapassada a barreira inicial a sessão mostrou-se enriquecedora pela partilha de emoções e modificação de pensamentos negativos.

A décima quarta sessão foi centrada no módulo psicomotor, com o objetivo de aproveitar material utilizado em outras sessões foi promovida a capacidade de motricidade fina. Através do pedido a cada membro que desenhasse e posteriormente recortasse figuras que consideradas importantes para a decoração do quadro da esperança, realizado anteriormente. Através do objetivo em mente os utentes foram capazes de desenvolver figuras complexas e recorta-las de forma autónoma, aumentando a sua destreza manual, dificuldade muito citada entre os idosos.A décima quinta sessão, de módulo psicomotor teve como principal objetivo a ligação entre a motricidade e a cognição. Para além dos exercícios físicos usualmente executados foi realizada uma atividade onde era pedido que ao passar uma bola dissessem um elemento pertencente a uma categoria à sua escolha. Desta forma foi trabalhada a memória e raciocínio lógico dos sujeitos que demonstraram maior agilidade na resposta às atividades propostas.

A décima sexta sessão é centrada nos módulos social e emocional. Através da ingressão de novos membros na instituição foi realizado um exercício de inclusão onde foi pedido que cada sujeito se identificasse e de uma forma geral apresentasse os conteúdos do programa aos novos utentes. Seguidamente foi promovido um debate em relação às dificuldades adjacentes a mudanças, expostas pelos próprios membros. A décima sétima sessão, de módulo psicomotor centrou-se na continuação de exercícios anteriormente executados, no gradual aumento de dificuldade na execução dos mesmos e no encerramento das sessões psicomotoras. A décima oitava sessão teve como objetivo principal o aumento da autoestima e de pensamentos de valorização, através de um exercício onde era pedido a cada utente que escrevesse quatro qualidades de si mesmo e posteriormente as relatasse ao grupo. O exercício proporcionou a análise do autoconceito dos indivíduos e a sua dificuldade em se focar em características positivas de si mesmo.

A décima nona sessão, e última disse respeito ao encerramento do programa onde foi efetuado em conjunto uma reflexão e balanço dos resultados e dos objetivos concretizados ao longo do percurso. Foram referidas por todos o aumento da capacidade social, por se sentiram mais confiantes dentro de um grupo e o aumento da capacidade emocional por serem agora mais capazes de se expressarem emocionalmente de forma assertiva e direta. Um dos objetivos mais citados foi a promoção de capacidades psicomotoras por agora não sentirem tanto receio de sair à rua, de realizarem as suas tarefas diárias e de não estar presente a mesma necessidade de objetos de auxílio como bengala ou moleta. Foi ainda referido o aumento na capacidade cognitiva pois ao utilizarem estratégias no auxílio da memória sentem-se mais seguros e competentes. De uma forma geral foram cumpridos os objetivos propostos pelo programa de

competências, sendo notória a evolução em diversas áreas por parte dos membros participantes.

Formações de estágio

No dia 11 de Fevereiro de 2015 foi dada a formação profissional em "Psicologia do luto" pela associação portuguesa dos profissionais do sector funerário. Contendo como unidades de formação e módulos: o sentido da vida e o que significa morrer (perspetiva social, psicológica e cultural); a vinculação e a perda; o modelo de transição e adaptação à morte; o processo de morrer, ver morrer e aceitar a morte; o apoio social e profissional (intervenção na crise, grupos de apoio e a experiência emocional corretiva); como comunicar a morte e o luto dos cuidadores.

Estudos de Caso

Apresentação de Estudo de Caso 1

Identificação

Tabela 6: *Dados biográficos caso I*

Nome	Maria (nome fictício)
Idade	80 Anos
Estado civil	Viúva
Número de sessões	21
Referência	Instituição Pró-Alcântara

Maria de 80 anos, viúva, reformada, pertencente a um estatuto económico médio alto, com aparência cuidada, escolaridade completa dentro do regime da sua época e religiosa foi referenciada pela instituição por apresentar queixas de solidão e picos de ansiedade.

Motivo da Consulta

A paciente verbaliza sentir-se sozinha, e sentir falta do marido que faleceu. Descreve-se como nervosa em distintas ocasiões, sem explicação aparente. Este nervosismo diz ser praticamente constante e desde há bastantes anos.

A Maria apresenta como principais causas de sofrimento a solidão, nervosismo que identifica como relacionado com tristeza e angustia, dificuldade em manter o sono e preocupações excessivas com características da vida diária. A solidão, tristeza, angústia e outros sentimentos relacionados surgiram maioritariamente há 10 anos, pela mesma data do falecimento do marido. A dificuldade em dormir também foi gradual mas surgiu na mesma altura. A preocupação excessiva com questões de vida diária relata estarem presentes desde sempre.

Quando analisadas estratégias utilizadas por Maria para lidar com as problemáticas apresentadas, a própria demonstra a crença de incapacidade de resiliência em relação às suas preocupações constante. Quando se trata de questões do foro fisiológico, a paciente procura ajuda, sendo neste caso apresentada a crença de que todos os fatores fisiológicos são passiveis de serem tratados ao contrário de questões emocionais, de forma que para a manutenção do sono, recorreu a um médico de clinica geral, o qual receitou medicação apropriada para o efeito. No que diz respeito ao combate à solidão, procura contacto com a instituição apesar desta rede de suporte social não se demonstrar estável o suficiente para manter o seu equilíbrio psicossocial.

História clínica

Maria relata nunca ter tido qualquer tipo de patologia ou problema clínico até à faixa etária dos 30 anos, altura em que começou a perceber uma relação entre o seu nervosismo habitual e o seu equilíbrio emocional despoletado por uma menopausa precoce sem tratamento hormonal. Na faixa etária dos 70 anos foi lhe diagnosticada uma depressão reativa com características nervosas, advinda da perda do seu marido.

Atualmente, Maria realiza com um período de tempo anual, exames médicos de controlo à doença crónica relacionada com o sistema gastrointestinal, e o diagnóstico pré diabético não sendo dependente de insulina. Os resultados antecedentes mostraram-se positivos, não estando presente declínio no seu quadro de saúde físico. Nunca esteve hospitalizada e relata não ter conhecimento de doença emocional na sua história familiar.

Em relação a medicação toma ansiolíticos e um antidepressivo que ao conter amitriptilina torna-se importante para o tratamento de depressões ansiosas pois possui uma ação ansiolítica eficaz. Esta medicação encontra-se em utilização pela utente desde o período depressivo descrito anteriormente. Apesar da sua ansiedade não demonstra

situações de pânico evidentes ou perigo para si ou para outros, descrevendo nunca ter enfrentado ideação suicida ou pensamentos sobre matar ou ferir alguém. Não demonstra ter possuído alguma vez pensamentos de autodestruição ou comportamentos violentos.

História do Desenvolvimento Psicossocial

Maria nasceu em casa, teve uma infância que relata como normal e pacifica sem grandes alterações, comtemplou todas as fases de desenvolvimento esperadas sem dificuldade (como treino do bacio), viveu sempre sobre padrões de disciplina rígidos e não apresentou atrasos de desenvolvimento. A sua experiencia educacional é vista como positiva pela própria, de acordo com um regime politico salazarista, muito perpetuado dentro do núcleo familiar. Maria descreve-se como tendo sido sempre centrada em bons comportamentos e bons resultados escolares bem como em uma educação religiosa.

Maria relata um desenvolvimento e rendimento escolar positivo enquanto criança, ingressando na escola com a idade pretendida, nunca repetiu nenhum ano, não tinha dificuldades em matérias específicas mas preferia as de leitura e escrita. Terminou os estudos obrigatórios e ingressou num curso relacionado com linguística tendo este sido interrompido pela decisão de casar nunca tendo sido retomado, esta decisão é descrita pela própria como a sua única decisão de vida.

Em relação ao seu desenvolvimento sexual, teve um parceiro sexual que foi o marido, não tendo grande intimidade ou descontração na relação íntima, relatando a mesma como a sua obrigação. Socialmente ativa atribui a esta área a máxima importância. Considera-se uma pessoa muito abrangida pela sua religião católica, não querendo nunca ir contra os seus deveres e responsabilidades de praticante. Maria descreve o seu relacionamento familiar como próximo e estável, não referindo em nenhum momento problemas na infância, vivendo sempre com os seus pais e irmã.

Descreve principalmente o pai como a figura orientadora e autoritária, causa de frustração para Maria por sentir que todo o seu desenvolvimento ocorreu sem o seu controlo, modelo perpetuado no seu casamento. Esta situação tornou-se uma reação emocional recorrente, sendo que sempre que Maria sente falta de controlo em alguma situação, a mesma provoca frustração e desespero.

Diz ter tido sempre as mesmas linhas de personalidade, muito centradas em perfeição e na correspondência de padrões culturais e sociais, considerados pela própria como essenciais e adequados. Devido à desresponsabilização recorrente ao longo do seu desenvolvimento, primeiro em jovem e posteriormente em adulta, desenvolveu reações emocionais relacionadas com sentimentos de medo e a crença de incapacidade de tomada de decisões.

Mesmo antes do falecimento do marido a crença de incapacidade intensificou-se, pois o marido enfrentou um cancro terminal, passando por inúmeras operações e internamentos, situação que exigia por parte de Maria tomadas de decisão. A sua rede de suporte social centra-se na família e ao longo desta experiencia de sofrimento adquiriu o suporte de outros familiares de pacientes internados com situações de doença similares às do seu companheiro.

Ao longo da sua tentativa de utilização de estratégias de coping com a situação que se apresentava, as mesmas demonstraram-se frágeis. Na tentativa de construir novas relações sociais de amizade, as mesmas não se mostraram bem-sucedidas, aumentando o seu estado de ansiedade. Apresenta como pontos críticos de mudança ao longo da vida o seu casamento, o nascimento do filho, o divórcio do filho e a morte do marido.

Maria relata que o seu sentimento de solidão juntamente com a sua preocupação constante culminaram em situações de desequilíbrio emocional e isolamento social. Apenas há um ano, Maria optou pelo isolamento social por recear contrair constipações,

este isolamento perpetuou-se por alguns meses aumentando sentimentos de solidão e ansiedade, que são agora desencadeados pela altura do inverno, principalmente ao longo da época natalícia.

Em relação ao mundo laboral, Maria nunca exerceu, sendo sempre responsável pela lida de casa e mais tarde pela educação do filho. Diz-se conformada com a ideia de nunca ter ingressado o mercado de trabalho, no entanto ao longo das entrevistas é visível sentimentos de tristeza ao referir a temática. Apesar da tristeza, Maria refere alguns benefícios, como o fato do tempo disponível para os cuidados ao filho e tarefas prazerosas como bordar.

Presentemente a utente vive sozinha, apesar de ter uma família ampla, mantem um relacionamento próximo e estável apenas com o filho e a neta. A última mudança que ocorreu na sua vida foi a entrada para a instituição há 3 anos. Recebe uma reforma consideravelmente favorável não apresentando problemas monetários. Como conflitos de vida refere as suas preocupações e a sua interferência no seu bem-estar com os seus pares e filho.

O seu sistema de suporte social centra-se no filho e nos membros da instituição, com quem estabelece uma relação próxima, mantem também uma relação saudável com vizinhos e conhecidos não sendo no entanto relações de grande intimidade. Em relação a conflitos interpessoais, Maria apresenta um défice na capacidade de escuta ativa, o que por vezes produz conflitos entre si e os seus pares, não sendo capaz de identificar a razão dos mesmos. Através de dificuldades de comunicação e expressão emocional, ocorrem também conflitos com o filho.

Exame do estado mental

A entrevista inicial, e restantes sessões foram realizadas ao domicílio por não estarem presentes condições necessárias para a realização de entrevistas psicológicas,

como a questão de garantia de privacidade. A entrevista foi requerida pela instituição com o fim de consultadoria, na tentativa de compreender se seria necessário apoio psicológico. A paciente apesar da sua idade avançada apresenta mobilidade motora eficiente principalmente em comparação com os seus pares.

Apresenta uma postura muito direita, quase tensa, roupas de aparência cuidada não extravagantes, utilização de adornos e maquilhagem também esta sem ser exagerada mas notória, com uma higiene pessoal eficaz e cabelo alinhado e penteado. Apresentou-se com uma atitude amigável, humor disfórico centrado em ansiedade, tristeza e angústia, modulação afetiva dirigida a sentimentos estéticos, éticos, morais e intelectuais. Aparenta uma idade inferior á que realmente possui, muito expressiva, especialmente a nível facial e capaz de estabelecer contacto visual durante praticamente toda a sessão.

Apresenta alguma agitação psicomotora, movimentando se por vezes na cadeira de forma desconfortável, alterando a sua posição, cruzando e descruzando as pernas, sendo este comportamento acompanhado de gesticulação constante. Em certas alturas o seu discurso é intercalado por longos e profundos suspiros, não parecendo os mesmos direcionados ao conteúdo do discurso mas antes a um desconforto na sua forma de estar. Mostra alguma pressão para falar, demonstrando desconforto em alturas de silêncio. Por vezes o seu discurso é algo acelerado, sendo este mais factual do que emocional.

A sua atitude é maioritariamente amigável com constantes tentativas de prestação de serviços e simpatia. Mostrou-se cooperativa e acessível ao prosseguir o discurso sem ser necessária a introdução de temas ou questões. Foi descritiva quanto a fatos embora emocionalmente estivesse retraída, fazendo no entanto o esforço visível de não ser indelicada.

Por vezes mostrou-se sedutora, tentando elogiar e agradar o entrevistador. A sua forma de comunicação é responsiva e ponderada ao evitar espontaneidade. A verbalização por vezes é rápida e forte mas hesitante. Mesmo quando comunica de forma mais intensa não eleva o tom de voz mantendo se sempre com um volume médio.

A impressão emocional geral foi de desconforto, despertando também vontade de ajudar a paciente a descontrair e relaxar. Fisicamente mostra-se muito controlada mas o seu discurso e postura relatam algum descontrolo. Transparece também tristeza e angustia relacionados com eventos traumatizantes mas principalmente com a crença de incapacidade de bem-estar e equilíbrio.

O seu estado de consciência demonstra rapidez nas reações a estímulos, não se mostrando sonolenta. Não apresenta em nenhum momento alterações do estado de consciência. Em questões de atenção mostra-se de forma geral híper vigilante, o que por vezes causa prejuízo de atenção em outros estímulos que não aquele que esta a ser exercido. Em resposta a uma tarefa é capaz de manter a atenção na mesma sem se distrair com facilidade.

A sua concentração em processos internos de pensamento mostrou-se comprometida através do teste Mini Mental State Examination bem como alguma dificuldade na recuperação de memórias. Não apresenta alterações de atenção como desatenção e distração ao longo do discurso. Não estão presentes alterações de senso perceção como ilusões ou alucinações.

Em relação a orientação mostra capacidade de se situar no tempo e no espaço, sendo capaz de identificar as horas, dias, meses, anos e estação, bem como o local onde se encontra, questões de identificação pessoal e outros.

A memória em geral apresenta-se eficaz, a sua memória imediata reflete a capacidade de registar informações ouvidas nos últimos segundos, a sua memória

recente mostra a mesma capacidade tanto a curto prazo (minutos) como a longo prazo (horas ou dias).

A sua memória remota, em que as informações estão intimamente ligadas a significado emocional, são facilmente recordadas sendo que algumas são recuperadas de forma espontânea e repetidamente por parte de Maria. Muito por se encontrar em situações semelhantes ou por medo que as negativas se voltem a repetir.

Considera-se uma pessoa com pouca capacidade adaptativa a novos meios e situações por lhe causarem desconforto e nervosismo e portanto diz não apreciar mudanças. Tem a capacidade de aprender com a experiencia e desenvolve atividades de forma coerente e centrada em objetivos específicos.

Possui bastante dificuldade na resolução de problemas simples respeitantes à sua vida diária, mesmo sendo capaz de integrar conceitos abstratos para o fazer, descrevendo a sua dificuldade como causa da ansiedade. Detém um bom desempenho intelectual no sentido de ter facilidade em perceber o troco em atos de compra, noções de geografia bem como inteligência cultural. O seu vocabulário é adequado e fluído e apresenta capacidade de abstração principalmente relacionada com provérbios e metáforas. Expressa o seu pensamento de forma coerente e lógica sendo facilmente compreendida a sua linha de raciocínio, excetuando em situações em a sua ansiedade se encontra elevada.

De forma geral respeita a lógica de sintaxe e não recorre a inferências falsas ou ilógicas. O curso do pensamento é abundante, sendo no entanto capaz de se focar em temas de forma ordenada. A velocidade em que apresenta ideias é controlada na maioria das sessões exceto quando existem picos ansiosos em que apresenta algum bloqueio.

Apresenta tendência catastrofista, com ideias centradas em preocupações com existência ou aparecimento de doença ou problemas alheios. Embora estas mesmas ideias sejam ligadas à realidade são usualmente desproporcionadas.

Maria apresenta um juízo crítico coerente, não sendo nunca inconveniente ou inconsciente de regras e limites. O seu insight em termos emocionais e de personalidade nem sempre está em concordância com os fatos descritos.

Uma das suas maiores preocupações é a conduta, verbalizando nunca ter utilizado estupefacientes, nunca ter furtado ou quebrado qualquer regra social. Expõe nunca ter existido tentativa de suicídio ou hostilidade, não se identificando com impulsos ou comportamentos agressivos.

Em relação a funções psicofisiológicas o sono em especial preocupa-a bastante no sentido em que apresenta insónia inicial e terminal. O seu apetite não possui alterações e quando exibe ligeiras modificações diz respeito às contingências presentes por doença gastrointestinal crónica.

Avaliação Psicológica

Segundo a análise psicológica realizada, Maria considera o seu estado psicológico geral, fundamentalmente a cognição como deteriorada, apesar de não ir de encontro aos fatos apresentados pela própria. Esta noção errónea dos fatos aumenta a sua preocupação e posteriormente a sua ansiedade desproporcionada.

Maria compreende a sua personalidade como bem formada e sem necessidade de alteração, descrevendo a sua auto estima como elevada. O autoconceito mostra-se frágil e é utilizado como estratégia de defesa, numa tentativa de não demonstrar fragilidades, noção relacionada com o seu desenvolvimento psicossocial.

A sua capacidade de tolerância à frustração é muito baixa, desencadeando desespero. A Maria mostra-se motivada para as sessões e para a relação terapêutica, bem como

para a mudança. Referencia o seu self como ideal e as possíveis alterações a serem realizadas em si como sendo consequências de outros ou de circunstâncias, não atribuindo responsabilidade a si mesma. Seguidamente é apresentada a tabela 6, com o resumo da aplicação de provas psicológicas.

Tabela 7: *Avaliação psicológica de caso I*

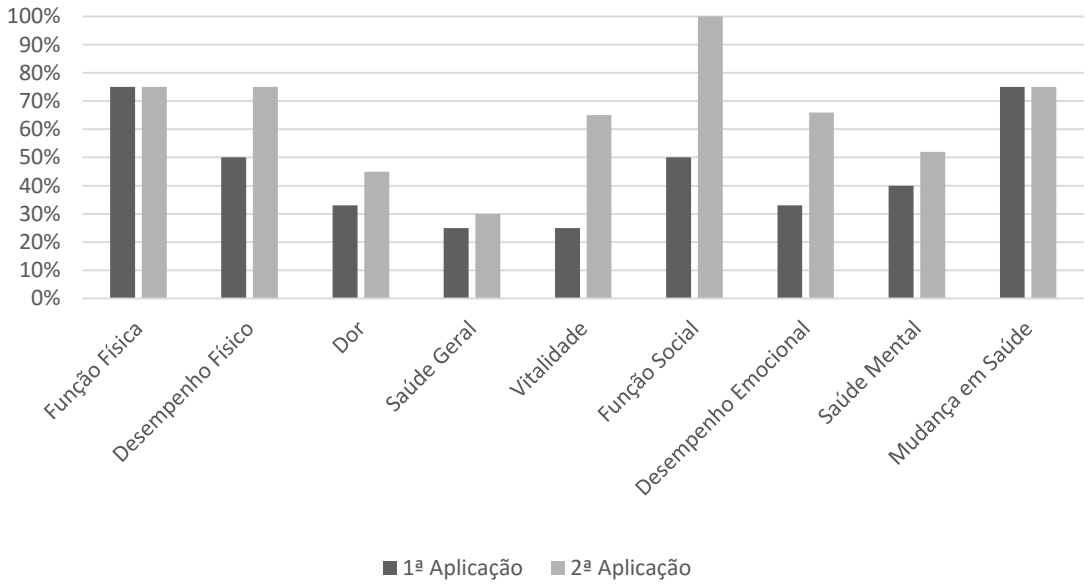
Provas psicológicas	**Observação**	**Objetivo**	**Resultado**	**Indicações gerais**
MMSE	Idade avançada; queixas relacionadas com receio de decaimento de capacidades.	Avaliar possíveis défices cognitivos.	O resultado mostrou-se sem defeito cognitivo.	A área de maior dificuldade mostrou-se a tarefa de atenção e cálculo, sendo difícil para Maria manter o raciocínio lógico.
SF-36	Incongruências relativas à perceção de saúde e sintomas.	Analisar a ligação entre a perceção de saúde e possíveis fatores de risco ao bem-estar psicológico. Em uma segunda aplicação pretendeu-se avaliar os fatores de mudança ao longo do período terapêutico.	Através da primeira aplicação obteve-se uma perceção de saúde de 48%, possuindo um aumento na segunda aplicação de 15%, ficando com 63%. Valores inferiores em áreas respeitantes a saúde geral, vitalidade, desempenho emocional, dor e saúde mental. As maiores alterações foram verificadas em áreas correspondentes a vitalidade, função social, desempenho emocional e desempenho físico.	Todas as áreas obtiveram uma evolução demarcada por valores superiores na segunda aplicação da prova.

Tabela 7*: *Avaliação psicológica de caso I cont.

Provas psicológicas	Observação	Objetivo	Resultado	Indicações gerais
SCL-90-R	Possível presença de somatização em relação a sintomas físicos e psicológicos. Dificuldade em distinguir sintomas ansiosos de sintomas depressivos.	Análise da presença de um quadro psicopatológico. Destrinça de sinais correspondentes a áreas psicopatológicas distintas.	Em uma primeira aplicação, Maria obteve o valor de 3.2 e na segunda aplicação obteve o valor de 2.4. O resultado apresenta sinais de existência de quadro patológico.	Diminuição de intensidade de sintomas psicopatológicos. Através da segunda aplicação foram obtidos valores de diminuição na área de depressão e somatização, bem como de sinais de ansiedade.
BDI	Sinais depressivos expressados pela paciente. Resultados elevados em relação a depressão na aplicação da prova anterior.	Despiste de quadro depressivo.	O resultado obtido foi de depressão de leve a moderada.	Através dos resultados anteriormente recolhidos, apresentava sinais de somatização. Possível correlação entre sintomas somáticos e depressivos.
STAI	Angústia e tristeza causadas por sintomas ansiosos.	Confirmação de presença de quadro psicopatológico de ansiedade. Análise da intensidade de sintomas ansiosos. Destrinça entre ansiedade de estado e traço.	O resultado foi de 90% para ansiedade estado numa primeira aplicação e na segunda aplicação de 66%. Para a ansiedade traço o resultado foi de 78% para as duas aplicações.	A intensidade de sintomas relacionados com a ansiedade de estado diminuíram, enquanto a intensidade de sintomas relacionados com a ansiedade de traço mantiveram-se.

Devido à idade de Maria foi aplicada inicialmente a prova MMSE com o intuito de compreender se a sua cognição estaria comprometida e desta forma prosseguir para outras causas do mal-estar apresentado. Segundo o seu grau de escolaridade os resultados demonstraram "sem defeito cognitivo", o que corroborou com a observação efetuada nas sessões e com a perspetiva da própria. A área em que teve maior dificuldade foi a correspondente a atenção e cálculo, sendo complicado para Maria a manutenção do raciocínio lógico. Seguidamente foi aplicada a prova SF-36 para que fosse visível a perceção da utente do seu estado de saúde e consequentemente da sua qualidade de vida. A prova foi aplicada em dois momentos distintos com um espaçamento entre eles de seis meses. O objetivo da primeira aplicação era perceber a correlação entre a perceção de saúde da paciente e os indícios apresentados, podendo ser excluída a existência de um quadro psicopatológico. A segunda aplicação permitiu compreender que fatores se alteraram durante esse período. Para melhor compreensão do reflexo destes valores apresenta-se seguidamente a ilustração 1.

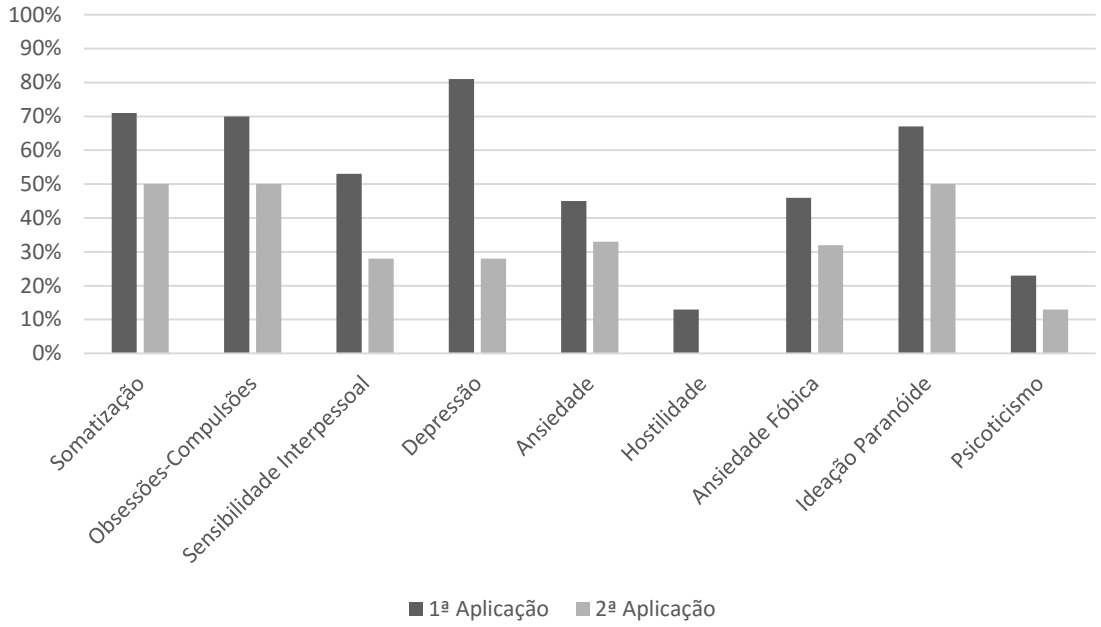
Ilustração 1*: Resultados de Questionário de estado de saúde caso I*



Através da primeira aplicação foi possível verificar a perceção de saúde de 48%, e na segunda aplicação do teste, seis meses depois o resultado obtido correspondeu a 63%, o que demonstrou um bem-estar subjetivo em crescendo. Ao analisar os valores retirados da primeira aplicação é possível verificar que as áreas com valores mais elevados são as que dizem respeito a questões físicas e sociais. Aquando da segunda aplicação é possível verificar várias alterações significativas, principalmente pelo fato de todos os valores terem aumentando. Os aumentos correspondentes a áreas físicas, sociais e de vitalidade mostram alterações significativas na sua forma de estar. Algumas áreas, embora apresentem valores mais altos do que na primeira aplicação, continuam a ser mais baixos que as restantes, como é o caso de dor e saúde geral.

No seguimento da avaliação psicológica, com o objetivo de determinar a existência de quadros patológicos associados a sintomas descritos pela utente, foi aplicada a prova SCL-90-R. Para que fosse possível avaliar a evolução do quadro, a prova foi aplicada em duas ocasiões distintas, com um espaçamento de seis meses entre as mesmas. Advindo da primeira aplicação, Maria obteve o resultado geral de 3.2, demonstrando a possibilidade de existência de psicopatologia. Após seis meses, com a segunda aplicação, o resultado foi de 2.4, o que indicou a continuidade de psicopatologia, tendo no entanto descido 0.8. Este resultado corroborou com a diminuição de angústia dentro das dimensões avaliadas pelo teste. Para que sejam percetíveis as diferentes extensões da prova, os seus resultados e a sua alteração de valores ao longo do tempo será seguidamente apresentado na ilustração 2.

Ilustração 2: *Resultados da prova SCL-90-R de caso I*



Através da primeira aplicação da prova as dimensões que obtiveram valores mais elevados foram as correspondentes a depressão, a somatização, obsessões-compulsões e ideação paranoide. Na segunda aplicação do teste, apesar da diminuição de todos os fatores e embora ainda se encontrem dentro do espetro de psicopatologia, apresentam indícios de diminuição de intensidade de sintomas.

Devido ao fato de os valores de depressão se encontrarem elevados na aplicação de outras provas psicológicas, foi aplicada a prova BDI, com o objetivo de despistar um quadro depressivo não coerente com fatores atribuídos pela paciente. Os resultados da mesma demonstraram depressão de leve a moderada, passando a ser ponderada a ligação entre sinais somáticos e sinais depressivos. Por último foi aplicado o inventário de ansiedade estado-traço, STAI, com o objetivo de confirmação de um quadro ansioso bem como da perceção de intensidade dos sintomas. A prova foi aplicada em dois momentos, com um período de tempo de distanciação de seis meses, sendo os valores obtidos evidenciados na tabela 7, seguidamente apresentada.

Tabela 8: *Resultados do inventário de ansiedade estado-traço, STAI*

	1ª Aplicação	**2ª Aplicação**
Estado	90%	66%
Traço	78%	78%

Os resultados referentes á intensidade de ansiedade percecionada por Maria naquele momento foi de 90% e a percecionada habitualmente obteve o resultado de 78% o que demonstra uma ansiedade constante, elevada e persistente. Aquando da segunda aplicação foi possível verificar que os valores de estado diminuíram 24% enquanto os valores de traço se mantiveram.

Hipótese diagnostica

Pela análise geral composta pela aplicação de diferentes provas psicológicas, de entrevista clínica, exame do estado mental, observação clínica e o próprio discurso da paciente foi alcançada uma hipótese diagnostica. Neste caso particular a de perturbação de ansiedade generalizada. Esta hipótese diagnóstica alberga vários critérios que correspondem aos sintomas apresentados pela utente, entre eles uma ansiedade e preocupação excessivas com diversos eventos ou atividades, na maioria dos dias por pelo menos seis meses.

Maria diz ter constantemente preocupações, descrevendo que ocorrem todos os dias, que se tornam excessivas, em relação ao seu bem-estar físico e psicológico como por exemplo o fato de se esquecer de algo poder significar alzheimer ou o nervosismo que sente poder ser na realidade um ataque cardíaco, entre outras questões ligadas á saúde. Para além deste género de apreensões também estão presentes preocupações relacionadas com outros como o filho, por exemplo, se o filho parece triste existe a possibilidade de se suicidar, se tem epilepsia e apesar da toma de medicação pode ter

um ataque cair e bater com a cabeça acabando por falecer. Se a neta terminou o curso e ainda não tem trabalho significa que nunca terá.

Por fim existem ainda preocupações com eventos diários, por exemplo se algum aparelho deixa de trabalhar tem de ser arranjado de imediato, se uma empresa de telecomunicações contacta significa que vão se suceder problemas de impossível resolução. Descreve que para além da intensificação, as preocupações subsistem desde sempre. Outro critério significativo diz respeito ao fato de o individuo considerar difícil o controlo destas preocupações, no caso de Maria a mesma descreve o ato como impossível, tendo anteriormente realizado inúmeras tentativas para o sucedido sem qualquer sucesso.

A ansiedade e a preocupação devem ainda estar associadas a um ou mais dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos á flor da pele; fatiga; dificuldade em concentrar-se ou sensação de branco na mente; irritabilidade; tensão muscular ou perturbação do sono. No caso de Maria estão presentes sinais como inquietação pois descreve não se sentir confortável ou tranquila em nenhum momento. Esta presente fatiga, sentindo-se muito cansada sem que a razão seja explicada por fatores biológicos ou médicos, tendo como consequência falta de vitalidade. Em certas ocasiões sente dificuldade em concentrar-se, possui os músculos tensos grande parte do tempo, característica visível em entrevista pela sua postura tensa. Apresenta ainda dificuldade em manter o sono sendo o mesmo inquieto e insatisfatório, descrevendo processos de ruminação que a impossibilitam de descansar convenientemente.

A preocupação e ansiedade causam sofrimento significativo em Maria dando origem por vezes a prejuízos no funcionamento social como o fato de optar pelo isolamento através da preocupação de contrair uma doença, ou pela crença de que não é compreendida pelos seus pares. Maria apresenta ainda características que suportam a

hipótese diagnóstica de perturbação de ansiedade generalizada, sendo eles sintomas somáticos acompanhados de respostas de sobressalto exageradas (por exemplo náuseas e dores musculares sem explicação médica). As suas preocupações são por vezes centradas no possível aparecimento de doença, fator muito relacionado com o fato de para idosos ser uma questão preocupante bem como questões de segurança que podem tornar-se excessivas. A perturbação não se deve a efeitos fisiológicos de medicação ou outra condição médica pois é acompanhada regularmente devido á sua idade pelo centro de saúde da sua zona de residência e a sua condição não é mais bem explicada por outra perturbação.

Diagnóstico diferencial

No caso de perturbação social o individuo apresenta preocupação excessiva e antecipatória em relação a eventos sociais, no caso de Maria esta questão não se encontra presente. Embora por vezes os seus sintomas a prejudiquem socialmente não tem preocupação orientada para essa área. De forma geral é uma pessoa social, esforçando-se para que seja uma dimensão não afetada pelo seu nervosismo.

Ao poder tratar-se de perturbação obsessivo-compulsiva, as obsessões do sujeito são ideias desajustadas que se tornam pensamentos, impulsos ou imagens indesejadas do presente, no caso de Maria de ansiedade generalizada, as preocupações são centradas em problemas que se encontram no futuro.

A perturbação de stress pós traumático também está muito relacionada com ansiedade, mas tal como em casos de perturbações de adaptação, esta ocorre em resposta a um fator identificável com o período de 3 meses após o motivo de stress, não persistindo por mais de seis meses após as suas consequências. No caso de Maria os motivos de ansiedade estão presentes desde os seus 30 anos e a sua ansiedade não é desencadeada por um fator específico. O mesmo se verifica em situações de hipocondria

ou fobia específica, em que o medo ou ansiedade está circunscrito á presença de uma situação ou objeto particular.

A ansiedade está também presente em diagnósticos de perturbações depressivas, bipolares e psicóticas, não devendo ser identificada em separado se ocorrer exclusivamente durante períodos em que estas perturbações estejam presentes. No caso de Maria a sua ansiedade estava presente previamente ao diagnóstico de depressão nervosa há cerca de dez anos, tratando-se de uma depressão reativa muito ligada a ansiedade. Não esquecendo o fato de que pessoas que experienciam sintomas de ansiedade generalizada possuem uma probabilidade elevada de já terem preenchido critérios para outra perturbação de ansiedade ou perturbação depressiva.

Plano terapêutico

Dentro dos objetivos expressados por Maria encontra-se a diminuição da intensidade de sintomas referentes á ansiedade, descrevendo as preocupações como causa de angústia. Em segundo lugar gostaria de ser capaz de dormir sem interrupções, que considera estarem ligadas às preocupações excessivas. E por fim diminuir a tensão muscular, ser capaz de relaxar e dessa forma atingir um maior equilíbrio e bem-estar.

Ao refletir sobre como será ao alcançar os seus objetivos, considera que se tornaria mais sensata, tranquila e capaz. No que diz respeito ao seu desenvolvimento pessoal, pretende treinar as suas competências como assertividade, capacidade de tomada de decisões e expressão emocional. No âmbito dos seus relacionamentos pessoais espera melhorar a comunicação interpessoal, sendo necessário trabalhar a sua escuta ativa e compreensão do outro.

Através das suas expetativas e objetivos pessoais foram estabelecidos objetivos terapêuticos:

1º- Diminuir a ansiedade, principalmente a intensidade referente a preocupações excessivas;

2º- Conseguir um sono contínuo e satisfatório;

3º- Diminuir tensão muscular;

4º- Aumentar capacidade de tomada de decisão;

5º- Aumentar inteligência e expressão emocional;

6º- Melhorar competências comunicacionais.

Ao longo das sessões foram utilizadas técnicas e estratégias com o propósito de alcançar os objetivos propostos, seguindo-se um resumo das mesmas.

1ª Sessão

Maria apresentou-se com uma aparência bem cuidada, com um discurso simpático escolhendo o local onde preferia que decorresse a sessão, optando pela sala. A sessão foi centrada na apresentação e esclarecimento de dúvidas, regras e limites, bem como um acordo de expetativas, horários e todas as questões pragmáticas. O objetivo da sessão era também o estabelecimento de relação terapêutica, sendo utilizada empatia e escuta ativa de forma a criar um ambiente confortável e de segurança. Maria demonstrou muita tensão embora esta não fosse transmitida verbalmente, Maria iniciou a descrição do que mais a importunava. Ao começar a explicação de como se sentia só desde a morte do marido, expos o fato de ter preocupações constantes que a deixam nervosa dando o exemplo do filho que considera muito triste, ao explicitar pelo relato: "ele anda tão triste, tenho receio que se atire de uma ponte". Desde logo tornou-se visível o efeito da ansiedade na sua perceção de futuro, ao demonstrar pensamentos recorrentes de forma catastrófica. Continuou por explicar que não é capaz de se desligar

destes pensamentos e que não consegue dormir de forma continuada ou satisfatória, chegando a levantar-se várias vezes durante a noite. Ao terminar a sessão foi notória alguma dificuldade em terminar o discurso, mostrando necessidade de relato e explicação de necessidades.

2ª Sessão

A sessão tinha por objetivo a continuação do estabelecimento da relação e explicação de questões que a preocupavam, como o local das sessões, o papel do psicólogo, entre outras. Maria apresenta necessidade de desabafo, começando por explicar como as suas problemáticas interferiam no seu bem-estar, centrando-se nas características psicossomáticas, como a questão do sono e o fato de o nervosismo lhe causar falta de ar. Explicou também que é acompanhada pelo seu médico de família e que as questões físicas como problemas gastrointestinais estão sobre controlo. Embora o ambiente da sessão fosse leve a paciente inspirava várias vezes, demonstrando ansiedade. Quando referido o fato disse sentir-se constantemente nervosa e preocupada com tudo o que a rodeia.

3ª Sessão

A sessão foi iniciada com a realização da anamnese, ficando exposta alguma dificuldade na expressão emocional e evitamento na descrição e abordagem de certos temas. Como a doença prolongada do marido ou o sentimento de incapacidade ao longo do seu desenvolvimento, dizendo nunca ter sido requerida a sua opinião para qualquer decisão, mesmo quando relacionada com a sua própria vida. O discurso apresenta-se fluído e centrado em fatos e nunca em reações emocionais. Descreveu a medicação que toma, referindo medicação antidepressiva e ansiolítica com a explicação que passou por um episodio depressivo há cerca de 10 anos para o qual foi medicada, mantendo-a até hoje. Maria apresenta preocupações em relação à possibilidade de lhe ser retirada

medicação, demonstrando a crença de que não sobreviveria sem a mesma. Apesar da explicação fornecida pelo seu médico sobre a noção de lhe ser retirada a medicação depressiva de forma gradual por já não estarem presentes sintomas depressivos, Maria mostra-se aterrorizada.

4ª Sessão

Iniciou-se a avaliação psicológica, sendo aplicado o Mini Mental State Examination (MMSE). Ao longo da aplicação da prova Maria não demonstrou dificuldades, resolvendo sem problemas grande parte do teste. Debateu-se na área correspondente a atenção e calculo por descrever sentir-se sem cabeça ou de cabeça cheia, demonstrando dificuldade em manter o raciocínio lógico. Ao longo de toda a sessão mostrou-se cooperativa e motivada para a realização de provas. Foi também aplicado o Questionário de estado de saúde (SF-36) onde Maria apresentou mais dificuldade no preenchimento da prova por mostrar necessidade de explicação a cada item questionado, requerendo orientação exterior para se focar na tarefa. Esta sua necessidade apresenta algum nível de somatização pois ao longo do preenchimento do teste Maria ia indicando um maior número de sintomas em diversas e distintas áreas. De citar que devido a alguma dificuldade de visão da utente a aplicação das provas foi maioritariamente em modelo de entrevista.

5ª Sessão

Como continuação da avaliação psicológica foi aplicado o SCL-90 para se compreender a existência de sinais psicopatológicos. Ao longo da aplicação a paciente necessitou de constante redireccionamento para a conclusão da tarefa, descrevendo a cada item inúmeros sintomas somáticos e respetivos exemplos onde foi demonstrada alguma confusão na distinção de sintomas com uma vertente ansiosa e depressiva. A

aplicação da prova acabou por este motivo por se prolongar por toda a sessão devido ao fato de Maria mostrar uma tendência clara em se dispersar sobre temas diversos.

6ª Sessão

Com o objetivo de terminar a avaliação psicológica foi realizada a aplicação do Inventário Depressivo de Beck e o Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger. Ao longo da sessão Maria manteve uma postura tensa e ansiosa, demonstrando maior calma na aplicação de provas não sendo necessária a constante reorientação. A aplicação mostrou-se simples sem presença de dificuldades demarcadas.

7ª Sessão

O objetivo da sessão centrou-se na averiguação de expetativas de Maria referentes ao acompanhamento, sendo discutidas as áreas de maior dificuldade para a utente, bem como as estratégias anteriormente tentadas para lidar com as problemáticas descritas. Em conjunto foi estabelecido um plano terapêutico e os objetivos terapêuticos que seriam trabalhados ao longo do acompanhamento.

8ª Sessão

Ao dar-se início ao plano terapêutico, Maria mostrou-se muito ansiosa e expectante, sendo analisados os comportamentos recorrentes da paciente, bem como os antecedentes e consequentes dos mesmos através de análise comportamental aplicada. Maria descreveu que a última semana foi difícil por ter ocorrido um conflito com outra utente da instituição, aumentando as suas preocupações e ansiedade. Em resposta ao acontecimento Maria optou pelo isolamento social descrevendo não ser capaz de lidar com a situação. Foram discutidos os motivos do conflito e estratégias possíveis de serem aplicadas por Maria para o resolver, sendo identificada alguma dificuldade em questões de comunicação e assertividade. Ao trabalhar as questões comunicacionais foram estabelecidas várias estratégias e proporcionou-se uma maior abertura a temas

difíceis como a doença do marido. Maria mostrou maior abertura emocional ao descrever as várias operações pelas quais o marido passou e como essa situação a fez sentir, relatando "senti-me incapacitada, perdida e sem controlo da situação, muito nervosa…sempre muito nervosa". Este fato foi importante no desenvolvimento das capacidades de Maria, pois foi pela primeira vez capaz de se focar em um tema e descrever não apenas os eventos fatuais como também as reações emocionais advindas do mesmo. Foi então possível identificar que em diversas situações, Maria possui a mesma reação emocional, centrada em incapacidade, sensação de estagnação e perda de controlo que levam a uma ansiedade e angústia elevadas.

11ª Sessão

Com o objetivo de lidar com a sua constante ansiedade, Maria deu exemplos de preocupações que a deixam nervosa. Através da técnica de dessensibilização cognitiva, foi realizada em conjunto, uma lista de estímulos recorrentes da ansiedade de Maria, os mesmos foram expostos por hierarquia de intensidade. Seguidamente foi executado um exercício de respiração diafragmática com o intuito de induzir relaxamento. De forma inicial Maria mostrou-se mais ansiosa ao realizar o relaxamento sendo necessárias várias tentativas até ser capaz de começar a descontrair.

Iniciou-se a busca de sistemas de crenças disfuncionais que pudessem estar a criar pensamentos automáticos disruptivos. Através da descrição da paciente da sua experiencia de vida foi possível compreender crenças relacionadas com incapacidade e falta de controlo, propiciadas na altura da infância e potenciadas ao longo do seu desenvolvimento até à fase adulta. A presença da crença de falta de controlo alimenta pensamentos automáticos como "não sou capaz", "Não sei fazer nada" e "não consigo lidar com isto", entre outros. Pelo fato de Maria não compreender o motivo pelo qual se sente mal fisicamente com a sua ansiedade, foram aplicadas técnicas de psicoeducação,

com o propósito de explicar e clarificar o funcionamento advindo da mesma, sendo criada uma reflexão sobre a correlação entre os fatores somáticos (taquicardia, tonturas) e os fatores psicológicos.

13ª Sessão

Devido à época festiva, o espaço entre sessões foi aumentado, tendo um impacto no desenvolvimento do plano terapêutico, na medida em que Maria mostrou-se mais ego-centrada, com maiores dificuldades de comunicação bem como maior incapacidade de focagem em assuntos primordiais. Como que num retrocesso foi necessária uma intervenção estável e reforçada de técnicas anteriormente realizadas por forma a recuperar capacidades. Relatou as duas semanas e referenciou muita dificuldade na tarefa proposta para este período de tentativa de identificação de pensamentos automáticos, tendo sido realizada uma reflexão para que o exercício fosse realizado em conjunto, obtendo resultados positivos.

Maria foi capaz de identificar pensamentos e reações emocionais recorrentes, sendo trabalhadas estratégias com o objetivo de após a identificação ser possível à paciente modificar comportamentos. Ao longo do período citado, optou pelo isolamento social devido a receio de contrair algum tipo de doença, o pensamento adveio da leitura de uma notícia onde era citado um possível surto de gripe deixando Maria extremamente ansiosa. Foram identificados pensamentos automáticos como “não sei o que fazer”, “sou tão fraca”, entre outros. Foi notório que embora se sinta adoentada e desmotivada de forma geral fez o esforço de se vestir bem e arranjar para a sessão.

14ª Sessão

Devido ao fato de já terem sido identificados alguns pensamentos automáticos foram trabalhadas circunstâncias em que estes ocorrem e de que forma os mesmos podem ser alterados. Após algumas tentativas onde foram contrastadas diferentes hipóteses de

reação para a mesma situação nervosa e diferentes perceções de consequências, Maria mostrou-se mais calma. Foi capaz de replicar com exemplos e mostrou-se motivada na tentativa de exercer o mesmo tipo de alteração de crenças em situações futuras. Ao ser analisada a tríade de Beck referente à visão de Maria de si mesma, dos outros e do mundo, a mesma mostrou-se receosa em relação aos outros, acreditando que todos podem ter uma segunda intenção mesmo quando a sua atitude é bondosa. Em relação a si mesma apresenta crenças de incapacidade, considerando-se fraca e incapaz, como a própria relata, descrevendo no entanto que como personalidade considera não necessitar de nenhum tipo de alteração. A forma de percecionar o mundo é a de que o mesmo é injusto para consigo, dizendo ser uma pessoa injustiçada e com um azar invulgar.

Um dos fatores mais preocupantes para a utente é o sono, sendo discutidas estratégias para que o mesmo não seja tão interrompido ao longo da noite. Como compromisso Maria propôs-se a alterar o horário de toma da medicação para mais tarde para que fizesse efeito na altura em que se deita e tentar bebidas quentes e respiração diafragmática todos os dias em situações em que não estivesse especialmente ansiosa.

16ª Sessão

Aparentou maior tranquilidade ao longo da sessão, com uma postura mais relaxada, retomou as idas á instituição recuperando também as suas relações sociais. Mais descontraída diz sentir-se melhor por ter sido capaz de controlar os seus medos e ter saído de casa. Foi capaz de relatar a época em que o marido esteve internado durante vários meses consecutivos onde a sua única rede de suporte social passou a ser os funcionários do hospital e os familiares de outros doentes na mesma situação. Apresenta maior esclarecimento em relação às suas emoções, sendo capaz de as identificar com maior facilidade. O que antes considerava tristeza agora refere como angústia, o que dizia ser raiva diz agora ser frustração, entre outros exemplos.

18ª Sessão

Maria mostra algum retrocesso no controlo da ansiedade devido a um telefonema de uma companhia de telecomunicações onde foi perguntado se gostaria de juntar todas as suas contas na mesma fatura. Embora lhe parecesse bem não se sentiu capaz de tomar a decisão dizendo que não tinha o marido para decidir o que seria melhor. Maria recorreu às suas crenças de incapacidade e exerceu a tentativa de desresponsabilização ao recorrer ao filho para tomar a decisão por si. Foi então trabalhado em sessão possíveis decisões a serem tomadas e que consequências (positivas e negativas) teriam cada uma dessas decisões.

Com bastante dificuldade e de forma gradual foi capaz de optar pela que lhe fazia mais sentido, dizendo posteriormente "realmente não precisava de estar tão nervosa, até consegui sozinha ". Embora tenha posteriormente discutido o assunto com o filho o sentimento de empowerment deixou-a visivelmente mais relaxada e motivada, passando a dar mais opiniões em grupo e a fomentar sentimentos de valorização de si mesma e das suas capacidades, descrevendo "afinal até digo umas coisas bem ditas".

Foram realizadas várias repetições de visualização das situações que exercem na paciente um estímulo para a ansiedade, para que Maria forma-se uma ponte emocional de tranquilidade entre as situações. Os pontos da lista efetuada pela utente foram todos abordados através do equilíbrio entre o relaxamento e as visualizações.

19ª Sessão

Maria apresenta uma postura mais descontraída em relação às sessões iniciais, sendo notória a diminuição de inspirações que anteriormente se mostravam constantes. Referiu a utilização de respiração diafragmática diariamente e os resultados positivos da mesma. Em relação à ansiedade descreveu ser mais capaz de se acalmar em situações que anteriormente lhe causavam desespero. Foi debatida a possibilidade de aumento em

espaçamento de tempo entre as sessões para ser observada a organização emocional da paciente com um maior espaço de tempo.

Foi muito interessante um pedido da sua parte referente ao horário das sessões, questionando "a Dra. acha que as sessões podiam ser um bocadinho mais tarde? É que agora sabe me tão bem estar um pouco mais de tempo na cama a descansar". Visto que anteriormente não era capaz de estar na cama sem que estivessem presentes sensações de inquietação, a afirmação demonstrou uma evolução surpreendente. Foi também possível verificar que a sua assertividade aumentou, ao ser capaz de expressar uma vontade própria com clareza e eficácia.

20ª Sessão

Ao longo da sessão foi realizada uma linha de vida com o objetivo de estruturar os momentos significativos o que levou ao relato do nascimento do filho que referiu ter sido muito penoso para si. Relatou também, desta vez de forma muito emocionada como foi para si nunca ter tido uma voz, como foi perder a pessoa que no fundo organizava a sua vida e como até em épocas festivas se sente convidada dentro da sua própria família. Conseguiu exprimir-se de forma controlada e serena demonstrando um lado seu mais genuíno, espontâneo e principalmente calmo. Apresenta um discurso mais organizado, uma intensidade reduzida de ansiedade e o um sono mais tranquilizador.

Maria apresenta maior capacidade de introspeção, referindo um filme que a emocionou e suscitou memórias e reações emocionais mais profundas. Relatou que o filme descrevia a vida de mulheres reprimidas por relações com homens autoritários, suscitando em si reflexões e pontes de raciocínio que diz nunca ter realizado anteriormente.

21ª Sessão

A sessão teve por objetivo a reflexão dos objetivos concretizados ao longo do acompanhamento, bem como os objetivos que Maria pretende alcançar no futuro. Realizado um balanço do processo a paciente mostrou-se satisfeita e realizada. Apesar de estarem presentes características e dificuldades persistentes, estão também novas estratégias adaptadas ao percurso da paciente.

Discussão de caso I

Maria foi referenciada pela própria instituição por referir várias vezes o seu nervosismo bem como outros sinais menos positivos indicativos de algum desconforto psicológico. Através das primeiras entrevistas foi possível verificar esse mesmo desconforto, tanto na sua postura como no seu relato. Descrevia-se como constantemente preocupada, angustiada, triste, só e apresentava algumas dificuldades comunicacionais e emocionais bem como psicofisiológicas, mais propriamente na manutenção do sono. De início estiveram presentes alguns obstáculos ao acompanhamento psicológico, como o facto de as mesmas terem de ser realizadas ao domicílio, o que requer um maior esforço por parte do entrevistador em estabelecer relação terapêutica sem que esta seja vista de outra forma pela utente, como descrito por Grilo (2012).

Os obstáculos foram ultrapassados e a relação terapêutica foi estabelecida através de empatia e escuta ativa. Também as diferentes técnicas e estratégias do modelo cognitivo-comportamental foram cruciais para o desenvolvimento do plano terapêutico. Maria começou logo por mostrar interesse em ser seguida de forma que a sua própria postura referente ao acompanhamento foi facilitadora do processo. Através de observação clínica foi possível perceber o seu nível de ansiedade tanto pela sua postura tensa como pelo seu próprio discurso acelerado. Seguidamente através do exame do

estado mental, outras características começaram a surgir como a sua reticência em exprimir-se emocionalmente e dificuldade em destrinçar sintomas depressivos de sintomas ansiosos.

Foi então iniciada a entrevista anamnésica onde Maria foi capaz de ser pormenorizada em relação a acontecimentos que considerou importantes na sua vida, sendo a mesma seguida de avaliação psicológica através de provas psicológicas. Ao existir uma suspeita em relação aos sintomas que Maria descrevia e uma possível hipótese diagnóstica orientada para perturbações de ansiedade, as provas foram de enorme ajuda para confirmar o quadro bem como para despistar possíveis quadros patológicos. Um dos fatores cruciais para a interpretação dos sintomas apresentados foi o fato de a medicação para uma anterior depressão ser centrada em ansiolíticos, o que corrobora com um quadro de ansiedade generalizada, pois a ansiedade foi um sinal predominante desde os 30 anos passando por uma depressão e mantendo-se até aos dias de hoje, mesmo quando sintomas depressivos deixam de estar presentes.

Os testes permitiram uma análise qualitativa decisiva para o desenrolar do plano terapêutico. Através do teste MMSE para além do resultado, a dificuldade de concentração na tarefa atenção e cálculo revelou a possibilidade de estar relacionada com uma elevada ansiedade, bem como com possíveis questões emocionais. Pois a paciente demonstrava grande dificuldade em estabelecer e manter o raciocínio lógico.

Posteriormente avaliando os resultados do teste SF-36, esteve presente uma discrepância no sentido de ao ser ativa socialmente e capaz fisicamente seria de esperar que valores de vitalidade teriam os mesmos resultados. No entanto apresenta-se como um dos itens mais baixos, podendo significar a presença de dificuldades em termos emocionais ou psicológicos, mais propriamente sinais depressivos, pois podem estar correlacionados com sintomas ansiosos.

Através da aplicação da prova SCL-90 foram percecionados alguns valores que faziam sentido em toda a avaliação realizada até ao momento (como resultados elevados em somatização, obsessões-compulsões, áreas relacionadas com ansiedade, entre outros). No entanto a área correspondente a depressão persistia com valores elevados de forma que passou a ser importante discernir a intensidade de sintomas depressivos e ansiosos. Para tal foi aplicado o Inventário Depressivo de Beck, onde os resultados mostraram-se moderados, e o Inventário de Ansiedade Estado-Traço que se tornou clarificador. De notar que os valores de depressão diminuíram drasticamente passando a ser inferiores aos valores de ansiedade, fator que pode ser explicado pelo início de acompanhamento onde existia alguma desorientação em relação á diferenciação de sintomas, neste caso na distinção entre sintomas depressivos e ansiosos.

De forma sucinta, através de todos os dados de Maria foi possível atingir uma hipótese diagnostica e diagnóstico diferencial culminando no plano terapêutico, onde estavam inseridos objetivos terapêuticos. Os objetivos terapêuticos para o caso apresentado dizem respeito em primeiro lugar, á diminuição da intensidade de ansiedade criada por preocupações excessivas, em segundo lugar ao alcance de um sono contínuo e satisfatório, em terceiro á diminuição da tensão muscular, em quarto ao aumento da capacidade de tomada de decisão, em quinto ao aumento de inteligência e expressão emocional e por fim ao aperfeiçoamento de competências comunicacionais.

Para o alcance dos mesmos objetivos, a utilização de técnicas como a reestruturação cognitiva ajudaram Maria na identificação de sinais ou crenças presentes, bem como de pensamentos automáticos que aumentavam os sintomas ansiosos o que culminou em melhorias do seu equilíbrio psicológico. Através do modelo comportamental foi possível a utilização de diferentes técnicas utilizadas em quadros patológicos com base ansiogénica, como a análise comportamental aplicada e a dessensibilização

comportamental. Ambas auxiliaram na compreensão do enquadramento dos comportamentos desajustados como o isolamento social em resposta a situações de conflito, bem como na diminuição de intensidade de ansiedade através do equilíbrio entre relaxamento e exposição por visualização. Também a psicoeducação ajudou na compreensão e clarificação de sintomas, levando á correção de interpretações erronias que destabilizavam e aumentavam a ansiedade de Maria.

Ao longo das sessões e à medida que foram trabalhadas as áreas de interesse para o equilíbrio psicológico, as melhorias foram também visíveis, tornando-se claramente menos tensa, com maior autocontrolo em relação às suas preocupações e às repercussões que lhe traziam. Ao longo da análise de crenças presentes verificou-se que as mesmas relacionadas com a sua incapacidade de tomada de decisão estão ligadas ao fato de nunca lhe ter sido atribuída a responsabilidade pela sua própria vida, principalmente por nunca ter tido funções específicas, sendo essa uma tarefa exercida primeiro por seu pai e depois por seu marido. Quando a paciente relata a doença do marido, as operações e os internamentos, demonstra que a situação requereu da sua parte tomadas de decisão, ao sentir-se fracassar, esta situação intensificou a crença de que não é capaz. No sentido em que o sentimento de estar perdida alimenta as suas preocupações, que proporcionalmente alimentam tristeza e angustia, e assim sucessivamente como que num ciclo vicioso que não é capaz de parar.

O fator contributivo para a situação do problema foi o fato de no ano passado ter passado por inúmeros exames médicos, alguns dolorosos, o que aumentou o seu receio, diz, “foi como se tudo o que tinha medo acontecesse”, e desta forma a sua visão catastrófica foi como que comprovada e a sua ansiedade juntamente com preocupações e medo exacerbaram. Os seus valores culturais em parte alimentam os seus medos, pois está muito ligada á ideia de perfeição, visível na dificuldade em expressar-se

emocionalmente. Pois na sua visão cultural "uma senhora nunca perde a postura", querendo dizer com isto que não seria de bom-tom chorar ou demonstrar real vulnerabilidade. A sua forma de gerir crises centra-se na tentativa de sobrevivência e na falta de expressão, como se através da imagem de perfeição o sofrimento e angústia pudessem ser esquecidos.

Através da tríade de Beck foi possível a análise da intensidade dos sintomas e de que forma a mesma poderia representar um risco para o bem-estar psicológico da paciente. Foi possível verificar que apesar da sua visão catastrófica de si, dos outros e do mundo, a mesma não representa um risco à sua integridade psicológica e física no sentido de se centrar em crenças trabalhadas ao longo do processo terapêutico. A respiração diafragmática tornou-se crucial na diminuição da intensidade de ansiedade o que ajudou no fortalecimento do seu autocontrolo. Também a nível social tornou-se mais atenta ao que a rodeia, sendo capaz de interagir e lidar com conflitos de forma assertiva e pacífica. A sua inteligência emocional e a capacidade de identificar sintomas também melhorou, pois é capaz de reconhecer a emoção que sente e refletir sobre ela bem como diferenciar uma característica ansiosa de tristeza ou outra.

Os resultados da segunda aplicação dos testes mostram as melhorias observáveis, embora certas características ainda estejam presentes a sua intensidade é agora reduzida. Posteriormente é importante a manutenção das estratégias apreendidas pois existe a possibilidade de um retrocesso, devido às suas características ansiosas de traço. De momento Maria relata "sinto-me bem, algo que não acontecia há muito" com um enorme sorriso. Comparece todos os dias na instituição, participa em todas as atividades e promove novas tarefas, explicando "eu já não sou utente, sou voluntaria, porque também presto um serviço para o bem de todos".

Apresentação de Estudo de Caso II

Identificação

Tabela 9: *Dados biográficos caso II*

Nome	Isabel (nome fictício)
Idade	82 Anos
Estado Civil	Viúva
Número de sessões	20
Referência	Instituição Alkajuda

Isabel de 82 anos é viúva, tem dois filhos, um deles com deficiência profunda e totalmente dependente. Vive com os dois filhos, encontra-se em condição financeira precária, tendo sempre sido uma pessoa de estatuto económico baixo. É católica, no entanto nunca foi praticante e não se considera uma pessoa religiosa. Tem uma aparência pouco cuidada e cabisbaixa. Foi referenciada pelos membros da instituição Alkajuda que lhe prestam auxílio através de apoio domiciliário. A referência deveu-se à sua tristeza constante e dificuldades de vida.

Motivo da consulta

Isabel descreve uma tristeza constante, bem como desesperança e vontade de chorar. Encontra-se isolada socialmente há cerca de três anos, excetuando compromissos hospitalares esporádicos. Este isolamento deve-se ao surgimento de uma escoriação na zona posterior da perna contendo um deterioramento gradual ao longo do tempo, com a consequência de incapacidade motora. Apresenta dores intensas e contantes que a impossibilitam de dormir de forma satisfatória, refere que quando a dor física acalma permanece a dor psicológica.

Apresenta severo decaimento de apetite e perda de peso em comparação ao período anterior a três anos. Possui uma enorme necessidade de desabafo, estando presente a dificuldade em se organizar e em se focar no discurso. Demonstra sentimentos de discriminação em relação à sociedade e a técnicos de áreas específicas como de saúde. Apresenta queixas relacionadas com fatiga e cansaço persistente desencadeando desmotivação total. Descreve o seu estado emocional como enfraquecido e ligado a sentimentos de culpa, revolta, solidão, angustia, entre outros. Na tentativa de lidar com a angústia causada pelas suas problemáticas físicas, toma uma grande quantidade e variedade de medicação, estando presente na mesma medicação analgésica, anti-inflamatória, hipnótica, entre outros, não aceitando no entanto medicação antidepressiva.

História clínica

Isabel relata nunca ter tido nenhum tipo de patologia física ou psicológica que necessitasse de acompanhamento até cerca dos seus 79 anos de idade, altura em que surgiu um ferimento na zona posterior da perna. Não tem conhecimento de nenhum tipo de doença mental ou física na família. Embora relate ter sempre estado presentes questões emocionais e situações de vida difíceis nunca foi medicada, diagnosticada ou acompanhada por nenhuma área de saúde. O aparecimento do ferimento coincidiu com um isolamento social praticamente completo, pois as consequências físicas e psicológicas do mesmo impossibilitaram a paciente de sair de casa.

História do desenvolvimento psicossocial

Isabel relata muito pouco em relação à sua história do desenvolvimento, especialmente referente à infância e adolescência, referindo apenas que não conheceu a mãe ou o pai e que esteve sempre aos cuidados de tios. Tinha sete irmãos mas não refere qualquer tipo de relação com os mesmos, atualmente falecidos. Em relação a fatores

predisposicionais, a sua relação com a sua família mostra-se uma relação difícil, sendo educada por tios diz ter sido sempre negligenciada. O relacionamento deteriorou-se quando Isabel engravidou do seu namorado de longa data estando ainda a residir em casa dos tios. Relata para além de negligência, episódios de violência psicológica por parte dos familiares, tendo a sua relação com os mesmos terminado após o nascimento do seu filho e do seu casamento.

Apesar de várias dificuldades ultrapassadas ao longo do seu desenvolvimento refere que a sua personalidade não sofreu alterações, descrevendo-se como alguém que foi fortalecendo. Em relação a fatores socioculturais, diz se rejeitada, primeiro pela única família que conheceu e posteriormente pela sociedade devido ao preconceito direcionado ao seu filho detentor de deficiência profunda. Expressa ter tido sempre capacidade de gerir as suas tarefas ao longo de todo o seu desenvolvimento, sendo uma pessoa proactiva. Não descreve problemas específicos enquanto criança para além dos já mencionados. Ao longo da sua vida diz ter tido vários momentos críticos de mudança, como o nascimento do filho e a luta com a sua doença e todas as dificuldades que abrange, a saída de casa, o casamento e o nascimento do segundo filho. A ingressão no mercado de trabalho, a reforma para tomar conta do filho, o regresso ao mundo do trabalho em uma área distinta, a desistência do trabalho adorado entre muitos outros.

As suas estratégias para lidar com dificuldades são centradas em resposta, no sentido de enfrentar as situações, nunca desistindo ou pensando não ser capaz. Descreve-se como uma pessoa que nunca teve medo de nada, demonstrando uma enorme capacidade de resiliência. Isabel trabalhou em primeira instância como costureira, chegando a ter um negócio próprio em sua casa onde detinha algumas empregadas. Refere que amava o seu trabalho, dando-lhe imenso prazer tudo o que se relacionava com o mesmo. Os inconvenientes eram não possuir tanto tempo para cuidar do filho, mas ao estar em casa

dizia ser capaz de gerir a situação. Os benefícios eram sentir-se útil, prática e especialmente realizada. Mais tarde acabou por se reformar e ficou vários anos dedicada ao cuidado da casa e do filho, até que surgiu o convite de trabalhar com crianças com necessidades educativas especiais.

Visto que o seu marido se reformou na mesma altura, aceitou ingressar neste novo projeto que diz ter amado. Relata sentimentos de culpa, por considerar que ao ter possuído uma vida exterior à lida da casa e ao cuidado dos filhos fizeram de si uma má mãe, estando estes sentimentos relacionados com crenças despoletadas pelo quadro psicológico atual. Apesar da satisfação no recente trabalho refere ter considerado que apenas ela seria capaz de cuidar do filho como seria devido e que os seus sentimentos de culpa acabaram por vencer. Descreve nunca ter sido capaz de equilibrar trabalho e lazer, sendo que para si as duas noções tinham o mesmo significado.

Isabel ficou viúva há aproximadamente 7 anos quando o seu marido contraiu uma infeção nas pernas. Descreve não ter sofrido com a morte do marido, pois a paciente encontrava-se no papel de cuidadora ao longo da sua doença que culminou na amputação dos dois membros inferiores e consequente a morte. Atualmente a sua situação financeira é precária, tendo por vezes problemas de ordem legal devido a atrasos de pagamentos. Possui como sistemas de apoio a instituição que fornece apoio domiciliário e apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa no tratamento diário do filho, nomeadamente na manutenção de higiene.

Possui ainda apoio em refeições do centro paroquial. Em relação a relacionamentos atuais, Isabel mantem um relacionamento saudável com os técnicos da instituição, e com os filhos, embora estejam presentes conflitos esporádicos. Inicialmente ao seu isolamento manteve alguns relacionamentos com amigas, antigas clientes e colegas de trabalho, embora ao longo do tempo essas redes de suporte foram senso enfraquecidas,

levando a um isolamento quase completo. Relata um desinteresse em relações próximas de intimidade, não as considerando importantes.

Inicialmente ao acompanhamento psicológico, apesar das dores proporcionadas pelo ferimento na perna, o mesmo apresentava melhorias, no entanto houve um decaimento drástico da situação retirando a Isabel a pouca mobilidade que possuía. Foi ainda mencionada a hipótese de cirurgia, questão muito difícil para a paciente que receia deixar o filho dependente de outros, para além do receio de amputação. Pelo fato de a utente não ser capaz de repousar convenientemente, a sua capacidade física tem vindo a piorar consideravelmente, passando de ser capaz de se movimentar de pé com o auxílio de moveis para apenas conseguir movimentar-se sentada arrastando uma cadeira. Isabel toma medicação essencialmente analgésica e anti-inflamatória.

Os médicos tentaram a prescrição de medicação para dormir que recusou bem como qualquer psicofármaco, tomando apenas derivados de valeriana para o efeito. Isabel é acompanhada semanalmente por uma enfermeira, com o objetivo de monitorizar o ferimento. Apresenta enormes dificuldades de mobilização, não sendo portanto possível a deslocação a um hospital ou centro de saúde, desta forma os técnicos de enfermagem e profissionais de medicina prestam um serviço domiciliário para realização de consultas de rotina.

Refere nunca ter tido anteriormente nenhum tipo de comportamento autodestrutivo ou violento. Em relação a todas as questões de ordem psicológica e emocional diz já ter desistido por não se sentir capaz. Isabel começou a sentir a intensidade dos sintomas dentro da mesma altura do aparecimento da ferida, tratando se este do principal fator precipitante. No entanto descreve como outro fator precipitante o momento em que deixou de trabalhar, retomando o se papel de cuidadora a tempo inteiro do filho e mais tarde do marido. Como fatores contributivos para o quadro atual pode-se assinalar o seu

problema de saúde, causador de dor intensa e constante, que mesmo quando é acalmada por medicação persiste um enorme desconforto. Este fato é também perpetuador, bem como a doença do filho, a sua dificuldade financeira (principalmente pelos encargos de medicação, resguardos, entre outras despesas) e o isolamento social a que está exposta.

Exame do estado mental

A entrevista inicial, bem como as restantes, foram realizadas ao domicílio, devido à condição física de Isabel que impossibilitava a sua locomoção à instituição. A entrevista foi requisitada por membros da instituição da qual Isabel é utente, por considerarem que se encontra em uma situação de fragilidade elevada, bem como tristeza e angústia visíveis. Durante a entrevista inicial, Isabel apresenta dificuldade em andar, movendo-se muito devagar com o auxílio da parede, e tentando com esforço apoiar-se apenas em uma perna. Mostra uma postura cabisbaixa, quase curvada, utiliza pijama e roupão, sem qualquer adorno ou maquilhagem. Tem uma higiene cuidada, embora seja notória a dificuldade que requer para si essa mesma tarefa.

Apresenta uma atitude amigável, com humor disfórico, representativo de tristeza. Os afetos predominantes dizem respeito a tristeza, pesar, desgosto, desespero, medo, angustia e algum ressentimento. São visíveis ligaduras em uma das pernas, e a outra apresenta fragilidade. É expressiva a nível facial mas não estabelece sempre contacto visual, mantendo-se muito cabisbaixa ou fixando o olhar em outro ponto. Apenas quando relata um acontecimento que considera de extrema importância recorre a contacto visual. Esta presente uma discrepância entre a sua aparência de agora e de há três anos, bastante visível em fotografias e através de relatos de pessoas próximas. De uma forma quase irreconhecível Isabel mostrava-se como uma mulher alta e forte, bem arranjada e com um ar muito saudável, hoje em dia parece muito baixa, pouco cuidada e

muito magra e frágil (tendo perdido ao todo quase 20 kilos), de notar que esta diferença é de apenas 3 anos.

Mostra algum retardo psicomotor relacionado com um humor deprimido, embora o curso do seu pensamento pareça ágil e rápido. Apesar de a sua expressão ser triste não se apresenta inexpressiva. Isabel ao longo da entrevista sentou-se na cama, queixando-se várias vezes de dores na perna, ao tocar em certos assuntos gesticulava muito passando a ideia de necessidade de partilha. Sempre com uma expressão de tristeza e preocupação a marcarem-lhe o rosto como que salientando marcas de idade. A sua atitude frente ao entrevistador foi amigável e recetiva sem necessidade de orientação no discurso, no entanto mostra dificuldades em manter um diálogo, não respeitando os tempos de escuta, fazendo perguntas retóricas, entre outros exemplos.

O seu discurso apresenta uma grande quantidade de fatos, tendo uma verbalização lenta mas forte, emotiva e espontânea. O caso em questão despertou no entrevistador um desejo de ajudar, e por momentos pena. Em relação ao seu estado de consciência, responde com rapidez a estímulos. Apresenta cansaço e por vezes sonolência. Através de avaliação da sua capacidade de manter o foco em uma tarefa, mostra-se atenta e vígil. Não apresenta muita tenacidade e concentração pela sua necessidade de relatar acontecimentos, perdendo a noção de dialogo e ficando focada no que está a relatar como que abstraindo-se do propósito da tarefa. Não apresenta ilusões ou alucinações de qualquer género, sendo capaz de interpretar os estímulos apresentados por órgãos dos sentidos de forma realista.

É capaz de se situar no tempo, espaço e situação bem como reconhecer-se a si e aos que a rodeiam, mostrando uma boa orientação. A sua memória parece intacta, sendo capaz de registar e recuperar informação fornecida em um período breve (segundos), bem como no que diz respeito á sua memória recente (minutos), a curto prazo e a longo

prazo. Também em memória remota, responsável pela retenção permanente de informação, é capaz de selecionar recordações com significado emocional. O seu desenvolvimento escolar foi completo, sem repetir nenhum ano. O seu rendimento era bom e não relata nenhuma disciplina onde sentisse maior dificuldade.

Descreve sempre se ter adaptado muito bem a novas situações, aprendendo sempre com novas experiencias. Utiliza com facilidade conceitos abstratos e tem facilidade em resolver problemas do cotidiano. É uma pessoa culta com um vocabulário elaborado e fluente, tendo uma boa capacidade de abstração, é capaz de interpretar e utilizar várias metáforas para esclarecer acontecimentos. De início embora Isabel explicasse com clareza acontecimentos de vida, nunca referia como os mesmos a tinham feito sentir, evitando expressar sentimentos como que com receio de não ser capaz de os conter.

O seu pensamento, em termos de produção apresenta sequencia logica e coerente. O seu curso exibe uma abundante quantidade de ideias sendo bastante rápido e um discurso ligado à realidade. Apresenta um insight apropriado na medida em que tem consciência das suas dificuldades e do seu estado emocional, bem como de situações que a envolvem, embora apresente uma tendência negativista de avaliação de si mesma. O seu juízo crítico é também perspicaz sendo capaz de avaliar adequadamente fatores externos e separar os mesmos de aspetos internos e subjetivos.

Dentro do espetro da sua conduta, esta aparenta ser adequada. Diz nunca ter estado envolvida em questões de abuso de substâncias ou problemas judiciais, não recorre a hostilidade ou a comportamentos agressivos. Os seus rituais sempre estiveram dentro da normalidade bem como a sua vida sexual e relacionamentos interpessoais. Dentro da sua linguagem, expressa-se com pouco enfase na fala mas em quantidade e qualidade, na medida em que é muito detalhada em dados importantes. Mantem o volume baixo

mas firme. Em termos de funções psicofisiológicas, o seu sono é quase inexistente e pouco satisfatório e apresenta elevado défice de apetite.

Avaliação psicológica

Isabel descreve-se como perdida, sozinha e sem esperança, identificando a sua situação de vida como impossível de ser melhorada. Apresenta um luto de si mesma e da vida que tinha há tão pouco tempo. Dominantemente apresenta-se triste, saturada e zangada. O seu discurso é centrado em si e nos filhos, mostrando consequências do seu isolamento através de dificuldades no diálogo. O seu autoconceito e autoestima são excessivamente baixos dizendo mesmo "não perca muito tempo comigo que eu não valho a pena". Demonstra a crença de desvalorização levando a pensamentos automáticos centrados em eu não valho nada, eu não mereço a pena, entre outros.

A sua motivação para a mudança é praticamente nula. O seu autocontrolo é empobrecido na medida em que não consegue controlar o seu discurso ou as suas emoções. Detém uma enorme capacidade de tolerância à frustração e capacidade de coping ou seja, de lidar com a realidade. Não apresenta fantasias ou qualquer tipo de delírios, descreve o seu ideal self como a pessoa que um dia foi, descrevendo enormes discrepâncias como se de duas pessoas diferentes se trata-se. Possui uma boa capacidade de toma de decisões e de forma geral é capaz de se auto dirigir.

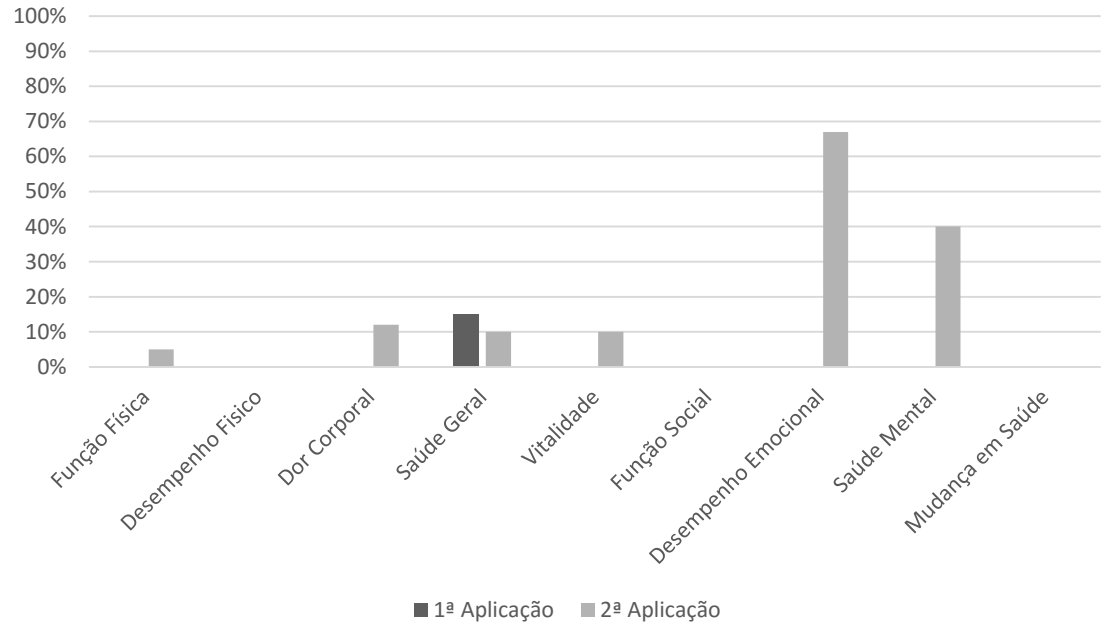
Seguidamente é apresentada a tabela 9 com um resumo das provas psicológicas aplicadas ao caso identificado.

***Tabela 10**: Avaliação psicológica de caso II*

Prova Psicológica	Observação	Objetivo	Resultados	Indicações gerais
MMSE	Idade avançada e elevado isolamento social.	Avaliar a presença de défice cognitivo.	Sem defeito cognitivo.	Os resultados corroboraram com os dados retidos através da observação clínica e exame do estado mental.
SF-36	Estado de saúde enfraquecido e fator precipitante para os sintomas apresentados.	Avaliar a perceção da paciente do seu estado de saúde. A segunda aplicação pretendia medir alterações na sua perceção de estado de saúde.	Na primeira aplicação da prova apresentou um resultado geral de 2% e na segunda de 16%.	Duas aplicações com um espaço de tempo entre elas de seis meses.
SCL-90-R	Sintomas correlacionados fortemente com o seu estado de equilíbrio psicológico.	Avaliação de presença de sintomas psicopatológicos.	O resultado geral foi de 2.7, indicativo de sinais psicopatológicos. A área de valor mais elevada foi de depressão.	Os resultados respeitantes às diferentes áreas atestaram as descrições fornecidas pela paciente.
BDI	Existência persistente de sinais depressivos. Resultados de provas anteriores.	Avaliação de intensidade de sintomas depressivos. O objetivo da segunda aplicação foi de medir alterações de intensidade de sintomas.	Depressão grave. Na primeira aplicação o resultado foi de 84% e na segunda aplicação de 60%.	Foram realizadas duas aplicações da prova com um espaço de tempo entre elas de seis meses.

Devido à idade avançada de Isabel, bem como da sua situação de isolamento forçado por incapacidade física, foi analisada a necessidade de avaliar a presença de défice cognitivo. Para o efeito foi aplicada a prova psicológica MMSE que demonstrou o resultado sem défice cognitivo o que contextualizou o exame do estado mental realizado anteriormente. A aplicação do teste ocorreu sem problemas e com bastante fluidez por parte da utente. Seguidamente foi aplicada a prova SF-36 com o intuito de avaliar a perceção de Isabel do seu estado de saúde, bem como a sua ideia de alguma qualidade de vida. Esta prova foi utilizada pelo fato de as características físicas prestarem um papel fundamental na manutenção do seu estado psicológico e das suas crenças negativas. A primeira aplicação da prova mostrou um resultado de 2% e a segunda de 16%. Durante a primeira aplicação Isabel demonstrava elevada desmotivação e imagem negativa em relação aos itens referidos no teste, enquanto na segunda aplicação, embora sejam persistentes as situações perpetuadoras de dor, houve uma maior abertura e capacidade de realização. Para que sejam percetíveis os valores atribuídos a cada área avaliada pelo teste é apresentada seguidamente a ilustração 3.

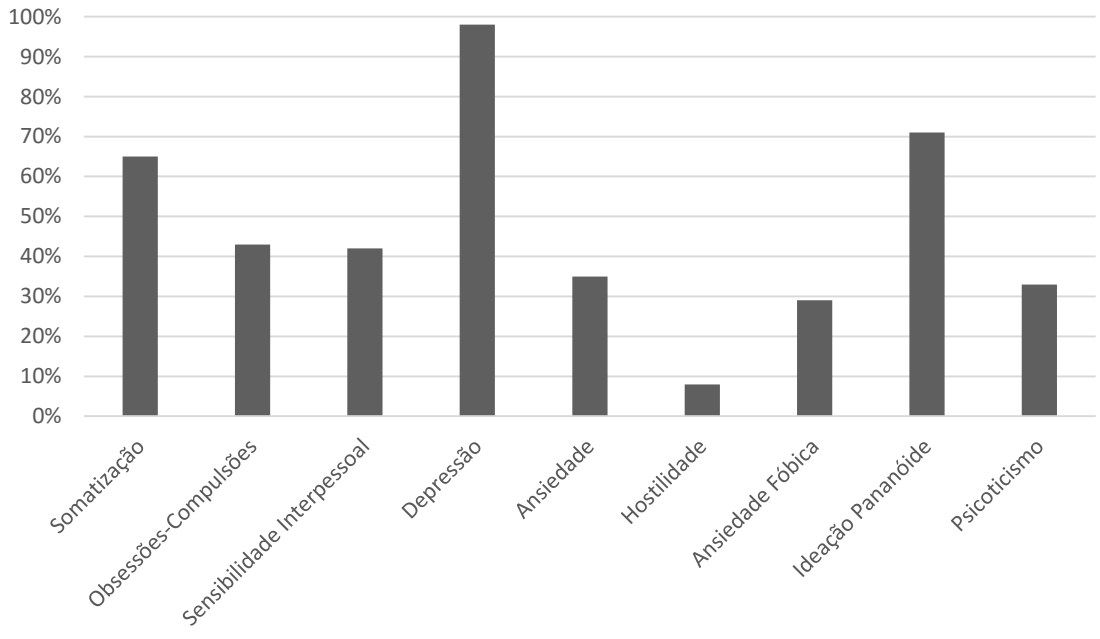
Ilustração 3: *Resultados de Questionário de estado de saúde caso II*



É visível o empobrecimento dos valores, aquando da primeira aplicação apenas pontuou em saúde geral em itens relacionados com crenças de saúde. Em uma segunda aplicação os resultados demonstram cotação em praticamente todas as áreas, excetuando desempenho físico. A cotação mais elevada neste segundo momento é a de desempenho emocional e saúde mental, refletindo ajustamento de crenças relacionadas com as suas reações emocionais.

Com o propósito de analisar a presença de sinais psicopatológicos adjacentes à sua realidade difícil foi aplicada a prova SCL-90-R. A mesma revelou um resultado de 2.7, indicativo de sinais de psicopatologia, com valores elevados respeitante à área de depressão. Para que sejam esclarecedores os resultados obtidos com a aplicação do teste psicológico segue-se a ilustração 4.

Ilustração 4: *Resultados da prova SCL-90-R de caso II*



A dimensão correspondente a depressão avalia inúmeros sintomas de síndrome depressiva, como sinais de isolamento, de perda de interesse pela vida, falta de motivação, perda de energia vital, perda de esperança, ideação suicida entre outros,

demonstrando uma correlação com os fatos apresentados pela paciente na discrição dos sintomas sentidos.

Por fim, com o intuito de avaliar a intensidade de sintomas depressivos presentes no discurso de Isabel, bem como nos resultados de provas anteriormente exemplificadas, foi aplicado o inventário depressivo de Beck. Esta prova foi aplicada em dois momentos distintos com um espaço de tempo entre eles de seis meses, sendo os resultados dos mesmos apresentados seguidamente na tabela 10.

Tabela 11: *Resultados do inventário depressivo de Beck*

	1ª Aplicação	**2ª Aplicação**
Resultados	84% - Depressão Grave	60% - Depressão Grave

Em uma avaliação qualitativa é possível observar que a intensidade de sintomas na primeira aplicação era muito elevada sendo correspondente a depressão grave. Aquando da segunda aplicação, embora tenha existido uma diminuição da intensidade dos sintomas, ainda se encontram presentes sinais de intensidade de sintomas de uma depressão grave. Estes resultados podem dever-se ao fato de algumas circunstâncias de vida negativas, de extrema importância para o bem-estar psicológico de Isabel, se tenham mantido.

Hipótese diagnostica

Através da avaliação realizada pela observação clínica e provas psicológicas foi possível constatar uma hipótese diagnostica: episódio depressivo major grave sem características psicóticas.

Segundo os critérios presentes no DSM-V, o paciente deve (A) apresentar cinco ou mais dos seguintes sintomas, durante pelo menos duas semanas representando desta

forma uma mudança em relação ao funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas deve ser (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Isabel apresenta (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, sendo que a própria relata sentir-se sozinha e sem esperança. Mostra (2) acentuada diminuição de interesse e prazer em quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias, pois não é capaz de ter nenhuma atividade que lhe dê prazer sendo que todas as tarefas exercidas são por as considerar sua obrigação.

Apresenta (3) uma perda significativa de peso sem ter feito dieta, (4) insónia quase todos os dias, algum (5) retardo psicomotor quase todos os dias, (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias. Resumidamente diz não possuir apetite em nenhuma altura, obrigando-se a comer para não, e como a própria descreve "deixar de ter forças para cuidar do meu menino", não consegue dormir a não ser algumas horas da parte da manhã não se mostrando suficiente para um descanso satisfatório e não se sente capaz de realizar nenhuma tarefa fora das consideradas obrigações. Refere ainda (7) sentir-se inútil e culpada de forma excessiva quase todos os dias e a certa altura do acompanhamento psicológico possuiu (9) sentimentos suicidas sem plano suicida trabalhado.

Os sintomas causam sofrimento significativo a Isabel e prejuízo a nível psicossocial, a perturbação não se deve a efeitos fisiológicos de medicação ou outra condição médica e o seu contexto não é mais bem explicado por outra perturbação.

Diagnostico diferencial

Ao tratar-se de um luto do filho desejado ou do luto da sua própria pessoa, deve ser considerado que no luto o afeto predominante diz respeito a sentimentos de vazio e perda. Enquanto no episódio depressivo major existe um humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer, que correspondem aos relatos de Isabel.

O episódio depressivo major é também mais persistente que o luto onde a intensidade dos sintomas tem tendência a diminuir. No caso de Isabel a intensidade dos sintomas desde há 3 anos tem sido perseverante. O luto apresenta muitas vezes emoções positivas devido a recordações enquanto no episódio depressivo major estão presentes ruminações autocriticas e pessimistas, que segundo Isabel estão presentes em várias alturas do seu dia, quase todos os dias. Os pensamentos de morte em relação a luto costumam ter como foco o objeto perdido enquanto no episódio depressivo major os mesmos pensamentos são focados em sentimentos de desvalorização e portanto de não merecer a vida, bem como com a incapacidade de enfrentar a dor.

Existe ainda a preocupação de diferenciação com uma perturbação do humor devido a outra condição médica. Com base em dados pessoais, exames do estado físico desencadeados pela médica, entre outros, as consequências fisiológicas não podem ser ligadas exclusivamente ao ferimento na perna e portanto o episódio depressivo major torna-se a hipótese diagnostica mais apropriada.

Pelo mesmo motivo não poderia ser considerado perturbação depressiva ou bipolar induzida por substancia ou medicamento. Visto que a medicação que toma é centrada na diminuição de dores e segundo o profissional médico não justificam os restantes sintomas.

No caso de Isabel não se trata de perturbação de adaptação com humor deprimido, pois esta não satisfaz todos os critérios de episódio depressivo major presentes no relato da paciente. Não poderia tratar-se de uma perturbação depressiva ou episódio depressivo major recorrente por no caso apresentado não existirem situações prévias de quadros clínicos depressivos.

Por fim, tristeza é natural ao desenvolvimento humano, no entanto dentro do caso de Isabel corresponde a episódio depressivo major por questões de gravidade, duração e prejuízos clinicamente significativos.

Plano terapêutico

Ao serem analisados os objetivos da paciente para o acompanhamento psicológico foi citado pela própria a sua necessidade de diminuir a intensidade de tristeza e angústia, em segundo lugar gostava de ser capaz de dormir de forma satisfatória para recuperar forças e energia e gostava de ser capaz de se alimentar de forma mais saudável, necessitando para tal de aumentar o apetite. Relata "gostava de me reencontrar", ao descrever as características que possuía anteriormente e que gostava de recuperar.

É visível a desesperança referida a relacionamentos sociais, fator que incentiva o isolamento social e por este motivo seria importante altera-lo. Em relação ao seu desenvolvimento pessoal gostaria de ganhar competências comunicacionais, pois considerar já não ser capaz de manter um diálogo como manteria anteriormente. Sente também alguma dificuldade em expressar-se emocionalmente sem perder o autocontrolo.

Através dos objetivos da paciente, juntamente com observação clinica, anamnese e avaliação psicológica foram realizados alguns objetivos terapêuticos:

1º- Diminuir intensidade de sentimentos depressivos;

2º- Aumentar a autoestima e a valorização de si mesma;

3º- Melhorar hábitos alimentares e de sono;

4º- Melhorar capacidades comunicacionais;

5º- Aumentar qualidade de suporte social;

6º- Melhorar expressão emocional;

Ao longo das sessões apresentadas foram utilizadas técnicas e estratégias de vertente cognitivo-comportamental, seguindo-se um resumo onde é possível perceber como essas mesmas técnicas foram aplicadas e onde foi possível verificar mudança.

1ª Sessão

Devido ao fato de a paciente não se deslocar fora do domicílio, a primeira sessão contou com a participação de uma funcionária da instituição Alkajuda com o intuito de existir uma apresentação dos serviços da estagiária à utente em questão. A paciente se mostrou bastante fragilizada, com uma postura cabisbaixa, vestida com um pijama e roupão.

O objetivo principal da sessão foi apresentação e esclarecimento de dúvidas bem como de questões práticas como horários, datas, entre outros. Seguindo-se o foco para o estabelecimento de relação terapêutica através de demonstração empática e escuta ativa. Isabel descreveu ao longo da sessão os motivos do seu desconforto e angústia, bem como o fato dos mesmos serem constantes e a sua ligação a acontecimentos de vida penosos. Foi notória uma grande necessidade de desabafo, o que dificultou em parte o estabelecimento de um diálogo, embora Isabel não parecesse notar, esta dificuldade pode dever-se ao isolamento social de anos, contributivo para um défice de competências comunicacionais.

2ª Sessão

Isabel demonstra grandes dificuldades de locomoção demorando algum tempo até ao início da sessão. Mostrou-se muito cabisbaixa e triste sem preocupação com a sua aparência física. Ao longo da descrição de fatos foi necessária alguma orientação em relação a tempos e focagem em temas. Apesar de se mostrar orientada em tempo e espaço, mostrou alguma dificuldade no relato de acontecimentos passados, especialmente quando os mesmos se inseriam na fase da infância e adolescência. Foi

realizada a entrevista amnésica, sempre com alguma reorientação para que Isabel não perdesse a sua linha de raciocínio.

Ao terminar a sessão esteve presente a dificuldade de encerramento por existir da parte da paciente uma necessidade de continuação do relato, demonstrando falta de organização temporal e alguma carência emocional. Foi então identificada a necessidade de estratégias organizadoras de tempo, como por exemplo marcar a data da consulta seguinte, e reforçar o tempo disponível por sessão para que seja mais fácil para Isabel organizar o seu discurso.

3ª Sessão

No seguimento do estabelecimento de relação terapêutica foi analisado o sistema de crenças de Isabel, sendo notória a crença de que os outros, principalmente técnicos de saúde, estão contra si. Foi referido pela paciente diversos acontecimentos distintos que perpetuaram a crença e a posterior distorção cognitiva, dificultando a sua manutenção do seu estado de saúde, bem como do filho, recusando determinantemente idas a qualquer meio hospitalar. Outra questão muito persistente no relato da utente é o fato de recusar a toma de qualquer medicação relacionada com o foro psicológico, sendo visivelmente necessária medicação para dormir. Foi então realizada uma intervenção centrada em psicoeducação relativa a psicofármacos com o objetivo de tranquilizar as suas preocupações e noções erróneas. Centra grande parte do seu discurso no seu filho ou o seu menino como refere, mostrando dificuldade em falar de si e principalmente em descrever sentimentos e emoções próprias.

4ª Sessão

Foi iniciada a avaliação psicológica, sendo aplicado o Mini Mental State Examination e o Questionário de Qualidade de Vida ou SF-36. Ao longo do processo Isabel demonstrou facilidade em responder às questões, tendo por vezes alguma

necessidade de explicar certos pontos como a sua situação de saúde e outros. Foi capaz de se focar na tarefa embora por vezes fosse visível desmotivação para a realização da mesma.

5ª Sessão

Dentro da continuação do processo de avaliação psicológica, foi aplicado o SCL-90 e o Inventário Depressivo de Beck. Mostrou-se emocionada durante o processo por se rever bastante nos itens mencionados pelos testes. No entanto a aplicação decorreu sem problemas.

6ª Sessão

Durante a sessão Isabel relata ter tido uma vida muito difícil mesmo antes do nascimento dos filhos, sendo órfã desde os 2 anos de idade passando a ser educada pelos tios. Refere que tinha sete irmãos mas que todos faleceram. Em relação á educação dada pelos seus tios, diz ter sido sempre utilizada como ajuda para a lida domestica e não como familiar ou sequer criança. Este início de vida mostra um sentimento de abandono, bem como de carência em relações importantes de um núcleo familiar inexistente.

A utente relata a dificuldade após a sua primeira gravidez, onde diz ter sentido o abandono mais intenso da sua vida. Esta gravidez representou um conjunto de novas situações adversas a serem ultrapassadas pelo nascimento do seu filho com deficiência profunda. Foi então pedido a Isabel que tentasse explicar como se sentiu durante todo aquele momento tão difícil para si. De forma inicial esteve presente uma grande dificuldade na expressão emocional, levando a sentimentos de frustração, no entanto ao longo da sessão o exercício foi várias vezes repetido tornando-se notoriamente mais fácil de ser exercido pela paciente.

Com o objetivo de aumentar a sua expressão emocional foi pedido a Isabel que ao recordar momentos difíceis repetisse o exercício desempenhado em sessão, podendo também mostrar a ligação entre reações emocionais e acontecimentos de vida.

7ª Sessão

Isabel relata que identificou ao longo da semana vários sentimentos que não se tinha apercebido anteriormente. Como alguma revolta em relação ao tratamento por parte dos tios que sente que deviam ter sido a sua proteção e em relação também á doença do seu filho, dizendo "por mais que ame o meu filho, foi horrível perceber que não tinha um filho normal".

Relatou também que mais tarde decidiu não desistir e através do seu esforço foi capaz de alcançar pequenas (enormes) vitórias no desenvolvimento do filho, mesmo não tendo condição monetária para um tratamento adequado. Conseguiu então aumentar a capacidade de mobilização, expressão e linguagem do mesmo. Pelo fato de estas conquistas representarem sentimentos de orgulho e valorização foi aplicada a técnica de reestruturação cognitiva, criando uma ponte entre sentimentos positivos e sentimentos de valorização com as suas crenças disfuncionais de desvalorização.

As crenças disfuncionais presentes na utente ativam pensamentos automáticos de desvalorização como eu não valho nada, eu não mereço nada de bom, entre outros. Estes mesmos pensamentos automáticos alimentam reações emocionais centradas em negativismo como frustração, angustia e tristeza. Através da técnica de reestruturação cognitiva foi possível pela comparação mostrar à paciente, feitos realizados pela própria e motivos de valorização, contrapondo as suas crenças disfuncionais.

8ª Sessão

Isabel refere como o seu papel de vida a maternidade, descrevendo que foi costureira durante vários anos chegando a possuir um atelier, mas que desistiu da profissão amada por considerar que ninguém cuidava do seu filho como ela. Após a reforma do marido a utente retornou ao mundo do trabalho por mais doze anos como formadora em um centro de crianças com necessidades educativas especiais, voltando a desistir pelo mesmo motivo.

Esta fato reflete-se em Isabel como um dilema, pois demonstra arrependimento pela decisão, dizendo que no dia em que a tomou morreu como pessoa. Mas verbaliza que quando trabalhava sentia-se egoísta, por não colocar o bem-estar do filho acima do seu. Foram então trabalhados ao longo da sessão estes sentimentos que a deixam ainda hoje muito angustiada, sendo necessário a busca de pensamentos automáticos presentes na formação do seu sistema de crenças: "eu não mereço" e "eu sou egoísta". Retomando a técnica de reestruturação cognitiva por forma a auxiliar a paciente na busca pela compreensão das suas crenças disfuncionais com o objetivo de modifica-las.

9ª Sessão

Isabel relatou a sua relação com o marido como praticamente inexistente, descrevendo que foi uma pessoa que apenas lhe acrescentou sofrimento. Através de reflexão foi possível perceber o sentimento de solidão existente e a sua persistência desde a infância. Sente que nunca teve a oportunidade de ser cuidada por alguém tendo sempre o papel de cuidadora.

Estão presentes sentimentos de culpa por não ter sentido falta do seu marido quando faleceu, dizendo "vejo toda a gente tão triste porque perderam os companheiros, eu estive sempre sozinha, nunca tive companheiro, só dificuldade".

Pelo fato de descrever "seria esperado que eu me sentisse mal portanto se não sinto devo ser má pessoa", demonstrando a distorção cognitiva presente e a confusão de sentimentos e papeis relacionais presentes em Isabel. Ao longo da sessão foi então trabalhada a validação dos seus sentimentos e a reflexão sobre as reações emocionais a acontecimentos marcantes. Foi realizado um exercício em que era pedido à paciente uma busca de qualidades, processo muito penoso que não foi capaz de cumprir durante a sessão, sendo pedido que tentasse realizar uma lista para reflexão posterior.

10ª Sessão

Devido à proximidade da época festiva, Isabel demonstra algum retrocesso no desenvolvimento terapêutico. O objetivo da sessão foi trabalhar a sua rede de suporte social. Ao ser questionada sobre pessoas com quem tinha uma boa relação referiu uma amiga e antiga cliente com quem gostava muito de conversar. Foram então pensadas estratégias para que fosse possível retomar esse relacionamento.

Também foram discutidas formas de melhorar o seu relacionamento com os vizinhos, pois Isabel sente que os mesmos não gostam dela, existindo uma necessidade de avaliação de tríade cognitiva no sentido de estar presente uma visão negativa de si mesma, dos outros e do mundo que a rodeia. Por fim foram reforçadas características do suporte social existente, dizendo respeito à relação com o filho e com membros da instituição Alkajuda.

11ª Sessão

Isabel mostrou-se motivada, foi capaz de reestabelecer contacto com a antiga cliente e amiga descrevendo a ligação como muito positiva para si, chegando mesmo a ficar agendada uma visita da mesma. Existiu na última semana a visita de alguns vizinhos que lhe ofereceram pequenas lembranças bem como alguns membros da instituição.

Isabel descreve não estar à espera de se sentir tão bem com este fato e que como a própria descreve "deu me novo alento". Devido à evolução apresentada no seu bem-estar foi iniciada a pesquisa de atividades prazerosas para a utente. Mostrando-se uma tarefa muito complicada pois Isabel não era capaz de diferenciar uma atividade de prazer e de obrigação. Foi então sugerida a realização de uma lista com atividades que anteriormente apreciava segundo um grau de dificuldade. Através de algum tempo de reflexão Isabel sugeriu que assistir a um pouco de televisão e talvez tentar ler algo que lhe parecesse interessante do jornal trazido pelo filho todas as manhãs seriam atividades leves e positivas para um recomeço.

12ª Sessão

Isabel demonstra algum cansaço devido aos seus hábitos de sono e alimentares, às dores e ao desconforto criados pelo ferimento na perna. Foram então trabalhadas estratégias ou formas de melhorar os seus hábitos alimentares e de sono dentro das suas condições de vida. Diferenças no horário de tarefas necessárias para colocar o filho a dormir, ou ser capaz de pedir ajuda para preparar o seu almoço, entre outros mostraram-se potenciadores de mudança.

13ª Sessão

Isabel mostra-se muito abatida, centrada em pensamentos como "sinto-me presa das pernas, sou uma sombra do que fui" e " antes era capaz de tudo, passava horas a palmilhar as ruas, agora é isto". A sua situação médica piorou visivelmente e as enfermeiras responsáveis pela manutenção do tratamento ao ferimento referiram a possibilidade de internamento e até mesmo da amputação de ambas as pernas.

Esta situação deixou Isabel desesperada e muito assustada. Foi lhe mudada a medicação analgésica, para uma dose superior que lhe causam alguns efeitos

secundários como cefaleias. De forma que foi muito difícil manter a sessão, sendo esta encurtada pelo bem-estar da paciente.

14ª Sessão

Devido à sua situação médica se ter deteriorado gravemente, Isabel mostrou-se muito chorosa e desesperada dizendo "acho que não aguento mais esta é a minha gota de água, o que estou mais aqui a fazer?", chegando mesmo a relatar "na próxima sessão já posso cá não estar que eu não aguento". A sessão foi prolongada com o objetivo de tranquilizar e acalmar pensamentos indicativos de ideação suicida. Este processo mostrou-se demorado pela dificuldade de Isabel em acalmar-se e controlar as suas emoções, descrevendo-as como desespero, saturação, desesperança entre outros.

Através da análise da tríade cognitiva presente de desvalorização, desesperança e pessimismo bem como da avaliação dos riscos de suicídio presentes, como a existência de um plano suicida, o nível de sofrimento sentido, os meios disponíveis para tal, foram acionadas medidas de precaução. Isabel mostra-se preocupada em abandonar o filho como se disso significa-se um ato de egoísmo mas é uma pessoa com acesso a muita medicação, a tempo e a meios para colocar em prática o risco real à sua vida e a de seu filho. A instituição foi então alertada e foram reforçadas visitas domiciliárias para além das sessões de psicologia, bem como a disponibilização do contacto pessoal do entrevistador em situação de pânico.

15ª Sessão

Isabel mostra-se mais calma, referindo-se ao acontecimento da semana passada como um ato de desespero. Entretanto a nova medicação analgésica começou a fazer efeito e diz estar empenhada em melhorar. Descreveu a tentativa de ver televisão e ao sentir-se distraída diz ter-se sentido melhor, mostra maior capacidade de organizar os temas que deseja abordar dizendo "estive a pensar durante a semana, e gostava de falar disto".

É também agora capaz de se expressar emocionalmente de forma mais clara e direta, mostrando-se confortável ao faze-lo. Devido ao fato de termos poucos meses disponíveis para acompanhamento foi decidido espaçar as sessões para duas semanas visto já estarem presentes algumas melhorias.

16ª Sessão

Isabel continua a demonstrar melhoras embora fisicamente esteja mais condicionada. Passou a apenas conseguir movimentar-se através de uma cadeira com pequenas rodas, muito por precaução pois o fato de esforçar ao andar de pé estavam a impossibilitar o processo cicatrização do ferimento. Faz um esforço para se alimentar regularmente e de forma mais cuidada embora o sono continue a constituir um problema. Refere que nota ser por vezes mal interpretada por outros, como alguns membros de ajuda ao cuidado do seu filho, pois diz que fala alto por não ser capaz de se movimentar ate perto das pessoas e considera que a interpretam mal. Esta constatação demonstra um maior insight em relação a características comunicacionais de forma que foram trabalhadas estratégias para prevenir esse tipo de situações.

17ª Sessão

Isabel mostra uma nova esperança em relação ao futuro através do surgimento de uma proposta do serviço social da Santa Casa da Misericórdia, albergando a possibilidade de Isabel e o filho irem por alguns meses para instalações médicas próprias de forma a terem acesso ao tratamento que realmente necessitam. Esta oportunidade tranquilizou a paciente, deixando-a visivelmente mais descontraída.

18ª Sessão

Pela primeira vez desde o início do acompanhamento, Isabel apresentou-se sem roupão e pijama, vestida com roupa normal e bem cuidada, tarefa que requer enorme esforço da sua parte. Ao longo da sessão utilizou humor e referiu que se sente

compreendida fator que relata nunca ter antes sentido. O processo que lhe foi proposto está apenas a aguardar aprovação e sente que poderá ser uma excelente oportunidade de vida.

20ª Sessão

Isabel será reencaminhada para as instalações hospitalares sendo possível verificar algum nervosismo mostra-se também capaz de visualizar sinais positivos de mudança. Foi realizada a última sessão, tendo sido feito um resumo de todos os objetivos trabalhados, de todos os momentos positivos e negativos de todo o acompanhamento e que características pretende continuar a trabalhar no futuro.

Discussão de caso II

Inicialmente Isabel apresentou-se como alguém que tinha desistido de viver, continuando apenas a sobreviver para cuidar do seu filho, com uma história de vida difícil e a descrição de uma infância sem vinculação ou proteção e uma adolescência e idade adulta como cuidadora. Através da entrevista psicológica, o estabelecimento de relação terapêutica foi bastante rápido, sendo notório através de observação clínica e exame do estado mental as suas dificuldades na organização do tempo de sessão para o discurso, a sua intensa tristeza e o seu enorme esforço para exercer qualquer tipo de tarefa.

Ao realiza-se a anamnese, Isabel foi capaz de descrever os vários episódios ao longo do seu percurso de vida, onde ficaram também bastante visíveis as suas capacidades de resiliência e autoeficácia, bem como o contraste com as crenças de desvalorização, pensamentos automáticos negativos e distorções cognitivas em relação a si, aos outros e ao futuro. Pela avaliação psicológica, onde foram aplicadas provas psicológicas foi possível verificar que a sua capacidade cognitiva se mantinha intacta e que apresentava

sintomas de um quadro depressivo que acabou por ser confirmado pelas mesmas e desta forma corroborado pela observação clínica e descrição de sintomas da paciente.

Juntamente com Isabel foi iniciado uma análise de reações emocionais e sentimentos que não compreendia, capacidades que pensava ter perdido e principalmente um autoconceito diferente, centrado em características positivas. Para tal foram cruciais as técnicas de cognitivo-comportamental como a reestruturação cognitiva e a tríade de Beck, que auxiliou na análise de risco e de intensidade de sintomas depressivos.

Existiram muitos obstáculos, desde a sua enorme dificuldade de deslocação até às dores e desconforto causadas pela sua condição de saúde. Passando ainda por um declínio acentuado durante o processo. No entanto foi possível ultrapassar obstáculos e construir novas pontes de si mesma, bem como novas formas de comunicação perdidas pelo isolamento social. Ao longo de todo o processo foi possível verificar melhorias em vários fatores, como a sua postura, menos curvada, a sua forma de falar menos triste e fechada, sendo agora mais aberta, a forma como visualiza o futuro começa a ser menos negativa, entre outras características. Com a continuação do processo terapêutico foi possível a diminuição da intensidade dos sintomas e da mesma forma o aumento de motivação que dissiparam a ideação suicida. Como descrito por Beautrais (2002) um dos problemas comuns dentro desta faixa etária é o risco de suicídio, principalmente quando estão presentes certos fatores de risco como o isolamento, apoio social precário, dor psicológica insuportável, acumulação de perdas, solidão, desespero e angustia, acesso a meios letais, queixas somáticas, entre outras. No caso apresentado a paciente corroborava com grande parte dos fatores de risco o que levou a uma cuidada análise de estratégias por forma a evitar o ato temido.

Embora se mantenham características depressivas, tendo sido apenas possível com o tempo disponível, diminuir a intensidade dos sintomas e trabalhar aspetos relativos a

outras áreas como a expressão emocional, insight, autoconceito, entre outras, sendo que seria útil uma continuação de trabalho nesta área. Através de um balanço de objetivos foi possível atingir a diminuição de sintomatologia depressiva, o aumento de autoestima e valorização pessoal, a melhoria de hábitos alimentares, a melhoria de capacidades comunicacionais, o aumento da qualidade de suporte social e a melhoria de expressão emocional. Não foi no entanto possível melhorar as condições psicofisiológicas relativas ao sono por Isabel continuar sem aceitar a toma de medicação, fator que correlacionado com as dores impossibilita um descanso satisfatório.

Continua a descrever a sua vida como "um conjunto de dor e sofrimento", mas diz também hoje em dia "nunca desisti de lutar, também não vai ser agora".

Conclusão

O presente estágio proporcionou uma maior proximidade à realidade da profissão de psicologia, nomeadamente a técnicas e métodos adjacentes à mesma como a prática de avaliação psicológica, aconselhamento, psicoterapia de apoio e promoção de saúde. O exercício de psicologia clínica em contexto comunitário conta com diversas e diferentes especificidades, sendo que passa a existir a necessidade de compreensão para além de diagnóstico, identificação e tratamento de quadros psicopatológicos, também a compreensão do meio em que a população se encontra inserida.

Bem como de que forma esse meio influência as problemáticas apresentadas pela população, por forma a concretizar estratégias de melhoramento de condições sociais e posteriormente condições psicológicas, como indicado por diversos autores como Costa e Brandão (2005), Smail (2010) e Gois (2008) entre outros. Dentro deste contexto está presente a necessidade de uma prevenção primária e intervenção com uma perspetiva de mudança, por forma a serem criados serviços focalizados no apoio a populações marginalizadas, cenário muito encontrado em populações idosas, com o objetivo de aumento de qualidade de vida e posteriormente melhoramento do estado psicológico geral dos indivíduos, como referenciado por Ornelas (1997).

Uma das áreas de intervenção do psicólogo clínico em contexto comunitário é através do serviço domiciliário, crucial para este tipo de população mas que alberga uma grande quantidade de modificações nas intervenções ditas típicas do psicólogo. Laham (2004) descreve o caso de inexistência de um setting apropriado, a maior possibilidade de interrupções ao longo da sessão ou falta de privacidade e ainda os cuidados a ter por parte do entrevistador em não invadir um espaço que não lhe pertence conseguindo ao mesmo tempo uma execução de tarefas desempenhadas com profissionalismo.

Por outro lado estão presentes vantagens ou privilégios como uma maior perceção das condições de vida e problemáticas, bem como de sofrimento do paciente, podendo ainda estar presente a observação de interações familiares que em contexto de setting não se encontram presentes, como é descrito por Gois (2012). O contexto comunitário permite ainda ao psicólogo a intervenção em comunidade através de ferramentas como um programa de promoção de competências, criado ao longo do estágio, que permite uma maior capacidade de observação e interação com a população idosa. Como é referido por Grilo (2012) este tipo de população contem ainda particularidades importantes para a avaliação da intervenção psicológica, como o fato de estarem presentes problemáticas comuns a esta faixa etária que é importante que o psicólogo compreenda.

Dentro destas problemáticas frequentes encontram-se a entrada para a reforma, o aparecimento de doenças, a solidão, a perda de papeis sociais, isolamento permanente, risco de suicídio, a perda do conjugue, a ideia de morte a sua aproximação e ainda a alteração da imagem corporal. Fatores estes encontrados ao longo da realização de diferentes tarefas de estágio, desde as visitas domiciliárias onde o estagiário entra em contacto com realidades muito semelhantes às descritas, as sessões de aconselhamento, centradas em temáticas relatadas anteriormente e ainda na execução do programa de competências onde é possível testemunhar as diferentes dificuldades presentes nesta fase de vida.

Através da realização dos estudos de caso e respetivos acompanhamentos psicológicos foi necessária a utilização de um modelo teórico que integrasse técnicas especificas para o tratamento de patologias encontradas, o modelo utilizado foi o cognitivo-comportamental. Nesta medida foram utilizadas técnicas comportamentais especificamente para o tratamento de um quadro ansioso e técnicas cognitivas para o

tratamento de um quadro depressivo. Embora exista a possibilidade de se encontrar comorbilidade entre estes dois foros clínicos, o mesmo não se mostrou presente nos casos apresentados, sendo no entanto necessária a análise de ambos para uma clarificação de diagnóstico e posterior execução de um plano terapêutico adequado a cada caso.

De forma sucinta o presente estágio permitiu a aplicação de técnicas e estratégias apreendidas ao longo de vários anos de aprendizagem bem como a constatação de literatura importante para o desenvolvimento profissional. Em forma de balanço do percurso executado, inicialmente foram propostos os objetivos de conhecer a instituição albergadora do estágio bem como as suas necessidades e características, a realização de avaliação psicológica, a realização de sessões de aconselhamento psicológico e a implementação de um programa de promoção de competências. Todos os objetivos foram cumpridos com êxito desempenhando um papel fundamental no investimento pessoal e profissional da estagiária em questão.

Reflexão final

O estágio curricular representou para mim para além de o final de um ciclo, um culminar de um sonho, na medida em que significa um conjunto de esforço, dedicação, pesquisa e aprendizagem de vários anos. Através do mesmo foi possível observar e compreender características cruciais ao desempenho da profissão para além do crescimento pessoal possibilitado. Fico antes de mais grata pela oportunidade de exercer dentro de uma profissão que almejo há muitos anos e por todo o apoio prestado tanto pelos profissionais como pelos amigos neste percurso por vezes difícil.

Ao longo do percurso encontrei dificuldades e obstáculos que não pensei encontrar e que não ponderei ser capaz de ultrapassar, hoje agradeço pelos mesmos pois sem eles também não seria possível a satisfação, o sentimento de dever cumprido e a autoconfiança conseguidos. O que mais agradeço é sem dúvida a oportunidade de ajudar aqueles que se encontravam perdidos através de técnicas e instrumentos que permitiram um desfecho feliz e compensador, permitindo também a constatação da importância do trabalho realizado ao longo do ano.

Para mim foi compensador o fato de trabalhar com uma população idosa e ter o privilégio de observar a evolução e mudança de perspetivas negativas para positivas, também o contexto comunitário permitiu-me a análise e o contacto direto com a comunidade e com isto a perceção de realidades às quais nunca teria acesso em outro contexto. Em forma de balanço final considero o estágio crucial para o desempenho da profissão, albergando componentes por vezes difíceis mas importantes ao desenvolvimento pessoal e profissional, sendo que sinto uma maior aprendizagem e evolução neste trajeto do que esperaria serem possíveis.

Referências Bibliográficas

Abreu, C. N., Roso, M. & colaboradores. (2003). *Psicoterapias cognitiva e construtivista: Novas fronteiras da prática clínica.* Porto Alegre: Artmed.

Afonso, S. & Minaço, M. (2013). Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência e Saúde Coletiva, 18*(9), 2729-2732.

aging.

Aguiar, F. (2001). Método clínico. *Psicologia: Reflexão e Critica, 14*(3), 609-616.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.) Lisboa: Climepsi.

American Psychological Association. (2002). Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58*(5), 377-402.

American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 69*, (1): 34-65.

Antony, M. & Swinson, R. (2000). *Phobia disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment.* Washington DC: American Psychiatric Association.

Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia*, *6* (1), 37-43.

Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção de saúde: Reflexão para as acções educativas com idosos. *Revista APS, 8*(1), 15-24.

Bagulho, F. (2002). Depression in older people. *Geriatric Psychiatry, 15*(4), 417-422.

Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos fatores familiares e ambientais durante a infância e adolescência.* Dissertação de doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas.

Barlow, D. H. (2010). *The oxford handbook of clinical psychology.* Oxford Library of Psychology.

Beautrais, L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Theat Behav, 32*, 1-9.

Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basics Books.

Beck, A. T. (1973). *The diagnosis and management of depression.* Philadelphia: University of Pennsylvania.

Beck, A. T. Steer, R. A. & Gorbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evolution. *Clin. Psych Review 8*, 77-100.

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Belar, C. D. (2000). Psychological interventions and health: Critical connections. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *1* (1), 11-17.

Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica.* Lisboa: Climepsi editores.

Beutler, L. Clarkin, J. & Bangar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient.* New York: Oxford University Press.

Birraux, A. (2005). *A entrevista e a sua dinâmica na adolescência.* Lisboa: Climepsi.

Bleger, J. (1991). *Temas de psicologia: Entrevistas e grupos* (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1998). *Perda: Tristeza e depressão.* SãoPaulo: Martins Fontes.

Brito, S. (2008). A Psicologia clínica - Procura de uma identidade. *Psilogos*, *5*(1), 63-68.

Brown G. P., Hommen, C. L., Croske, M. G. & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptons. *Journal of abnormal psychology, 104*(3), 431-435.

Brown, S. D. & Lent, R. W. (2000). Handbook of counseling psychology (3ª ed.). John Wiley & Sons, Inc.

Ciccone, A. (2000). *Observação Clínica.* Lisboa: Climepsi editores.

Ciechanawski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., Kulzer, J., Gray, S., Collier, C. & LaGerfo, J. (2004). Community – Integrated home-based depression treatment in older adults: A randomized controlled trial. *JANA, 291*(13), 1569-1577.

Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptons among adolescentes ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry, 17,* 222-226.

Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: Abordagens atuais.* Porto Alegre: Artmed.

Corp, F. (1987). *Environment and aging.* New York: Wiley.

Costa, L. F. & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: Uma perspetiva integradora. *Psicologia & Sociedade, 17*(2), 33-41.

Cunha, U., Alves, V., Scoralick, F. & Silva, S. (2002). Avaliação clinica do paciente idoso. *J. Bras med, 82*(3), 72-78.

Cupertino, A. P., Rosa, F. H., & Ribeiro, P. C. (2006). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Critica, 20*(1), 81-86.

D` el Rey, G. & Pacini, C. (2006). Terapia cognitive comportamental da fobia social: Modelos e técnicas. *Psicologia em estudo, 11*(2), 269-275.

Dalton, J., Elias, M. & Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking Individuals and communities.* Stamford, CT: Wodsworth.

Daniel, M. & Gurczynski, J. (2010). *Mental status examination. In D. Segal & M. Hersen (eds), diagnostic interviewing* (4ª ed.). New York: Springer.

De Berry, S. (1982). The effects of meditation/relaxation on anxiety and depression in a geriatric population. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19,* 512-520.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures: Manual.* Boltimore: Clinical Psychametric Research.

Diniz, A. M., Almeida, L. S., & Pais, L. G. (2007). Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: Inquérito aos psicólogos portugueses. *Psico-USF, 12*(1), 1-12.

Erikson, E. H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio De Janeiro: Zahar editores.

Erikson, E. H. (1987). *Infância e sociedade* (2ª ed.). Rio De Janeiro: Zahar editores.

Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes médicas.

Faria, K. (2011). *Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobia social.* Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia Porto Alegre.

Fernandes, A. P. (2000). (Alguns) quadros teóricos da psicologia comunitária. *Análise Psicológica, 2,* 225-230.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II-Testes de validação. *Acta Médica Port, 13*(3), 119-127.

Ferreira, P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I-Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Port, 13*(1-2), 55-66.

Firmino, H. (2006). *Psicogeriatria.* Psiquiatria Clínica.

Fiske, A., Wetherell, J. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Rev. Clin. Psychol., 5,* 363-389.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research 12*(13), 189-198.

Forsman, A., Nordmyr, J. & Wahbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and prevention of depression among older adults. *Health Promotion International, 26*(1), 85-107.

Furtado, O., Bock, A. & Gonçalves, G. (2001*). Psicologia sócio-histórica: Uma perspetiva crítica em psicologia* (5ª ed.). Lisboa: Cortez.

Gladstein, G. A. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology*, *30*(4), 467-482.

Gladstein, G. A., (1977). Empathy and counseling outcome: An empirical and conceptual review. *The Counseling Psychologist Winter 6*(4), 70-79.

Góis, C. W. (2008). Psicologia comunitária. *Universitas Ciências da Saúde, 1*(2), 277-297.

Gomes, A. (1999). Psicologia comunitária: Uma abordagem conceitual. *Psicologia: Teoria e Prática, 1*(2), 71-79.

Grilo, R. (2012). Psicoterapia breve psicodinâmica no idoso. *Peritia, Revista Portuguesa de Psicologia*, *11*, 41-53.

Grilo, R. (2014). Integração do psicólogo no serviço de apoio domiciliário (Intervenção com o idoso). *Psicologia na actualidade, 18,* 36-67.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4ª ed.). John Wiley & Sons, Inc.

Guman, A. S., & Messer, S. B. (2003). *Essential psychotherapies* (2ª ed.). Guilford Press.

Hersen, M. & Hasselt, V. B. (1996). *Psychological treatment of older adults: An introductory text.* New York: Plenum Press.

Hofman, S., Ehlers, A. & Roth, W. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behavior, Research and Therapy, 33*(4), 567-571.

Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Ver. Bras. Psiquiatr. 30*(2), 554-564.

Koder, D., Brodaty, H. & Anstey, K. (1996). Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(2), 97-107.

Kubler-Ross, E. (1978). *To live until we say good-bye*. New Jersey: Prentice-Hall.

Kubler-Ross, E. (1981). *Living with death and dying*. New York: Touchstone.

Kubler-Ross, E. (1998). *The wheel of life: A memoir of living and dying*. New York: Touchstone.

Kurwicz, L. & Wallace, M. (1999). The Mini Mental State Examination (MMSE). *3.*

Laham, C. F. (2004). Pecularíedades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Psicol. Hop. São Paulo, 2*(2).

Lauderdale, A. & Sheikh, J. (2003). Anxiety disorders in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine, 19*(4), 721-741.

Leal, I. (2000). Entrevista clínica de psicoterapia de apoio. Lisboa: Lisboa : Instituto de Psicologia Aplicada-CRL.

Leal, I. (2010). *Entrevista psicológica e psicoterapia de apoio* (2ª ed.) Lisboa: Placebo.

Leal, I. P. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século Édições.

Levine, M., Perkins, D. D. & Perkins, D. V. (2005). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.

Mackinnon, RA & Yudofsky, SC (1988). *A avaliação psiquiátrica na prática clínica.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Maton, K., Perkins, D. & Saegert, S. (2006). Community psychology at the crossroads: Prospects for interdisciplinary research. *American Journal of Community Psychology, 38*(1/2), 9-21.

McIntyre, T. (1998). Entrevista de avaliação clínica: Um guia prático. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 3*(1), 127-142.

Moita, V. (2001). Aconselhamento e clínica em psicologia. *Revista de Humanidades e Técnologias, 4/5*, 148-153.

Murphy, S., & Bennett, P. (1999). *Psicologia e promoção de saúde*. Lisboa: Climepsi.

Nancy, R. (2007). Depression and olders adults. *AORN Journal, 85*(2), 397-401.

Neto, A. (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, 56*(3), 158-168.

Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em estudo, 11*(2), 351-359.

Orford, J. (2008). *Community Psychology: Challenges, controversies and emerging consensus.* John Wiley and Sons.

Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica, 3*, 375-388.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde.* Lisboa: Climepsi.

Pedinnielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi.

Pinto, A. C. (2001). *Psicologia geral.* Lisboa: Universidade Aberta.

Pinto, A. C. (2002). *Uma leitura comentada de dois artigos de J. Ferreira Marques sobre a psicologia em Portugal e uma reflexão sobre cenários futuros.* Lisboa: Stória Editores.

Pinto, E. (2004). A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. *Psicologia UPS 15* (1/2), 71-80.

Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo comportamental da depressão. *Rev Bras Psiquiatr, 30*(2), 73-80.

Queirós, M. M., Fernandez-Berrocal, P. Extremera, N., Carral, J. M. & Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura, 9,* 199-216.

Rancon, J. & Menezes, I. (1993). Consulta psicológica comunitária e terceira idade. *Cadernos de Consulta Psicológica, 9,* 29-36.

Rappaport, J. & Seidman, E. (2000). *Handbook of community psychology.* Springer.

Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and Action.* New York: Halt, Rinehart & Winston.

Réa-Neto, A. (1998). Raciocínio clínico – O processo de decisão diagnostica e terapêutica. *Ver. Ass. Med. Brasil, 44*(4), 301-311.

Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica, 4,* 543-557.

Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução á psicologia da saúde.* Coimbra: Coleção Psicologias.

Ribeiro, J. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica, 4,* 589-599.

Ribeiro, O., & Paúl, M. C. (2012). *Manual de gerontologia aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lidel.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sadavoy, J. (2004). *Comprehensive textbook of geriatric psychiatry* (3ª ed.). A.A.G.P.

Salkovskis, P. M. (2005). *Fronteiras da terapia cognitiva.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Santos, J. (1999). Ouvir o paciente: A anamnese no diagnóstico clínico. *Brasília méd, 36*(3/4), 90-95.

Satre, D. & Knight, B. and David, S. (2006). Cognitive – behavioral interventions with older adults: Integrating clinical and gerontological research. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 489-498.

Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: Concepções, princípios e operalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ. 7*(12), 91-112.

Silva, L. F. (2008). Da velhice à terceira idade: O percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 15*(1), 155-168.

Smail, D. (2010). The rocky path from clinical to community psychology - A personal view. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *20*, 455-461.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form y).* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva.* Porto Alegre: Artmed.

Towbaugh, T. N. & McIntyre, N. J. (1992). The Mini Mental State Examination: A comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society 40*(9), 922-935.

Vaz, S. F., & Gaspar, N. M. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(4), 49-58.

Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *SOCERJ, 20*(5), 383-386.

Veríssimo, S. M. A. C. (2010). *Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stress em puérperas.* Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias- Faculdade de Psicologia.

Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS-36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical care, 30,* 473-483.

Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: A user`s manual.* Boston, MA: The Health Institute.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health survey: Manual & interpretation guide.* Boston, MA: Health Institute.

Wattis, J. & Curron, S. (2001). *Practical psychiatry of old age.* (3ª ed.). Radcliffe Medical Press.

Woolfe, R., Strawbridge, L., Douglas, B. & Dryden, W. (2010). *Handbook of counseling psychology* (3ª ed.) SAGE Publications Ltd.

World Health Organization. (2002). *The "new" old age - Challenging the myths of*

World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences.*

World Health Organization. (2011). Global health and aging. *NIH Publications, 11.*

World Health Organization. (2012). *World health organization quality of life user manual*.

Wyatt, R. & Seid, E. (2009). *Instructor´s manual for cognitive-behavioral therapy.* Psychotherapy.net.

Xavier, F., Ferraz, M., Trenti, C., Argiman, I., Bertollucci, P., Poçares, D. & Mariguchi, E. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Ver. Saúde Pública, 35*(3), 294-302.

Young, J. Hosko, J. & Weisshaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A - Diário de Bordo

Anexo B - Programa de Promoção de Competências

Anexo C - Relatório bimensal de visitas domiciliárias

Anexo D - Protocolo de Consentimento Informado

Anexo E - BDI

Anexo F - MMSE

Anexo G - MOS-SF-36

Anexo H - SCL-90-R

Anexo I - STAI

Anexo J Poster Científico

Anexo K Poster informativo do Programa de Competências

Anexo L Poster de atividade "Venda de Natal"

Anexo M Postal despedida de Programa de Competências

Anexo A

Diário de Bordo

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
22-09-2014	14h00-16h00	Reunião na instituição Pró Alcântara.	Primeiro contacto com a instituição, utentes e funcionários.	Presidente da instituição. Funcionários. Estagiárias de psicologia.
	17h00-18h00	Reunião na Junta de Freguesia de Alcântara.	Propostas de horário, discussão de objetivos e expetativas e esclarecimento de parcerias.	Estagiárias de psicologia. Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara.
23-09-2014	14h00-17h00	Entrega de cabazes solidários.	Acesso à realidade precária de famílias auxiliadas pela instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionária da instituição. Voluntária da instituição.
24-09-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
25-09-2014	09h30-13h00	Auxilio na realização de trabalhos manuais.	Observação da interação entre os utentes e funcionamento da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionária da instituição.
26-09-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
29-09-2014	09h30-11h30	Acompanhamento psicológico ao domicílio.	Iniciação de acompanhamentos psicológicos.	Estagiária de psicologia.
	17h00-18h00	Reunião na Junta de Freguesia de Alcântara.	Esclarecimento de horários e distribuição de tarefas.	Estagiárias de psicologia. Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara.

Dia	Horas	Atividade	Objetivo	Participantes
30-09-2014	9h30-17h00	Lanche.	Estabelecimento de relação com os utentes e observação de dinâmicas de grupo.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.
01-10-2014	09h30-12h00	Intervenção na instituição Alkajuda.	Conhecimento da instituição e visitas domiciliárias a utentes residentes no bairro do Alvito.	Estagiária de psicologia. Fundadora da instituição Alkajuda.
	12h00-15h30	Almoço comemorativo do dia do idoso.	Entrega de flores executadas manualmente com o objetivo de motivar os utentes.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.
	19h00-23h30	Jantar comunitário.	Conhecimento e auxílio de tarefas na entrega de jantares solidários a famílias e pessoas carenciadas da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.
02-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
03-10-2014	14h00-15h30	Reunião na Junta de Freguesia de Alcântara.	Esclarecimento de objetivos de atividades e horários.	Estagiárias de psicologia. Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
06-10-2014	09h30-13h00	Atendimento social.	Auxilio à técnica de serviço social no atendimento de população carenciada da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
	14h00-16h00	Formação de entrevista motivacional.	Aprendizagem de fundamentos de entrevista motivacional.	Estagiários de psicologia. Professora.
	20h00-22h00	Orientação de estágio.	Esclarecimento de dúvidas referentes a acompanhamentos.	Estagiários de psicologia. Orientador de estágio.
07-10-2014	09h30-13h00	Sessão de acompanhamento psicológico na instituição Pró-Alcântara.	Iniciação a acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
08-10-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio.	Iniciação a acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
09-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
10-10-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio.	Intervenção psicológica: aconselhamento.	Estagiária de psicologia.
13-10-2014	10h00-13h00	Acompanhamentos domiciliários da instituição Alkajuda.	Observação e intervenção na comunidade do bairro do Alvito.	Estagiária de psicologia. Fundadora da instituição Alkajuda.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
14-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
	16h30-18h30	Formação de Mindfulness.	Aprendizagem de fundamentos de mindfulness.	Estagiários de psicologia. Professora.
15-10-2014	10h00-11h30	Alkajuda.	Observação de dinâmica de grupos dentro da instituição parceira.	Estagiária de psicologia. Funcionários da instituição Alkajuda.
16-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
17-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
20-10-2014	10h30-12h00	Atendimento social	Auxilio à técnica de serviço social no atendimento de população carenciada da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
	12h30-14h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição.	Estagiária de psicologia. Presidente da instituição Pró-Alcântara. Funcionários.
	18h00-20h00	Orientação de estágio	Esclarecimento de dúvidas referentes a acompanhamentos.	Estagiários de psicologia. Orientador de estágio.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
21-10-2014	09h30-13h00	Sessão de acompanhamento psicológico na instituição Pró-Alcântara.	Continuação de acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
22-10-2014	10h00-13h00	Acompanhamentos domiciliários da instituição Alkajuda.	Observação e intervenção na comunidade do bairro do Alvito.	Estagiária de psicologia. Funcionária da instituição Alkajuda.
23-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
24-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiária de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
25-10-2014	09h00-13h00	Recolha de alimentos.	Recolha de alimentos para entrega de um cabaz solidário a uma família carenciada da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Estagiárias de serviço social. Funcionários. Voluntários.
27-10-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio.	Intervenção psicológica: psicoterapia de apoio.	Estagiária de psicologia.
	14h00-16h00	Formação de programa de promoção de competências.	Aprendizagem de fundamentos sobre programa de promoção de competências.	Estagiários de psicologia. Professora.
28-10-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio.	Iniciação ao acompanhamento.	Estagiária de psicologia.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
29-10-2014	09h30-13h00	Visita domiciliária conjunta pela Pró Alcântara.	Avaliação de necessidades.	Estagiárias de psicologia.
	19h00-23h30	Jantar comunitário.	Conhecimento e auxílio de tarefas na entrega de jantares solidários a famílias e pessoas carenciadas da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.
30-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia.
31-10-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
	13h30-15h00	Almoço alusivo ao Halloween.	Promover comunicação entre utentes.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.
03-11-2014	09h30-13h00	Acompanhamentos psicológicos ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção de acompanhamentos psicológicos.	Estagiária de psicologia clínica.
04-11-2014	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionários.
05-11-2014	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionários.
06-11-2014	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionários.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
07-11-2014	09h30-12h00	Pró-Alcântara	Organização de plano de eventos que melhor se adequem à população alvo.	Estagiárias de psicologia. Funcionários.
	12h30-13h30	Reunião na Junta de Freguesia de Alcântara.	Entrega de uma proposta para um programa de promoção de competências.	Estagiárias de psicologia. Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara.
10-11-2014	09h30-13h00	Acompanhamentos psicológicos ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção de acompanhamentos psicológicos.	Estagiária de psicologia clínica.
11-11-2014	09h30-13h00	Almoço comemorativo da data de S. Martinho.	Promover comunicação entre utentes. Aumentar sentimentos de pertença a um grupo.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.
12-11-2014	10h00-13h00	Visitas domiciliárias pela instituição Alkajuda.	Observação e intervenção na comunidade do bairro do Alvito.	Estagiária de psicologia. Funcionária da instituição Alkajuda.
13-11-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
14-11-2014	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionários.
17-11-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
	18h00-20h00	Orientação de estágio.	Esclarecimento de dúvidas referentes a acompanhamentos.	Estagiárias de psicologia. Orientador de estágio.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
18-11-2014	09h30-13h00	Pró-Alcântara.	Preparação de provas psicológicas para os acompanhamentos. Preparação de tarefas da semana seguinte.	Estagiárias de psicologia.
19-11-2014	10h00-12h00	Visitas domiciliárias pela instituição Alkajuda.	Observação e intervenção na comunidade do bairro do Alvito.	Estagiária de psicologia. Funcionária da instituição Alkajuda.
20-11-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
24-11-2014	10h00-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
25-11-2014	10h00-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
26-11-2014		Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Iniciação do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
27-11-2014	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
28-11-2014	12h30-14h00	Reunião na Junta de Freguesia de Alcântara.	Estabelecimento de objetivos mensais.	Estagiárias de psicologia. Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara.
29-11-2014	10h00-21h00	Venda de Natal	Venda de objetos confecionados a partir de materiais doados à instituição. Promover sentimento de partilha, integração e valorização.	Estagiárias de psicologia. Funcionários. Voluntários.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
01-12-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
02-12-2014	10h00-13h00	Visita domiciliária conjunta pela Pró Alcântara.	Avaliação de necessidades.	Estagiárias de psicologia. Presidente da instituição Pró-Alcântara.
03-12-2014	15h00-16h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
09-12-2014	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Preparação para novo evento no mercado de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Funcionária.
11-12-2014	09h30-13h00	Feira do mercado de Alcântara.	Venda de objetos confecionados pelos utentes, voluntários e estagiárias da instituição com materiais doados à mesma. O objetivo é a angariação de fundos.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.
12-12-2014	11h30-12h30	Reunião na instituição Pró-Alcântara.	Redireccionamento de tarefas.	Estagiárias de psicologia. Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara. Dirigentes da instituição Pró-Alcântara.
15-12-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
16-12-2014	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionários.
17-12-2014	13h00-15h00	Almoço comemorativo de Natal.	Promover comunicação entre utentes. Aumentar sentimentos de pertença a um grupo.	Estagiárias de psicologia. Funcionária. Voluntários.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
18-12-2014	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
22-12-2014	10h00-13h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição. Auxílio em tarefas da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionários.
23-12-2014	10h00-13h00	Pró-Alcântara	Observação de dinâmicas de grupo dentro da instituição. Auxílio em tarefas da instituição.	Estagiária de psicologia. Funcionários.
29-12-2014	10h00-13h00	Pró-Alcântara	Visita dos alunos do instituto de agronomia com o objetivo de promover interação entre diferentes gerações e entrega de bens alimentares.	Estagiárias de psicologia. Funcionários.
30-12-2014	10h00-13h00	Acompanhamento psicológico na instituição Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
05-01-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de documentos.	Estagiárias de psicologia.
06-01-2015	10h00-13h00	Pró-Alcântara	Entrega de bens alimentares por parte dos alunos de uma escola da zona residencial de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Funcionários
07-01-2015	15h00-16h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
08-01-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de visitas domiciliárias conjuntas pela instituição.	Estagiárias de psicologia. Estagiária de serviço social.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
12-01-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico na instituição Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
14-01-2015	15h00-16h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
15-01-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de documentos.	Estagiárias de psicologia.
19-01-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico na instituição Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
20-01-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de mudanças para novas instalações.	Estagiárias de psicologia. Funcionários. Voluntários. Dirigentes da instituição.
21-01-2015	15h00-16h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
22-01-2015	09h30-14h00	Pró-Alcântara	Organização de mudanças para novas instalações.	Estagiárias de psicologia. Funcionários. Voluntários. Dirigentes da instituição.
26-01-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
27-01-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Mudanças para novas instalações.	Estagiárias de psicologia. Funcionários. Voluntários. Dirigentes da instituição.
28-01-2015	15h00-17h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
29-01-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
02-02-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
03-02-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de espaços nas novas instalações.	Estagiárias de psicologia. Funcionários. Voluntários. Dirigentes da instituição.
04-02-2015	15h00-17h20	Orientação de estágio.	Esclarecimento de dúvidas referentes a acompanhamentos.	Estagiárias de psicologia. Orientador de estágio.
05-02-2015	09h30-13h00	Reunião na instituição Pró-Alcântara	Estabelecimento de objetivos mensais e balanço de objetivos cumpridos anteriormente.	Estagiárias de psicologia. Dirigentes da instituição
09-02-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
10-02-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
11-02-2015	16h00-20h00	Formação em psicologia do luto.	Esclarecimento e aprendizagem relativos ao apoio psicológico no luto	Estagiárias de psicologia. Formadores. Funcionários da Junta de Freguesia de Alcântara.
12-02-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de programa de promoção de competências.	Estagiárias de psicologia.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
18-02-2015	14h00-17h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
19-02-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de programa de promoção de competências.	Estagiárias de psicologia.
23-02-2015	10h00-13h00	Alkajuda	Observação de aulas com uma vertente psicomotora.	Estagiárias de psicologia. Funcionárias.
24-02-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de últimas questões referentes ao programa de promoção de competências.	Estagiárias de psicologia.
25-02-2015	09h00-17h00	2º Congresso de Psicogerontologia	Aprendizagem e esclarecimento de questões relacionadas com a temática psicogerontologia.	Estagiárias de psicologia. Organização do evento.
26-02-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
02-03-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
03-03-2015	09h30-17h30	Apresentação do programa de promoção de competências	Esclarecimento de dúvidas referentes ao programa de competências.	Estagiárias de psicologia.
04-03-2015	14h00-17h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
05-03-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
06-03-2015	11h00-13h00	Reunião na instituição Alkajuda.	Esclarecimento de objetivos aos acompanhamentos psicológicos.	Estagiárias de psicologia. Dirigentes da instituição Alkajuda.
09-03-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
10-03-2015	14h00-17h00	Programa de promoção de competências	Atividades com objetivos terapêuticos relacionados com a cognição.	Estagiárias de psicologia.
12-03-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.
16-03-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
17-03-2015	14h00-17h00	Programa de promoção de competências	Atividades com objetivos terapêuticos relacionados com a cognição.	Estagiárias de psicologia.
18-03-2015	14h00-17h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
19-03-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.
26-03-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.
30-03-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de atividades da semana.	Estagiárias de psicologia.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
31-03-2015	09h30-13h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara.
	14h00-17h00	Programa de promoção de competências	Atividades com objetivos terapêuticos relacionados com a cognição.	Estagiárias de psicologia.
01-04-2015	14h00-17h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
02-04-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.
06-04-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de atividades da semana.	Estagiárias de psicologia.
07-04-2015	14h30-17h30	Programa de promoção de competências	Atividades com objetivos terapêuticos relacionados com a capacidade social.	Estagiárias de psicologia.
09-04-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.
10-04-2015	12h00-14h00	Reunião na instituição Pró-Alcântara	Estabelecimento de objetivos para o próximo mês e balanço dos objetivos cumpridos.	Estagiárias de psicologia. Dirigentes da instituição.
13-04-2015	09h30-13h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Pró-Alcântara.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
14-04-2015	09h30-17h00	Visitas domiciliárias.	Auxilio na análise de necessidades da população idosa da freguesia de Alcântara.	Estagiárias de psicologia. Assistente social

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
15-04-2015	14h00-17h00	Acompanhamento psicológico ao domicílio pela Alkajuda.	Manutenção do acompanhamento psicológico.	Estagiária de psicologia.
16-04-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.
20-04-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de atividades da semana.	Estagiárias de psicologia.
21-04-2015	14h00-17h00	Programa de promoção de competências	Atividades com objetivos terapêuticos relacionados com a capacidade emocional.	Estagiárias de psicologia.
22-04-2015	09h30-17h00	Apresentação de poster científico	Apresentar em formato científico a intervenção psicológica em contexto comunitário.	Estagiárias de psicologia.
23-04-2015	09h30-17h00	Apresentação de poster científico	Apresentar em formato científico a intervenção psicológica em contexto comunitário.	Estagiárias de psicologia.
27-04-2015	09h30-13h00	Pró-Alcântara	Organização de atividades da semana.	Estagiárias de psicologia.
28-04-2015	14h00-17h00	Almoço comemorativo do aniversário do dirigente da instituição Pró-Alcântara	Promover interação grupal.	Estagiárias de psicologia. Funcionários Voluntários Dirigentes da instituição
30-04-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.

Dia	Hora	Atividade	Objetivo	Participantes
05-05-2015	14h00-17h00	Programa de promoção de competências	Atividades com objetivos terapêuticos relacionados com a capacidade emocional.	Estagiárias de psicologia.
07-05-2015	09h30-13h00	Programa de promoção de competências	Atividades de psicomotricidade.	Estagiárias de psicologia.
08-05-2015	12h30-14h00	Reunião na instituição Pró-Alcântara	Estabelecimento de objetivos para o próximo mês e balanço dos objetivos cumpridos.	Estagiárias de psicologia. Dirigentes da instituição.
12-05-2015	14h00-17h00	Programa de promoção de competências	Atividades com objetivos terapêuticos relacionados com a capacidade social.	Estagiárias de psicologia.
19-05-2015	14h00-17h00	Programa de promoção de competências	Encerramento do programa de competências. Balanço dos objetivos atingidos. Despedida.	Estagiárias de psicologia.
28-05-2015	14h00-17h00	Almoço de despedida das estagiárias de psicologia.	Balanço de estágio. Despedida dos utentes.	Estagiárias de psicologia. Funcionários. Voluntários. Dirigentes da instituição.

Anexo B

Programa de Intervenção:

Combater a Solidão

Estagiárias de Psicologia Clínica:

Ana Martins nº11052201

Rita Santos nº 11038008

O processo de envelhecimento é um fenómeno natural, universal e inerente a todos os seres vivos, que envolve um conjunto de mudanças a nível fisiológico, biológico, social e psicológico. De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (INE) em Portugal, o aumento da população idosa advém do aumento da esperança média de vida e da diminuição das taxas de natalidade. O impacto do envelhecimento, principalmente a nível físico, produz uma mudança de hábitos e rotinas na pessoa idosa. Desta forma, são substituídas por ocupações e actividades de menor grau de ação. Por sua vez, esta diminuição de actividade pode acompanhar-se de sérias consequências como a redução da capacidade de concentração, conduzir a processos de autodesvalorização, diminuição da autoestima, desmotivação, solidão, isolamento social e depressão. Para que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido, a pessoa idosa tem que sentir satisfação pela vida, ou seja, realizar uma avaliação global e subjectiva que faz das suas circunstâncias numa forma positiva. Este é um indicador de saúde mental e qualidade de vida, sendo esta última "a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (The WHOQOL Group, 1995)

O programa proposto foi elaborado no âmbito da promoção de saúde e da qualidade de vida. Tem como principal objectivo a criação de um espaço onde a pessoa idosa possa conviver, promovendo uma vida mais ativa e aumento das relações sociais. Através das actividades propostas em grupo, pretende-se focar a estimulação cognitiva, emocional e social, intervindo em várias áreas que definem a qualidade de vida dos idosos. Esta intervenção tem os seguintes objectivos específicos:

- Verificar se a implementação do programa produz alterações no grupo participante em relação aos sentimentos de solidão e qualidade de vida.
- Perceber a importância do processo de automonitorização neste tipo de intervenção, quer pelos resultados obtidos nas folhas de registo quer pela opinião dos idosos.
- Perceber a importância deste tipo de intervenção, quer pela opinião dos idosos, quer pelos resultados obtidos no questionário de qualidade de vida.

A implementação deste programa exige a avaliação contínua dos vários elementos que o integram para que, além da informação obtida sobre a pertinência e eficácia do mesmo, possamos adequar de forma objetiva novas estratégias e atividades. Para este estudo, recorre-se ao seguinte instrumento de avaliação *Medical Outcomes Study Short Form Health Survey – 36 Item* (MOS SF-36). Pretende-se perceber as alterações significativas com a implementação da intervenção, composta pelo programa de competências pessoais e sociais e pelo programa de psicomotricidade. No treino de competências pessoais, propõe-se trabalhar traços da personalidade que resultam do processo de desenvolvimento desde a infância, isto é, auto-estima, autoconsciência emocional, otimismo, empatia e assertividade. A necessidade de trabalhar as competências sociais nasce da interacção dos diferentes subsistemas, onde cada pessoa expressa os seus sentimentos, atitudes, desejos e opiniões, respeitando os outros, de forma a evitar conflitos. A intervenção psicomotora no Pró-Alcântara tem como intuito a manutenção ou reabilitação dos fatores psicomotores como a tonicidade, equilíbrio, lateralidade, praxia global e fina com o objectivo de desenvolver capacidades de adaptação às mudanças corporais e psicossociais, na promoção do reconhecimento de um *Eu* corporal positivo.

Com uma amostra significativa de utentes no Pró-Alcântara, prevê-se a aplicação deste programa num prazo de dois meses, com duas sessões de 60 a 90 minutos por semana. As sessões decorreram à terça-feira das 14h às 16h e à quinta-feira das 10h30 às 11h30, na sala de convívio do Pró-Alcântara. Cada sessão foi preparada com actividades que incidiram essencialmente na estimulação cognitiva, social, emocional e física. As sessões do programa de competências pessoais e sociais foram dispostas em módulos com temáticas diferentes: Módulo Cognitivo (duas sessões), Módulo Social (três sessões) e Módulo Emocional (três sessões).

Tabela: Apresentação dos módulos

Módulos	**Objectivos**
Módulo Cognitivo	Manter e melhorar as condições mentais através de atividades estimulantes ao desenvolvimento cognitivo básico, centrado na memória, linguagem, evocação, atenção e orientação.
Módulo Social	Melhorar a capacidade de comunicação e de relação com o outro; facilitar o intercâmbio afectivo, a convivência, o sentimento de pertença; permitir a troca de ideias, opiniões e sugestões.
Módulo Emocional	Incentivar o relacionamento entre o grupo; proporcionar trocas de experiências e vivências; adquirir um maior grau de conhecimento sobre si mesmo e os demais do grupo; trabalhar com o afecto, a autoestima, os relacionamentos e os pensamentos; estimular o pensamento para aspectos positivos.
Psicomotricidade	Mobilizar e reorganizar as funções mentais; aperfeiçoar a conduta consciente e o acto mental; elevar as sensações e percepções a níveis de consciencialização, simbolização e conceptualização da acção aos símbolos, passando pela verbalização; maximizar o potencial motor, afetivo-relacional e cognitivo; transformar o corpo em uma síntese integradora da personalidade.

Embora separadas por módulos, as atividades estimulam mais do que uma área, juntando as diferentes componentes dos módulos. Apresenta-se a descrição das actividades a realizar no treino de competências pessoais e sociais, material necessário e os objectivos das mesmas.

Sessão 1

Atividade – Psicomotricidade

Objetivo: Apresentação de exercícios básicos de motricidade com o propósito de medir a capacidade física dos utentes.

Sessão 2

Actividade 1 - Jogo de Apresentação

Objectivo: dar-se a conhecer ao grupo através do livre fornecimento de algumas características pessoais

Material: Preparar pares de cartões, para que, uma vez reunidos, se completem um provérbio dividido. O total de cartões deve ser igual ao número de pessoas.

Lista de provérbios:

- Amigos dos meus amigos, meus amigos são.
- Devagar se vai ao longe.
- Cada um colhe o que semeia.
- Nunca e tarde para aprender.
- Grão a grão, enche a galinha o papo.
- Enquanto há vida, há esperança.

Desenvolvimento: Baralham-se os cartões e distribuem-se pelos idosos. Explicar que devem procurar a pessoa que tem o cartão que complementa o seu e formam-se pares. Durante um período de tempo pré-definido - tanto mais longo quanto maior for a profundidade de relação que se deseje atingir - os dois participantes apresentam-se um ao outro, colocam cinco questões para a apresentar ao grupo:

- Motivos pelos quais esta no grupo,
- Contributos concretos que desejaria que o grupo lhe desse ao longo de um determinado período de tempo,
- Aspectos que mais valoriza nas pessoas,
- Aquilo que actualmente mais o preocupa,
- Os contributos que esta disposta a dar.

Seguidamente, os idosos trocam de papéis. No final desse período de conhecimento mútuo, regressa-se ao grupo. Cada participante deve apresentar o parceiro com quem esteve. A tarefa conclui-se, quando todos tiverem apresentado os seus parceiros. Reflectir sobre as impressões ao longo da dinâmica, as dificuldades e como se sentiram.

Actividade 2 – Memória: balão ou caixa de ferramentas

Objectivo: conhecer as crenças dos idosos acerca da memória e procurar esclarecer os preconceitos existentes.

Material: um balão, uma caixa de ferramentas (imagem respectiva).

Desenvolvimento: depois de explicado o objectivo da sessão, o animador diz: "a memória pode ser entendida de duas formas: como um balão. Nesta perspectiva, o balão vai perdendo ar, assim como a memória vai enfraquecendo. Consequentemente, o funcionamento da memória vai, inevitavelmente, piorar com a idade e não há nada a

fazer para impedir este facto. Na outra perspectiva, a memória é concebida como uma caixa de ferramentas. Nesta concepção, a memória pode melhorar desde que estejamos disposto a fazer um esforço para utilizar estratégias e instrumentos que nos possam ajudar a treinar a e prevenir o declínio da memória". Os participantes dividem-se de acordo com as suas atitudes para com a memória e vão para junto da imagem correspondente a "memória balão" ou a "memória caixa de ferramentas". De seguida, cada um explica os motivos da sua opção. Finalmente, cada grupo, balão ou caixa de ferramentas, tenta convencer os elementos do grupo contrário de que a sua perspectiva é a correcta. Finaliza-se o exercício, esclarecendo eventuais dúvidas sobre a memória.

Sessão 2

Actividade 1 – Jogar com as palavras

Objectivo: estimular a memória, comunicação verbal e integração dentro do grupo. Incentivar o pensamento e o raciocínio lógico.

Material: nenhum.

Desenvolvimento: O jogo consiste em fornecer inicialmente uma letra e pedir a cada participante, para dizer palavras que começam com essa letra. Por exemplo, palavras que começam com a letra B (barco, bota, bata, bola, bota, bife, bolacha, …). Pode-se subir a dificuldade se limitarmos as respostas: alimentos que começam com a letra M (maçã, marmelo, manteiga, mango, massa, …). Para complicar um pouco mais, pode-se perguntar por palavras que começam com a letra (sílaba) CAN (canção, cantoneiro, canteiro, canário, …). Quando tudo isso já estiver dominado, pode-se perguntar por palavras cuja letra inicial seja a letra final da palavra que o participante anterior disse (casa, ananás, sapato, oliveira, …) ou ainda, por palavras que começam

com as duas letras que termina a palavra que o participante anterior disse (camisa, sábado, dominó, novidade, …).

Actividade 2 – Biografia de acontecimentos positivos

Objectivo: Estimulação e manutenção cognitiva: memória a longo prazo

Material: Folha de registo com uma tabela duas colunas (com idade por década 0-10 anos, 11-20, 21-30, …, até mais de 80 anos, e acontecimento positivo).

Desenvolvimento: Pedir a cada participante que partilhe e/ou escreva um sucesso positivo da sua vida, por década.

Sessão 3

Actividade 1 – A teia de aranha

Objectivo: Facilitar o início do conhecimento interpessoal num grupo, contribuindo para quebrar constrangimentos e resistências habituais à interacção quando se começa a trabalhar com um grupo constituído por membros que não se conhecem entre si. Representar fisicamente o sentido de unidade e de coesão entre os membros do grupo. Facilitar a expressão de sentimentos.

Material: novelo de lã.

Desenvolvimento: Pedir aos participantes para formarem uma roda (em pé ou sentados em cadeiras ou no chão). Com o novelo da mão o monitor diz que se vai apresentar ao grupo (nome e uma característica pessoal ou alguma circunstância que considera pertinente) e, que de seguida irá atirar o novelo a outro participante (ficando com a ponta do cordel segura na sua mão ou noutra parte do corpo) que deverá apresentar-se igualmente ao grupo e atirar o novelo a outro membro (devendo, também,

ficar a segurar o cordel na mão) assim sucessivamente até que todos os participantes se apresentem. Se o grupo já se conhecer poderá dizer o nome da pessoa a quem vai passar o novelo e uma qualidade ou algo positivo que goste ou que aprecie nessa pessoa. Entretanto, sem se soltarem, podem fazer-se observações sobre a imagem plástica que representa a "teia de aranha". Seguidamente repete-se o processo ao contrário: o último a receber o novelo devolve-o ao anterior, indicando o seu nome, e assim sucessivamente até que o novelo (todo enrolado) volte de novo ao monitor. No fim, cada um deverá reflectir sobre a dinâmica, e partilhar com o grupo como se sentiu sobre o que os outros lhe disseram.

Actividade 2 - O primeiro passo

Objectivo: iniciar, começar a mudar, levar a cabo projectos trocar entre si sentimentos e gostos; facilitar o conhecimento de cada um dos membros do grupo e favorecer um ambiente de confiança.

Material: nenhum.

Desenvolvimento: na roda, os sujeitos viram-se para o lado, de maneira a formarem pares. Sentados dois a dois, é-lhes sugerido que conversem sobre os relacionamentos interpessoais e sobre as actividades de tempos livres que lhes dão gosto e são positivas e que não fazem por um motivo ou outro. Estas actividades podem ser acessíveis como dar um passeio todas as noites, serem mais simpáticas ou jogar as cartas ou, mais complexas, como fazer uma viagem ou pintar um quadro. Cada par deve escolher uma actividade para cada elemento do par, mas que seja viável. Depois, cada membro, por sua vez, levanta-se e dá o primeiro passo. Deve dá-lo simbolicamente ou, caso seja possível, realizar a primeira tarefa para a realização da actividade. Por exemplo, se o objectivo da dona Dora e fazer um passeio todos os dias, pode andar um

pouco pela sala. Se objectivo da senhora Sra. Maria for fomentar novas amizades, pode levantar-se e ir falar com alguém do grupo com o qual desejaria ter um contacto mais próximo. Cada realização (cada passo) levado a cabo pelos elementos do grupo deve ser reforçado pelos demais.

Sessão 4

Actividade 1 - Roda com novelo: Os quatro elementos

Objectivos: Habilitar os reflexos físicos para pegar a bola, e mentais para responder a pergunta. Melhorar a coordenação do movimento e do pensamento ao trabalhar o aspecto cognitivo dos participantes. Trabalhar/recordar (através da repetição) o nome dos participantes. Proporcionar um momento lúdico.

Material: Um novelo de la (ou uma bola de esponja).

Desenvolvimento: Passar a vez a bola para cada participante, de modo que cada um possa agarrar a bola com as mãos. O primeiro exercício será passar a bola a cada um para que todos toquem-na e verifiquem o seu peso, textura e maciez. Aqui, o monitor começa por saudar cada um pelo nome ("Bom dia Senhora Maria"), enquanto passa a bola. Por sua vez, a senhora Maria vai retornar a bola, enquanto retorna a saudação, dizendo: "Bom dia (o nome do monitor) ". Depois, seguindo a mesma dinâmica, o monitor lança a bola para um dos participantes, pronunciando um elemento, por exemplo, agua (terra, fogo, ar). Quem receber deve passa-la a outro participante dizendo o nome da pessoa para quem vai passar a bola e o nome de um animal que viva na agua. E assim para o resto dos elementos, até que se diga o maior número de animais possível, ou até que o animador decida parar o jogo. Se se diz "fogo", terá de devolver a bola sem dizer nada. Apos concluída esta fase do jogo pode-se falar sobre quais foram os

elementos mais difíceis de responder, quais desses elementos são mais importantes para a humanidade e o que cada um deles nos dá. Posteriormente, pode-se continuar o jogo introduzindo outros temas ou perguntas como nomes de plantas, desportos, frutas, cidades e/ou países.

Variante: pode transformar-se num jogo de conhecimento, para isso cada vez que se passa a bola diz-se o nome da pessoa a quem se passa a bola e uma qualidade, um traço positivo, uma característica construtiva ou positiva dessa pessoa, etc.

Sessão 5

Actividade 1 - Círculos para partilhar

Objectivo: trabalhar a capacidade de expressão para com o outro; partilhar ideias, sentimentos e experiencias; apoiar, manter e estimular a comunicação entre os idosos; desenvolver a capacidade de escuta e atenção; criar confiança no grupo; e favorecer o conhecimento mútuo.

Material: depende do tema a debater.

Desenvolvimento: as pessoas dispõem-se em círculo. O monitor introduz o tema do dia (já anunciado na sessão anterior) e explica ou revê a ideia geral das actividades destinadas a partilhar. Em seguida, dá a cada um a oportunidade de acrescentar algo, ora seguindo o sentido do círculo, ora cada um falando quando quiser. Pode estipular-se um limite de tempo por intervenção, ainda que convenha tentar que a comunicação seja o mais fluido e flexível possível. Trata-se essencialmente de uma sessão de conversação. Esta discussão será devidamente agendada com os idosos para que estes possam pensar sobre o tema em casa e ate podem informar-se sobre o mesmo. O tema ou temas a discutir também poderão ser escolhidos previamente pelos participantes do grupo, assim, será mais fácil envolve-los e impedir que tenham um papel passivo nesta

actividade. Apos o tema ter sido escolhido, pode-se procurar, por exemplo, um artigo sobre o assunto, ou preparar um texto e expô-lo aos idosos para que estes possam discutir o assunto e ouvir as opiniões dos participantes individuais, aproveitando para criar um ambiente recreativo, relaxado. Num contexto de partilha pessoal, seguem-se dois exemplos de tema que pode-se usar nesta actividade:

- Abordar os seus interesses e actividades que tinham feito (profissões) e/ou o que gostam de fazer nos tempos livres;
- Fazer anotações com receitas, provérbios, adivinhas ou cancões antigas que os participantes escolhem e trazem de casa (para fazer um livro).

Neste tipo de trabalho de grupo os idosos dão uso a memoria pois relembram e revivem as recordações do passado.

Sessão 6

Actividade 1 - Jogo das Cores

Objectivo: conhecer melhor os outros; mostrar as semelhanças e dissemelhanças que existem entre as pessoas; permitir uma primeira abordagem as emoções; e possibilitar uma forma lúdica de falar sobre como nos sentimos.

Material: papeis coloridos ou papel branco e canetas coloridas (pode-se optar pelas 7 cores do arco iris).

Desenvolvimento: colocam-se papéis de diferente cores em sítios diferentes da sala. Cada pessoa deve ir para a zona da sala que corresponde a localização da sua cor preferida. De seguida, o monitor pede para cada pessoa apresentar-se e dizer porque escolheu determinada cor, porque gosta da mesma e que emoções essa cor lhe transmite. De seguida, indagar da relação entre as cores e as emoções.

Actividade 2 - Roda positiva

Objectivo: aumentar o pensamento positivo, agradecer.

Material: nenhum.

Desenvolvimento: a roda, cada pessoa responde a solicitação: "vamos fazer um exercício que consiste em olharmos para o lado positivo da vida. Cada um, por sua vez, vai dizendo coisas pelas quais esta agradecido". Ir a volta quantas vezes forem necessárias até esgotar as ideias. Depois, indagar: "Que emoções experienciaram no decorrer do exercício?"; "Quais são as vantagens de pensarmos naquilo em que estamos gratos?". Dar oportunidade para, se alguém o desejar, poder agradecer a outro membro do grupo. Para tal, deve levantar-se e ir ter com o colega. Questionar: "como podemos pensar mais sobre o lado positivo da vida?". Noutras sessões, questionar sobre acontecimentos e pensamentos positivos que as pessoas tiveram e reforçar quando elas o fazem espontaneamente. Este exercício poderá ser feito no final de outras sessões para darmos sempre enfase ao positivo e as coisas boas da vida, possibilitando aos idosos um olhar mais positivo e optimista sobre os acontecimentos de vida.

Sessão 7

Actividade 1 - Como saio da cama de manhã

Objectivos: mudar, reflectir sobre o que nos motiva.

Material: nenhum.

Desenvolvimento: questiona-se os membros do grupo do seguinte modo: "gostaria que cada um partilhasse com o grupo o que vos motiva. Ou seja, o que vos faz sair da cama de manha, o que vos faz fazer as actividades". Depois de cada elemento

responder as questões, faz-se uma lista sobre as principais estratégias motivacionais utilizadas pelo grupo (por exemplo, "saio da cama porque tenho um encontro com os meus amigos"). Leva-se então a cabo o exercício seguinte: pede-se aos sujeitos para cumprirem algumas ordens simples "colocar braços para cima; colocar braços para baixo; para o lado direito e para o lado esquerdo". De seguida diz-se: "a partir de agora as indicações significam, coisas diferentes. Para cima significa para a esquerda (e vice-versa) e para baixo para a direita (e vice-versa) ". Dão-se então as novas ordens. E de esperar bastantes erros na execução da tarefa. Indaga-se porquê. As respostas (porque estamos habituados doutra forma, porque estamos cansados e sem memória, porque não vale a pena) remetem, geralmente, para os factores que dificultam o processo de mudança e de aprendizagem de novas coisas. Depois de comentar o exercício, passar para a última fase da sessão: "todos vão escolher algo pequeno que gostariam de mudar. De seguida vamos planificar essa mudança".

Estudam-se, em conjunto, os factores de resistência em cada aspecto a mudar e utilizam-se, para cada pessoa, as estratégias motivacionais respectivas (que foram recolhidas na primeira parte da sessão). Assim, depois de se saber quais as estratégias motivacionais de cada um, de se tomar consciência das resistências intrínsecas a todo o processo de mudança, cada elemento do grupo inicia o seu próprio processo de mudança pessoal.

Sessão 8

Actividade 1 - Qualidades

Objectivos: Favorecer o conhecimento interpessoal num grupo, contribuindo para quebrar constrangimentos e resistências habituais a interacção do grupo; favorecer

o pensamento positivo; fomentar a auto-estima de uma forma lúdica; e provocar uma situação grupal positiva.

Material: folhas de papel e esferográficas

Desenvolvimento: Apresentar a dinâmica ao grupo escrevendo o nome próprio numa folha de papel. Depois, por baixo do nome, dizer e escrever adjectivos ou qualidades positivas que cada participante entenda possuir e a que de importância. Distribuir folhas de papel e marcadores aos participantes e pedir-lhes que façam o mesmo com o seu nome próprio, (em alternativa, cada pessoa pode enunciar as suas qualidades enquanto o monitor escreve-as). A seguir, cada um devera apresentar o seu nome ao grupo.

Actividade 2 - Troca de opiniões sobre o trabalho realizado no grupo

Objectivo: apreciar de uma maneira geral a satisfação com o programa, nomeadamente, com as sessões, com as actividades, e com o que aprenderam de novo.

Programa De Intervenção – Combater a Solidão					
Sessão	**Data**	**Conceito**	**Actividade**	**Objectivo**	**Recursos**
0	03/03		Apresentação	Apresentação do programa aos utentes e esclarecimento de dúvidas referentes às atividades e áreas a desenvolver. Entrega de panfletos com o horário das atividades.	Poster Panfletos
1	05/03	Psicomotricidade	Introdução à psicomotricidade	Apresentação de exercícios básicos de motricidade com o propósito de medir a capacidade física dos utentes.	
2	10/03	Módulo Cognitivo	Jogo de apresentação	Dar-se a conhecer ao grupo através do livre fornecimento de algumas características pessoais. Promoção de debate sobre regras a implementar ou modificar na instituição.	Pares de cartões com provérbios
			Memória: balão ou caixa de ferramentas	Conhecer as crenças dos idosos acerca da memória e procurar esclarecer os preconceitos existentes.	Imagem com balão e uma caixa de ferramentas
3	12/03	Psicomotricidade	Motricidade	Promoção da motricidade através da dança	Música
4	17/03	Módulo Cognitivo	Jogar com as palavras	Estimular a memória, comunicação verbal e integração dentro do grupo. Incentivar o pensamento e o raciocínio lógico.	
5	19/03	Psicomotricidade	Flexibilidade	Realização de aquecimento muscular. Exercícios de musculação dos membros inferiores e	Música Bola

				superiores em posição sentada e com bola. Realização de exercícios de musculação simples, em pé com auxílio da cadeira.	Cadeiras
6	26/03	Psicomotricidade	Motricidade	Continuação dos exercícios realizados na sessão anterior com elevada dificuldade.	Música Bola Cadeiras
7	31/03	Módulo Cognitivo	Biografia de acontecimentos positivos	Estimulação e manutenção cognitiva: memória a longo prazo.	Cartolina Marcadores
8	02/04	Psicomotricidade	Obstáculos	Realização de exercícios de marcha com obstáculos.	Cadeiras
9	07/04	Módulo Social	Círculo para partilhar	Trabalhar a capacidade de expressão; partilhar ideias, sentimentos e experiências; apoiar, manter e estimular a comunicação entre os idosos; desenvolver a capacidade de escuta e atenção; criar confiança no grupo; e favorecer o conhecimento mútuo.	Depende do tema a debater: profissões
10	09/04	Psicomotricidade	Motricidade	Realização de exercícios maioritariamente de marcha com dificuldade acrescida.	Cadeiras
11	16/04	Psicomotricidade	Motricidade	Continuação dos exercícios realizados na sessão anterior.	
12	21/04	Módulo Emocional	Jogo das Cores	Conhecer melhor os outros; mostrar as semelhanças e dissemelhanças existentes entre as pessoas; permitir uma	Papeis coloridos ou papel branco

				primeira abordagem às emoções; e possibilitar uma forma lúdica de falar sobre como se sentem.	Canetas coloridas
			Roda positiva	Aumentar o pensamento positivo e agradecer	
		Psicomotricidade	Motricidade fina	Recurso dos papéis coloridos da atividade "Jogo das Cores" com o objetivo de promover a criatividade, motivação, sentimento de inclusão, sentimento de partilha e treino de motricidade fina	Papéis coloridos Tesouras Cola
13	30/04	Psicomotricidade	Motricidade	Inclusão de exercícios de memória com a motricidade.	Cadeiras Bolas
14	05/05	Módulo Social	Apresentação de novos membros Roda com novelo – Os quatro elementos	Inclusão de novos membros no grupo Habilitar os reflexos físicos para pegar a bola, e mentais para responder à pergunta. Melhorar a coordenação do movimento e do pensamento ao trabalhar o aspeto cognitivo dos participantes. Trabalhar/recordar (através da repetição) o nome dos participantes. Proporcionar um momento lúdico.	
		Módulo Emocional	Como saio da cama de manhã	Promoção de debate sobre as dificuldades de mudança. Reflexão entre motivação-plasticidade cerebral-mudança.	
15	07/05	Psicomotricidade	Motricidade	Realização de circuitos de diferentes tipos de marchas.	Cadeiras
16	12/05	Módulo	Qualidades	Favorecer o conhecimento interpessoal num grupo;	Folhas de papel

		Emocional		favorecer o pensamento positivo; fomentar a autoestima de uma forma lúdica; provocar uma situação grupal positiva.	Esferográficas
17	14/05	Psicomotricidade			
18	19/05		Encerramento	Despedida e entrega e um postal representativo das metas atingidas ao longo do programa	

FOLHA DE SUMÁRIOS

Designação do Programa: Promoção de Competências

Nome da Sessão:

Nome das Formadoras:

Local: Pró Alcântara

	SUMÁRIO
Data: **Horário:** Terça-Feira das 14h30 às 15h30	

FOLHA DE PRESENÇAS

Designação do Programa: Promoção de Competências

Nome da Sessão:

Nome das Formadoras:

Local: Pró Alcântara

Nome dos Formandos	Esteve Presente	
	Sim	Não

Anexo C

JUNTA DE FREGUESIA DE ALCANTARA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

MESES DE SETEMBRO – NOVEMBRO 2014

Técnicos Responsáveis:

Ana Martins (Psicóloga Estagiária) | E-mail: anafmmartins@hotmail.com

Rita Santos (Psicóloga Estagiária) | E-mail: ritinhasantospsi@hotmail.com

Este relatório de actividades apresenta-se como uma síntese do trabalho realizado na Freguesia de Alcântara, no decurso das visitas domiciliares pela equipa estagiária de Psicologia Clinica, nas datas compreendidas entre 22 de Setembro a 27 de Novembro de 2014. Decorrente do programa Intergerações da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa em parceria com a Junta de Freguesia de Alcântara, as visitas domiciliares propunham-se a inquirir a população com mais de 65 anos, não institucionalizada, sobre os problemas e dificuldades que enfrentam diariamente.

Nos meses de Setembro a Novembro, a equipa de psicólogas clinicas adoptou uma postura observadora e a abordagem de cariz social nas visitas domiciliares permitindo perspectivar que, embora estejam na sua residência existe risco psicossocial nomeadamente por ausência de apoio familiar, exprimindo um grande sentimento de solidão, devido ao isolamento. Os principais motivos de sinalização e encaminhamento para as entidades competentes relacionam-se com a depressão, ansiedade, auto-estima, luto e perdas significativas, violência conjugal, dificuldades profissionais, vulnerabilidade económica, doença/dependência física, ausência de condições habitacionais adequadas, ausência de retaguarda familiar e ou vicinal. Porém reforçamos que não foi efectuada uma avaliação que permita criar um diagnóstico psicossocial da população idosa de Alcântara.

Desta forma, importa ter em conta que os sentimentos de melancolia advêm de episódios específicos, desaparecendo em alguns dias ou se, efectivamente intervêm na conduta dos indivíduos, ultrapassando várias semanas. Os sintomas da depressão manifestam-se através da insónia, letargia, anorexia, isolamento social e grande enfraquecimento da auto-estima. A depressão no idoso está muitas vezes associada a acontecimentos traumáticos de vida como por exemplo, o estado de viuvez e consequentemente o luto. Consideramos que a depressão não deve ser menosprezada, quer pela pessoa idosa que a experiencia, quer pelos familiares, quer pelos técnicos, uma vez que esta não faz parte do processo de envelhecimento, pode ocorrer em qualquer fase da vida.

Termino o período de observação, com a perspectiva clara sobre a disponibilidade e motivação por parte dos habitantes, a equipa de estagiárias de Psicologia Clinica compromete-se a transmitir toda a informação recolhida através do questionário “SF-36 v2 - MOS Short Form Health Survey – 36 Item (version 1) ”. Permite medir e avaliar o estado de saúde de populações e

indivíduos com ou sem doença, monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

Estão disponíveis valores normativos para a população em geral, assim como valores normativos por género, idade, estado marital, nível de instrução e tipo de ocupação.

Anexo D

Protocolo de Consentimento Informado

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo de caso da autoria de Ana Rita de Alcobia Santos (Aluna da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa) orientado pelo Professor Doutor António Rebelo no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome_____

Assinatura_____

Data ___/___/___

Anexo E

Inventário Depressivo de Beck (BDI)

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que melhor descreve a forma como se tem sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tenha o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
   1 Eu sinto-me triste.
   2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
   3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
   1 Eu sinto-me desanimado quanto ao futuro.
   2 Acho que nada tenho a esperar.
   3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
   1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
   2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver são fracassos.
   3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
   1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
   2 Não encontro um prazer real em mais nada.
   3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
   1 Eu sinto-me culpado às vezes.
   2 Eu sinto-me culpado na maior parte do tempo.
   3 Eu sinto-me sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja a ser punido.
   1 Acho que posso ser punido.
   2 Creio que vou ser punido.
   3 Acho que estou a ser punido.

7. 0 Não me sinto dececionado comigo mesmo.
   1 Estou dececionado comigo mesmo.
   2 Sinto nojo de mim.
   3 Eu odeio-me.

8. 0 Não me sinto pior que os outros.
   1 Sou crítico em relação a mim devido às minhas fraquezas ou erros.
   2 Eu culpo-me sempre pelas minhas falhas.
   3 Eu culpo-me por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
   1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
   2 Gostaria de me matar.
   3 Eu matava-me se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
    1 Choro mais agora do que costumava.
    2 Agora, choro o tempo todo.
    3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
    1 Fico irritado mais facilmente do que costumava.
    2 Atualmente sinto-me irritado o tempo todo.
    3 Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
    1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
    2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
    3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
    1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
    2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
    3 Não consigo tomar decisões.

14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
    1 Preocupo-me com a minha aparência mais velha.
    2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
    3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
    1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
    2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
    3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto é hábito.
    1 Não durmo tão bem quanto costumava.
    2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que é hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
    3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente a tentar perder peso, a comer menos: SIM ( ) NÃO ( )

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo F

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota:____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota:____

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

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:____

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

"Agora peco-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota:____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)
"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)
a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:
Relógio ____
Lápis_____

Nota:____

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

Nota:____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.
Pega com a mão direita____ Dobra ao meio _____
Coloca onde deve____

Nota:____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.
Fechou os olhos____

Nota:____

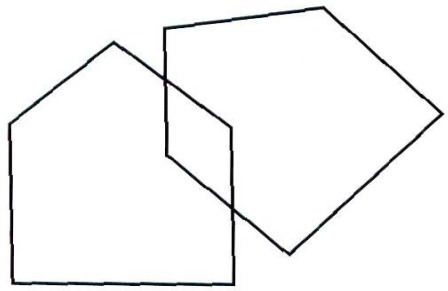
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:____

TOTAL(Máximo 30 pontos):____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos
• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo G

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Instruções: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. **Actividades violentas**, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. **Actividades moderadas**, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia	1	2	3
d. Subir **vários** lanços de escadas	1	2	3
e. Subir **um** lanço de escadas	1	2	3
g. Andar **mais de 1 Km**	1	2	3
h. Andas **várias** centenas de metros	1	2	3
i. Andar **uma** centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o **tempo gasto** a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez **menos** do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve **dificuldade** em executar o seu trabalho ou outras actividades (por	1	2	3	4	5

exemplo, foi preciso mais esforço)

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o **tempo gasto** a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez **menos** do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades **menos** cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5

h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Anexo H

Lista de Sintomas de Hopkins-Revista
SCL-90-R

Nome:_____ **Data**: __/__/____

Instruções:
Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE _____ INCLUÍNDO O DIA DE HOJE. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). não deixe nenhuma pergunta por responder.

Até que ponto foi perturbado pelos seguintes sintomas:	**Nunca 0**	**Pouco 1**	**Moderadamente 2**	**Bastante 3**	**Extremamente 4**
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tensão interior					
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de desmaio ou tonturas					
5. Perda de interesse ou apetite sexual					
6. Sentir-se criticado pelos outros					
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado com a sujidade ou a falta de cuidado					
11. Sentir-se facilmente irritado ou zangado					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Choro fácil					
21. Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas (cruzes)					
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas					

Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:	**Nunca 0**	**Pouco 1**	**Moderadamente 2**	**Bastante 3**	**Extremamente 4**
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado em demasia					
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para certeza que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldades em tomar decisões					
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação que falta o ar)					
49. Afrontamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensações de cabeça vazia					
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiros) no corpo					
53. Nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso ou aflito					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito					
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções, como tocar, contar ou lavar-se					

Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:	**Nunca 0**	**Pouco 1**	**Moderadamente 2**	**Bastante 3**	**Extremamente 4**
66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema					
71. Sentir que tudo constitui um esforço					
72. Ataques de terror ou de pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigada pelos seus pecados					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo de grave está a acontecer no seu corpo					
88. Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente					

Anexo I

STAI

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira c**omo se sente agora**.

	nada	um pouco	modera-damente	muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente habitualmente**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente habitualmente**.

	quase nunca	algumas vezes	frequente-mente	quase sempre
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto-me falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Estou "calmo, fresco e concentrado"	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Estou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamento que me perturbam	1	2	3	4
32. Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
38. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afasta-las da minha mente	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

Anexo J

Psicologia Clínica em Instituição Particular de Solidariedade Social

Ana Rita Santos, Ana Filipa Martins, António Rebelo, Túlia Cabrita e Tânia Gaspar

Universidade Lusíada de Lisboa

Resumo

A presente comunicação tem por objetivo a apresentação do estágio académico efetuado na Instituição Particular de Solidariedade Social, Pró-Alcântara. Este estágio incide em várias estratégias como a Avaliação Psicológica, Aconselhamento, Psicoterapia de Apoio, Promoção de Saúde e Intervenção Comunitária ao nível da integração social. Intercede em uma população maioritariamente idosa (acima dos sessenta e cinco anos), isolada, com redes de suporte social e familiares precárias, com sinais de dependência no que refere a alguns serviços, nomeadamente de saúde. O presente estágio tem como objetivos conhecer e compreender as necessidades do foro psicológico referentes à população alvo da instituição, a realização de sessões de Aconselhamento Psicológico e Psicoterapia de Apoio, a Avaliação Psicológica e por fim, a implementação de um programa de promoção de competências, por forma a consolidar o bem-estar psicológico da população intervencionada.

Palavras-chave: psicologia clínica, idoso, promoção saúde

Abstract

Clinical psychology in Institution of Social Solidarity

The present communication has for objective the presentation of a scholar apprenticeship made in the Institution of Social Solidarity, Pró-Alcântara. This apprenticeship happens in several strategies as the Psychological Evaluation, Conselling, Psychotherapy of Support, Promotion of Health and Community Intervention at the level of the social integration. It is focus in a senior population (above the sixty five years), isolated, with lack of social and family support, with dependence signs in what refers the some services, namely of health. The present apprenticeship has as objectives knows and understand the psychological needs regarding the population of the institution, the accomplishment of sessions of consellingand support psychotherapy, the psychological evaluation and finally, the implementation of a program of promotion of competences, to consolidate the psychological well-being of the population.

Key-Word-: psychology clinical, senior, promotion health

A psicologia clínica, dentro de um panorama social e comunitário trabalha diferentes vertentes. Desde a avaliação psicológica, passando pelo aconselhamento e a psicoterapia de apoio, terminando na promoção de saúde, com o objetivo primordial de promover, prolongar e manter o bem-estar do sujeito. Todos passamos por dificuldades, angústias e tristezas, sendo o apoio psicológico um dos maiores fatores de promoção de saúde. Concordemos assim que a psicologia clínica pode ser uma mais-valia no auxílio da diminuição e alívio destes sentimentos de cariz negativo. O psicólogo clínico, nas suas várias áreas de ação presta orientação ao ajuste social e afetivo/emocional, principalmente em populações que apresentam dificuldades. Atualmente o seu papel adquire cada vez mais importância perante as dificuldades pessoais dentro de um ambiente económico e social acrescidamente complicado. Perante estas adversidades começaram a surgir cada vez mais associações de solidariedade social com o propósito de ajuda ao próximo, contexto no qual o psicólogo se insere.

No decorrer do estágio académico realizado na Instituição Particular de Solidariedade Social, Pró-Alcântara foram conduzidas atividades dentro das diversas intervenções da psicologia clínica. Respeitando o objetivo geral da própria associação, sendo o combate à solidão, isolamento e dependência física, em uma população idosa. Foram concretizadas atividades dirigidas a esta população por forma a promover o seu bem-estar e as suas capacidades.

Dentro das competências adquiridas foram efetuadas avaliações psicológicas utilizando uma combinação de técnicas com o objetivo de estabelecer hipóteses acerca da pessoa, do seu comportamento, personalidade e capacidades. Para a avaliação psicológica fez-se uso de diferentes técnicas, como testes psicométricos, entrevista e observação. Para além de avaliações realizou-se sessões de aconselhamento procurando facilitar uma adaptação mais satisfatória à realidade, otimizando recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia.

Aprofundadamente, em resposta a pedidos expressos pela associação ou pelos utentes, foram conduzidas sessões de psicoterapia de apoio, uma intervenção dinâmica e limitada no tempo com objetivos definidos em conjunto com o cliente na procura de um equilíbrio psicológico e afetivo.

A nível da intervenção comunitária trabalhou-se um programa de competências pessoais e sociais ao qual se integrou a componente psicomotora. Portanto foram constituídas sessões em grupo respeitando diferentes módulos: cognitivo, social, emocional e psicomotor. No âmbito do cognitivo pretendeu-se manter e melhorar as capacidades mentais, através de estimulação de processos cognitivos básicos, nomeadamente a memória, a linguagem, a evocação, a atenção e a orientação. No social procurou-se desenvolver a capacidade de comunicação e de relação com os outros, facilitando a convivência e o sentimento de pertença a um grupo, permitindo a troca de opiniões, ideias e sugestões.

Através do incentivo de pertença a um grupo proporcionou-se a troca de sentimentos e experiências permitindo um maior grau de conhecimento sobre si mesmo e os restantes membros do grupo, concretizando assim o módulo emocional. Neste módulo foi também possível melhorar a autoestima, os relacionamentos e os pensamentos, estimulando aspetos positivos. Em último, o módulo psicomotor intentou a maximização do potencial psicomotor nos utentes assim como a reorganização mental, passando pela verbalização culminando na integração da pessoa como ser biopsicossocial.

Na tentativa de transportar pensamentos negativos em positivos, utilizou-se datas culturalmente significativas transformando-as em eventos lúdicos com objetivos terapêuticos. No decorrer do dia do idoso, de forma a promover os pontos positivos da velhice, fez se a entrega de flores feitas de raiz, cada uma contendo palavras motivacionais (p.ex.: ser idoso é… sabedoria, partilha, experiência, coragem, entre outros). Durante a época natalícia, complicada para esta população, realizou-se uma venda de natal com artigos feitos pelos utentes, numa tentativa de instituir-lhes o sentimento de pertença.

Pelo facto de a associação fazer parte da freguesia de Alcântara e de corresponder a uma das respostas às necessidades da população, provenientes da junta de freguesia, a Pró-Alcântara participou na recolha de alimentos para um cabaz solidário. Este cabaz tinha a intenção de ajudar famílias carenciadas, incluindo alguns utentes da própria associação. No seguimento desta colaboração, foram conduzidas visitas domiciliares com duas vertentes:

- Em primeira instância, para avaliar as necessidades sociais e psicológicas da população com mais de 65 anos, residentes na freguesia de alcântara, com o fim de ofertar respostas possíveis;
- Em segunda instância, com o objetivo de promover a instituição Pró- Alcântara.

Em suma, dentro das diferentes formas de intervenção da psicologia clínica em contexto comunitário, devido ao acréscimo constante das necessidades da população, existem determinados objetivos a cumprir respeitantes a este mesmo contexto. Apesar desta constatação, foi possível corresponder com êxito às intervenções propostas no início do presente estágio académico, sendo notória a evolução da população trabalhada.

Anexo K

MENTE SÃ, CORPO SÃO

Vamos todos juntos praticar a mente e o corpo para uma vida mais ativa

"A idade não é a que a gente tem, mas a que a gente sente."

Gabriel García Márquez

Horário

Terças-feiras
das 15h00 às 16h00
Quintas-feiras
das 10h30 às 11h30

Local

Associação de Solidariedade e Apoio Social
Pró Alcântara

Vamos encontrar-nos todas as semanas durante os próximos 2 meses, 2 vezes por semana para compreendermos e treinarmos as nossas capacidades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras.

Estagiárias de Psicologia Clínica: Rita Santos / Filipa Martins

Anexo L

VENDA DE NATAL
PRO-ALCANTARA
UMA PRENDA PARA OS SEUS, UMA AJUDA PARA OS OUTROS
SÁBADO, 29 NOVEMBRO
10:00 - 21:00
CAPAS DE LIVROS
PULSEIRAS
BOLSAS EM TECIDO
CACHECOIS
E MUITO MAIS ...
MAIS INFORMAÇÕES 934 773 124
RUA FILINTO ELISIO 18B, 1300-247 LISBOA
PARCEIRO MIMOS

Anexo M

“Nada é impossível
para um coração cheio de vontade”