Universidades Lusíada

Oliveira, Sílvia Marta de, 1983-

Psicologia clínica no contexto institucional

http://hdl.handle.net/11067/2238

Metadados

Data de Publicação 2016-04-27

Resumo O presente trabalho tem como finalidade descrever o estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica realizado na Junta de Freguesia de Alcântara. Esta instituição trabalha em parceria com duas instituições de solidariedade social, nomeadamente a Instituição Pró-Alcântara e a Associação Alkajuda, sendo que a população-alvo deste trabalho se encontra na faixa etária igual dos 65 anos ou superior. O estágio permitiu a aplicação da teoria retida até então de forma realista e o contato direto co...

Palavras Chave Idosos - Psicologia, Psicologia clínica - Prática profissional, Alcântara. Junta de Freguesia - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-16T19:28:01Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

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 no contexto institucional

Realizado por:
Sílvia Marta de Oliveira
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.ª Doutora Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden

Relatório aprovado em: 23 de Novembro de 2015

Lisboa

2015

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 no contexto Institucional.

Sílvia Marta de Oliveira

2ª Versão

Lisboa

Agosto, 2015

Sílvia Marta de Oliveira

Psicologia Clínica no contexto Institucional.

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 obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Professora Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora do estágio: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientador de estágio: Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Lisboa

Agosto, 2015

Sílvia Marta de Oliveira

Psicologia Clínica no contexto Institucional.

Lisboa

Julho, 2015

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar à minha Mãe por tudo o que fez por mim e principalmente pelo exemplo excecional que é e que tornou de mim a pessoa que sou, todo o apoio e carinho que me faz manter ativa.

Agradeço aos meus amigos pelo apoio incondicional, companheirismo e motivação que foram e são ingredientes essenciais para o mantimento destas relações.

Agradeço aos meus colegas de turma por toda a dedicação e colaboração no percorrer desta caminhada de 5 anos.

Agradeço ao meu psicólogo pela ajuda essencial na organização de pensamentos, fazendo com que me tenha tornado mais consciente principalmente nos momentos de fraqueza e desanimo.

Agradeço à supervisão e orientação ao longo deste ano de estágio, o apoio prestado que se tornou essencial para ter conseguido chegar até aqui.

E agradeço aos professores que me acompanharam ao longo desta aprendizagem desde o primeiro ano até agora, pela dedicação, motivação e acompanhamento essenciais para manter a vontade de concluir este processo de aprendizagem.

“Uma das mais belas compensações da vida

consiste em ninguém poder tentar sinceramente

ajudar o outro sem se ajudar a si próprio”

Ralph Waldo Emerson 1803-1882

Resumo

O presente trabalho tem como finalidade descrever o estágio académico do Mestrado em Psicologia Clínica realizado na Junta de Freguesia de Alcântara. Esta instituição trabalha em parceria com duas instituições de solidariedade social, nomeadamente a Instituição Pró-Alcântara e a Associação Alkajuda, sendo que a população-alvo deste trabalho se encontra na faixa etária igual dos 65 anos ou superior.

O estágio permitiu a aplicação da teoria retida até então de forma realista e o contato direto com a prática profissional em Psicologia Clínica, pois o estágio foi elaborado com o intuito de desenvolver a prática e a autonomia profissional do estagiário, de modo orientado, bem como do seu desenvolvimento pessoal.

O estágio teve como principais objetivos o conhecimento das instituições participantes e a compreensão das suas necessidades e características, bem como a realização de sessões de acompanhamento psicológico e avaliação psicológica dos utentes. Neste relatório são descritas todas as atividades realizadas, dando especial enfâse à apresentação de 2 casos clínicos e consequente, análise, descrição e discussão dos resultados

Palavras-chave: estágio, psicologia clínica, instituição, envelhecimento, isolamento.

Abstract

The present work describes the academic internship from the Masters in Clinic Psychology performed in Junta de Freguesia de Alcântara. This entity works in a partnership with two solidarity institutions, namely the Pró-Alcântara Institution and the Alkajuda Association, with a target population 65 years-old or greater.

The internship allowed the application of the theoretical concepts held until then in a realistically way and the direct contact with the practice in Clinic Psychology, as the intership was developed with the goal of developing practical and professional autonomy of the trainee, in a supervised way, as well as her personal development.

The main goals of this internship were the gathering and comprehension of these institutions' needs and internal functioning as well as the introduction of counseling sessions and psychological evaluation to the patients. Here are described all the performed activities, giving special emphasis to the presentation of two clinical cases and consequential analysis, description and discussion of the results.

Keywords: internship, clinic psychology, institution, ageing, isolation.

Lista de gráficos

Gráfico 1 Apresentação dos resultados do Symptom Checklist 90…….…...54

Gráfico 2 Apresentação dos resultados MOS Short Form Health Survey - 36 Itens %.....55

Gráfico 3 Apresentação dos resultados do MOS Short Form Health Survey - 36 Itens %.....71

Lista de tabelas

Tabela 1 - Visitas domiciliárias……33

Tabela 2 - Estudos de caso…….……39

Tabela 3 - Relação entre o nível de escolaridade e o valor obtido para se considerar a presença de defeito cognitivo…….……43

Tabela 4 - Resultados MMSE…….……55

Índice

Introdução.....1

Caracterização da Instituição.....2

Caracterização da população alvo…….....4

Enquadramento teórico 6

Psicologia clínica……..6

Psicoterapia de apoio de orientação cognitivo-comportamental…….……6

Psicologia comunitária……....9

Papel do psicólogo clínico e áreas de intervenção……..…..10

Apoio domiciliário a idosos……..……...10

Aconselhamento……...11

Técnicas……12

Perspetiva histórica e contextual do envelhecimento……14

Envelhecimento……...17

Tipos de envelhecimento……...……...20

Qualidade de vida na gerontologia……21

Fatores de proteção ……22

Envelhecimento ativo…..…….…24

Fatores de risco……..….....25

Isolamento social……..26

Solidão……..27

Depressão……29

Stress pós-traumático……..30

Ética e deontologia profissional……..31

Objetivos propostos……32

Método…….33

Participantes……....33

Instrumentos……...39

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)……40

Lista de Sintomas de Hopkins (SCL-90)……....41

Mini Mental State Examination (MMSE)……...42

Procedimento……..43

Estudos de caso……....46

Apresentação do caso Mário……..….46

Identificação…….....46

História de vida e condições de vida atual……..….47

História médica e de saúde……..…51

Perigosidade……...…..52

Análise e avaliação psicológica…….……..52

Hipótese diagnóstica e discussão do caso……...…….57

Metas do aconselhamento psicológico……....60

Resumo das sessões…….……61

Apresentação do caso Maria……..66

Identificação……..……....66

História de vida e condições de vida atual……...67

História médica e de saúde…….….68

Análise e avaliação psicológica…….……..69

Hipótese diagnóstica e discussão do caso……....72

Metas do aconselhamento psicológico……....74

Resumo das sessões……...…..74

Conclusão.....79

Reflexão Final.....80

Referências 82

Anexos…….……85

Apêndices……..….....93

Introdução

A realização deste relatório tem como objetivo a apresentação do trabalho e tarefas realizadas durante o estágio académico de Psicologia Clínica, realizado na Junta de Freguesia de Alcântara em parceria com a instituição Pró-Alcântara e Associação Alkajuda. Todo o trabalho aqui descrito foi efetuado junto de uma população idosa e maioritariamente carenciada.

Apresenta-se uma descrição das instituições referidas, a sua população-alvo e funções realizadas, bem como a atuação tida perante as dificuldades apresentadas.

Posteriormente, salienta-se um enquadramento das principais funções e atividades do psicólogo em contexto clínico, o quadro referencial teórico utilizado para o acompanhamento e intervenção psicológica, bem como a referência à psicologia comunitária como aspeto vital na população em causa. O apoio domiciliário tem um especial destaque e é particularmente descrito, pois é parte integrante da maior parte das tarefas realizadas neste estágio. O tema "Envelhecimento" e todos os aspetos inerentes a esta faixa etária são abordados, salientando-se a população referida com mais carências sociais, emocionais, familiares, económicas e psicológicas. É dada uma breve referência à ética inerente a cada ser humano e a cada ser humano dentro da profissão escolhida.

São discutidos objetivos propostos para a realização deste estágio bem como a metodologia utilizada, os seus participantes, instrumentos e sua descrição, finalizando com os procedimentos que refletem todas as tarefas realizadas em cada uma das 3 instituições.

Apresentam-se os casos que foram objeto de estudo, todo o trabalho realizado, resultados de avaliações e hipótese diagnóstica.

Por fim, surge a conclusão que será rebatida com a teoria e os objetivos propostos inicialmente, seguida de uma breve reflexão sobre todo este percurso académico.

Caracterização da instituição

O estágio curricular que me encontro a fazer tem como instituição principal a Junta de Freguesia de Alcântara, que atua em parceria com duas instituições de idosos nas quais também se insere o Estágio de Psicologia Clínica, sendo estas a Pró-Alcântara, associação de solidariedade e apoio social (IPSS) e a Associação Alkajuda.

A Junta de Freguesia de Alcântara tem 12943 eleitores e é constituída por 5 pelouros, nomeadamente:

- o pelouro da Segurança e Proteção Civil - Planeamento Urbanístico - Ambiente e Espaços Verdes - Espaço Público - Mobilidade - Saneamento e Higiene Urbana - Comunicação e Imagem, a cargo do Presidente da Junta, Davide Amado.

- o pelouro do Comércio e Turismo, a cargo da secretaria Teresa Costa.

- o pelouro das Finanças e Património - Desporto e Coletividades, a cargo do tesoureiro Bruno Miguel.

- o pelouro dos Recursos Humanos - Cultura - Instalações e Equipamentos e Juventude, a cargo da Vogal Ana Margarida Morais.

- e o pelouro de Acão Social - Educação e Instalações Sociais, a cargo da Vogal Fernanda Coelho.

É neste último que se insere o Estágio de Psicologia Clínica. Este pelouro divide funções em quatro vertentes, sendo o primeiro responsável pelo acompanhamento de casos socias, gestão de protocolos e parceiros estratégicos e é responsável por toda a componente de educação. O segundo é responsável pelos atendimentos sociais, visitas domiciliárias, triagens, acompanhamentos e encaminhamentos, campanhas específicas e procura de emprego em atendimento. O terceiro é responsável pela comissão social de freguesia, elaboração das propostas (apoios financeiros e pedidos), acompanhamento de

estágios e bolsa de voluntários. Por fim o último é responsável pela procura ativa de emprego/formação, elaboração de CV´s, atividades comunitárias e análises sociais.

O pelouro de Ação Social auxilia um total de 1410 pessoas, das quais 46 são crianças até aos 3 anos, 268 são crianças dos 3 aos 10 anos, 113 jovens do 10 aos 18 anos, 716 adultos dos quais 355 são despregados e, por fim, 267 idosos em acompanhamento.

A Junta de Freguesia de Alcântara atua com pareceria com duas instituições de idosos nas quais também se insere o estágio de psicologia clinica.

Sendo elas a Pro Alcântara, Associação de Solidariedade e Apoio Social (IPSS) e a Alkajuda, as duas sendo instituições sem fins lucrativos.

A Pró-Alcântara é uma entidade que se move no sentido de bem-fazer, de promover o melhor bem-estar das pessoas idosas, com maiores dificuldades ou carências, sejam elas físicas, mentais ou socias, tentando proporcionar-lhes o melhor nível de vida possível. Como principais objetivos permitir a independência, a autonomia, um melhor entendimento familiar, eliminar o isolamento e todas as problemáticas que daí advêm.

Em suma, pretende promover, tanto quanto possível, a alegria de bem-viver e a entreajuda entre os seres humanos, sensibilizando especialmente os cuidados necessários a esta faixa etária que por muitos é desvalorizada.

Esta instituição tem referenciados 174 idosos, presta apoio domiciliário e acompanhamento a 37 famílias e apoia com géneros alimentares ouras 33 famílias. E é constituída por uma equipa multidisciplinar onde se insere animação social, psicologia clínica, assistência social, coordenação de projetos, voluntariado e parcerias.

A Associação Alkajuda insere-se numa zona problemática da Freguesia de Alcântara (Alvito Velho), referenciada pelo tráfico de droga e isolamento social

provocado pelo mesmo. Tem como principais preocupações a integração social, o desenvolvimento pessoal e social da mesma população, bem como desenvolver, melhorar competências, modificar estilos de vida e pensamentos e desmistificar rótulos atribuídos à população sénior.

Todo este desenvolvimento é feito pela instituição através de varias formas de recreio e lazer que oferece, o que promove a socialização entre a população. Existe também uma interligação de métodos utilizados onde, por exemplo, se juntam várias faixas etárias na realização das mesmas atividades ou atividades conjuntas. A realização de atividades entre, crianças e idosos promove uma maior sensibilização por parte das crianças em relação a essa faixa etária e uma aprendizagem e melhor qualidade de vida por parte dos idosos.

Esta instituição presta também apoio domiciliário e acompanhamento e apoio social bem como psicológico. Conseguiu apoio para o seu funcionamento através do programa BIP/ZIP - Parcerias Locais, de onde resultam os 39 projetos melhor classificados e que foram alvo de aprovação pelo município. De momento apoia cerca de 25 idosos e recebe perto de 15 crianças apresentando-se em fase de crescimento.

Caracterização da população-alvo

As três instituições têm como população-alvo as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, a população idosa, embora as atividades dêem suporte a população de todas as idades.

Para da Junta de Freguesia de Alcântara, a população destinada não tinha características particulares definidas a não ser a faixa etária. Correspondia a população identificada pelo Programa Intergerações efetuado pela Santa Casa da Misericórdia, que, por sua vez, encaminha para as juntas de freguesia a população carenciada, com o objetivo de iniciar um acompanhamento de necessidades, tendo em conta a maior

preocupação que esta faixa etária implica. A mesma, apresenta pelo menos três características semelhantes: - a idade, a solidão/isolamento e a doença, seja ela física ou psicológica. Trata-se então de uma população envelhecida que demostra, na sua maioria, carências ao nível afetivo, de alimentação, condições de vida, sociais ou na rede de suporte.

Na instituição Pró-Alcântara, a intervenção também é feita em população com a mesma faixa etária e com apresentações de carências semelhantes. Verifica-se, no entanto, um acréscimo da solidão e isolamento associados à fraca mobilidade e, na sua maioria, mantida pela existência excessiva de barreiras arquitetónicas.

A Associação Alkajuda, ao nível da mesma faixa etária, apresenta semelhanças significativas nas carências, com o acréscimo de estar inserida numa zona problemática e, por esta razão, ser mais vulnerável à criação e desencadeamento de problemáticas.

Em simultâneo mostra-se com menor abertura ao apoio externo devido à falta de crença na recuperação social, inerente a uma zona problemática como a em causa.

Enquadramento teórico

Psicologia clínica

A Psicologia Clínica foi denominada como uma subárea da psicologia, sendo o seu principal impulsionador Sigmund Freud. Embora não fosse a sua principal área de interesse, este iniciou a valoração do que dizia ser os males de espírito no comportamento do homem físico, levando ao início do estudo e tratamento do comportamento humano e suas disfuncionalidades. (Namora, 1997).

A Psicologia Clínica incide sobre toda e qualquer faixa etária do ser humano, sendo o seu propósito avaliar, diagnosticar e dar tratamento a distúrbios, patologias e disfunções (Pedinielli, 1999). É considerada pela prática e pelo conjunto de teorias e metodologias utilizadas.

Em 1909, foi criada uma clínica para tratamento infantil, surgindo posteriormente outras no sentido de prevenção de patologias ou distúrbios na idade adulta. Posteriormente, foi utilizada pelo exército na sequência da primeira guerra mundial para tratamento de perturbações e/ou disfunções causadas nos seus participantes, devido a toda a envolvência e consequência da vivência em causa. Atualmente, é a área com maior número de cuidadores (Schultz & Schultz, 2009).

A sua prática verifica-se essencialmente em contexto hospitalar, clínicas particulares, escolas, empresas e todo e qualquer contexto que envolva pessoas, relacionamento e vivências entre as mesmas (Pinto, 2001).

Psicoterapia de apoio de orientação cognitivo-comportamental

A psicoterapia de apoio é, de entre as psicoterapias, a mais comum, sendo realizada por profissionais com as mais variadas orientações teóricas. Embora não decorra de nenhuma escola específica, é a única intimamente ligada ao trabalho do

psicólogo clínico, sendo também a mais utilizada em instituições, por ser, mais uma vez, das únicas que consegue chegar a todo o tipo de população (Leal, 1999).

A base para o sucesso da psicoterapia de apoio é o apoio emocional, pois sem este a ajuda psicológica não existe, bem como o insight, ou seja, o autoconhecimento, para que a pessoa consiga por si mesma passar a compreender-se. Esta psicoterapia é indicada para sujeitos que estejam particularmente fragilizados, pouco motivados e que estão centrados no sintoma e no sofrimento que o mesmo acarreta (Pedinielli, 1999).

Os seus principais objetivos constituem o alívio dos sintomas, o reforço das defesas e da própria identidade, a melhoria na capacidade avaliativa da própria realidade, aumento ou melhoria dos mecanismos de adaptação, desbloqueio no processo de crescimento e autonomia pessoal e o restabelecimento, acima de tudo, do equilíbrio psicológico (Leal, 1999).

O aumento da autoestima equilibrado pelas realizações que são alcançadas, a prevenção das recaídas e a transferência do apoio necessitado para membros mais próximos como a família e amigos, ou instituições no caso da falta de rede de suporte social, são também objetivos que esta psicoterapia pretende alcançar com a sua aplicação (Block, 1999).

A psicoterapia cognitiva foi incrementada por Aron Beck como psicoterapia breve nos anos 60, com a intenção de modificar comportamentos e pensamentos que pudessem apresentar disfunções e com o objetivo principal de resolução de problemas (Beck, 1997).

A psicoterapia comportamental é introduzida por Joseph Wolpe nos Estados Unidos com a intenção de criar um bloqueio à ansiedade, ou seja, através da capacidade de criar ou introduzir no paciente um estado completamente distinto da mesma que possa levar à redução ou eliminação desta (Wolpe, 1958 cit. por Beck, 1997).

No seu conjunto, a psicoterapia cognitivo-comportamental refere-se aos sintomas como comportamentos que se foram apreendendo e se mantiveram ou mantêm através do reforço (Pedinielli, 1999).

A base da terapia cognitivo-comportamental suporta a ideia de que as sensações e comportamentos de cada um serão definidas pelas próprias cognições e crenças que o individuo tem em relação a si, ao mundo e ao futuro, a chamada tríade cognitiva. Neste sentido, o objetivo do profissional é conseguir introduzir uma mudança no comportamento e pensamento dos pacientes (Cordioli et al.,2009).

Revela-se importante a definição dos conceitos fundamentais que baseiam esta terapia, as cognições que se refere ao processo de pensar e tudo que envolve o mesmo ato. Os pensamentos automáticos, que surgem de uma forma repentina e inesperada, como resposta a acontecimentos que são causados pelo meio ambiente e causam mal-estar significativo, bem como as crenças que são ideias ou pensamentos tão absolutos que são considerados como reais e que impedem a satisfação do indivíduo (Gonçalves, 1993).

As técnicas fundamentais desta terapia incluem levantamento dos dados, ou seja, o levantamento do problema e suas características como data de início, a frequência, se já houve ou não tentativas de resolução dos mesmos e quais os seus desencadeadores ou o que os mantém. Também pressupõe autoavaliação, que é feita através de anotações, registos e diários, onde o paciente coloca a sensação e os pensamentos que determinada situação lhe trouxe. Esta também pode ser relacionada com a resolução de problemas e tomada de decisões devido à capacidade que traz de apreensão em especificar o problema (Cordili et al., 2009).

O questionamento socrático que ajuda no sentido de definir a realidade das coisas através de uma exploração das ideias mais complexas, que levam à reflexão e por aqui

conseguir chegar de forma mais clara à tomada de decisão. Por fim, o relaxamento, introduzido pelo terapeuta com a finalidade de reduzir a ansiedade ou fatores que a provocam, é realizado através de vários exercícios como a respiração.

Em suma, a psicoterapia está centrada na identificação dos pensamentos, emoções e consequentes problemáticas comportamentais com vista à sua resolução (Beck, 1997).

Psicologia comunitária

A psicologia comunitária apareceu nos anos 70 visando a execução de trabalho específico com indivíduos em condições ambientais e sociais particulares, com a finalidade geral de busca do bem-estar, benefícios e melhorias nas relações sociais, relações entre a própria comunidade, maior ligação e aceitação das instituições que as amparam e, essencialmente, no aumento da consciência de comunidade. Este conceito foi, entretanto, ampliado para o sistema de saúde, educação, jurídico e institucional, na procura e promoção de respostas para as problemáticas apresentadas pela população. (Campos, 2005).

Em Portugal a Psicologia Comunitária inicia o seu salto nos anos 80, data em que se iniciam estudos e projetos de intervenção em várias zonas carenciadas do país. Estes abarcam várias problemáticas, desde intervenção nas necessidades e cuidados médicos, interligando à saúde mental, com os objetivos, entre outros, de prevenção do insucesso escolar relacionado a deficiência mental e intervindo nas fracas condições de habitabilidade que são vivenciadas por comunidades com estatuto socio económico mais fraco (González,1998).

Toda esta investigação e maior necessidade de estudo e intervenção nas comunidades cresce no início do século XX, com finalidade de maior apoio às mesmas e acima de tudo pela ampliação possível à sociedade em geral (Campos, 2005).

Papel do Psicólogo Clínico e áreas de intervenção

Essencialmente, o psicólogo clínico tem como principais funções a avaliação e diagnóstico e consequente tratamento das pessoas que apresentem problemáticas ao nível do comportamento, das emoções e sociais, bem como o ajustamento a cada uma delas (Pedinielli, 1999).

A faixa etária onde este intervém maioritariamente é na idade adulta, no entanto a psicologia clínica pode ser aplicada a qualquer idade onde se verifique a sua necessidade para tratamento de distúrbio, doença mental ou inadaptação a qualquer evento, situação ou meio (Pinto, 2001).

Lagache entendia que o diagnóstico seria a principal tarefa do psicólogo clinico. Com este dever-se-á conseguir uma descrição mais detalhada sobre a problemática apresentada pelo sujeito que dela padece e sua consequente clarificação, para um mais indicado tratamento.

A avaliação surge no sentido de identificar uma distinção do diagnóstico em contexto médico, tendo em conta uma maior profundidade de análise por parte da psicologia clínica.

Em suma, o psicólogo clínico faz avaliação, diagnóstico e intervenção nos processos mentais bem como as suas manifestações comportamentais (Pedinielli, 1999).

Apoio domiciliário a idosos

SAD, - serviço de apoio domiciliário, é a designação técnica referente ao apoio domiciliário. Este serviço vem sendo prestado essencialmente pelas instituições de solidariedade social sem fins lucrativos (IPSS). As mesmas são compostas por equipas multidisciplinares incluindo psicologia, serviço social e voluntariado. Entre funções de resposta a necessidades sociais, saúde, educação e apoio domiciliário, estas também prestam serviços de receção e distribuição de bens alimentares perante a população mais

carenciada, cuidados de higiene, pessoais, familiares e comunitários. Tem um função muito importante de animação e desenvolvimento de relações pessoais e lazer através das várias atividades que oferecem (Carvalho, 2012).

O serviço de apoio domiciliário vê como principal meta, através dos serviços prestados, um aumento de qualidade de vida das pessoas idosas, visto ser a população passível de maiores carências deste serviço, devido ao isolamento, carência afetiva e doença. Cuidados estes que têm sido alvo de maior personalização por parte do mesmo serviço, para que a autonomia seja cada vez maior e seja evitada a dependência (Sampaio, 2000).

Ainda na faixa etária dos idosos e tendo em conta a sua necessidade quase implícita, o serviço tenta atuar o máximo possível na redução de barreiras arquitetónicas, que agravam a dificuldade de locomoção principalmente quando há doença envolvida e consequente isolamento, por falta de apoio familiar. Neste sentido, o papel do serviço de apoio domiciliário é crucial para promover a consciencialização do sentido de vida, que pode ir sendo perdida nesta faixa etária, pela sensação de abandono e descrença nas relações humanas e entreajuda (Carvalho, 2000).

Aconselhamento

Este pode ser definido de várias formas, entre elas como um processo de aprendizagem que é realizado através de uma relação de ajuda prestada pelo conselheiro, que será um profissional que apresenta competências de ajuda interpessoal, visando uma facilitação para o paciente em obter um maior autoconhecimento, autonomia e bem-estar psicológico, para ser capaz de enfrentar e resolver problemas e dificuldades que se apresentam (Trindade & Teixeira, 2000).

O aconselhamento pode ser utilizado ou aplicado na doença crónica, deficiência, exclusão social e patologia do foro médico. É apresentado em dois tipos, o diretivo -

que é essencialmente orientado para a tarefa, ou seja, por meio de realizações práticas, nas adaptações do individuo a situações específicas como por exemplo o luto - e o não diretivo, ou rogeriano - que enfatiza a reflexão conjunta do que é dito pelo paciente, levando a uma maior e melhor aceitação e perceção por parte do mesmo (Bateman et al., 2003).

Os psicólogos vêm cada vez mais a utilizar o aconselhamento, não no sentido de dar conselhos, mas sim na busca da solução para o problema levantado, através da exposição verbal por parte do paciente, do problema apresentado com a intenção de que o mesmo perceba as consequências reais das decisões tomadas ou que pode vir a tomar (Pedinielli, 1999).

Neste sentido, é da maior importância referir que o aconselhamento é sem dúvida baseado numa relação de confiança, tendo o conselheiro o papel de acompanhar o indivíduo na gestão das várias dimensões do quotidiano, não tanto preocupado com a cura da doença, mas sim no desenvolvimento pessoal e autonomia, prevenção e bem-estar psicológico. Sendo que estas intervenções, na sua maioria, limitadas no tempo e focadas nos objetivos antes referidos (Woolf, 1996).

Por fim e distinguindo-se da psicoterapia, salienta-se o papel deste profissional que apresenta uma abordagem colaborativa e, efetua o acompanhamento da pessoa na situação, ou seja em campo, fazendo uma intervenção de ajuda menos profunda mas centrada na realidade concreta, tendo em conta o principal objetivo que é a mudança e manutenção do comportamento corretivo (Trindade & Teixeira, 2000).

Técnicas

Na resolução de problemas surgem duas vertentes ao nível do pensamento. Por um lado a situação que pode gerar a problemática, e o objetivo, ou seja, o problema em

si na situação atual e o fio condutor que leva à criação e consequente resolução do problema.

No qual pode ser apresentada um quebra, chamemos-lhe assim, através por exemplo de um desvio na condução desse fio que pode ser desencadeado por uma situação inesperada ou inevitável, criando assim a problemática (Gleitman et al.,2011).

Estes problemas apresentam-se em contexto de vida real e podem acarretar mudanças significativas na mesma. Cabe ao terapeuta, através da relação com o paciente, encorajá-lo na busca, por si mesmo, de soluções para minimizar a problemática, podendo inicialmente dar sugestões para o efeito, mas retirando a sua participação direta gradualmente à medida que se dá o avanço terapêutico (Beck, 1997).

Uma técnica que permite ao paciente ter a sensação de segurança e de que está a ser entendido pelo terapeuta é a reformulação. Esta, muitas vezes pode ser confundida com a clarificação. Distinguem-se pelo fato da clarificação ser uma técnica que permite melhorar a perceção do paciente em relação ao que vai dizendo, tornando-se o conteúdo mais esclarecedor e, em si próprio, mais consenciente, do que vai verbalizando. Já a reformulação vai permitir exatamente a mesma compreensão do que o paciente verbaliza, mas por parte do terapeuta, tornando o paciente mais confortável e empaticamente ligado por perceber que para além de se entender a ele próprio, também está a ser entendido. (Leal, 1999).

Os pensamentos automáticos, como o nome indica, são pensamentos que surgem de forma repentina, inevitável e negativos, normalmente desencadeados por fatores externos, como vivências, que provocam mal-estar significativo e são assumidos como realidades (Gonçalves, 2000). Aqui, a sua minimização, a reestruturação tem um papel crucial, pela possibilidade que o terapeuta tem de, no paciente, reorganizar o material que foi destruturado cognitivamente, levando-o, a chegar à significação positiva,

abolindo o domínio recorrente da negatividade e dos pensamentos automáticos (Leal, 1999).

A reestruturação cognitiva na sua essência tem o mesmo papel que a reestruturação, mas com o principal objetivo de modificação de comportamentos e emoções. Esta modificação é expectável que surja através da retificação das mesmas distorções cognitivas e substituição por pensamentos mais reais e com funcionalidade. Esta pode ser interligada com a psico-educação para que o paciente tenha uma noção real da problemática que o atinge, bem como a sua diminuição, o que torna mais clara esta mesma reestruturação para o próprio (Cordioli, 2008).

Perspetiva histórica e contextual do envelhecimento

Envelhecer é um processo natural inerente a qualquer organismo vivo. O Homem enquanto espécie viva, também envelhece, embora a forma como envelheça se distinga das outras espécies, especialmente por influência da cultura, meio, comunidade e noção própria da condição de vida (Tomás, 2012 cit. por Ramiro, 2013). Ao longo dos tempos, várias foram as formas de se encarar a velhice e o idoso. No Oriente por exemplo, o velho tinha estatuto de ancião, era respeitado e venerado pelos mais novos como fonte de conhecimento e sabedoria (Cruz et al., 2003 cit. por Rodrigues, 2013).

Com o passar dos séculos, por todo o mundo se tem assistido ao desenrolar da ciência e à sua conquista sobre os povos, hábitos, costumes e tradições. A sua evolução tem sido vertiginosa, o que tem propiciado o relegar da sabedoria dos mais velhos para segundo plano (Veras e Caldas, 2004 cit. por Dias, 2013). Do mesmo modo, o capitalismo nasceu, desenvolveu-se da e contribuiu para o desenvolvimento da ciência. Inundou a humanidade com as suas noções de produtividade e lucro, distanciando cada vez mais o idoso de um papel social significativo.

As capacidades de quem envelhece diminuem gradualmente, quanto aos requisitos de produção e competição, e numa perspetiva cruel, nos últimos anos, os velhos, têm sido associados a senis, inativos, fracos e inúteis para a sociedade – apelidados por alguns de peste branca e cancro social (Rosa, 1993; Martins e Santos, s/d cit. por Dias, 2013). Neste contexto social em que a velhice é caracterizada de forma depreciativa, e em que o idoso é tido como sinónimo de fracasso, doença e sofrimento, é natural que culmine com a exclusão, isolamento e crescentes sintomas depressivos (Aranha, 2007 cit. por Guerra e Caldas, 2010). É de certa forma irónico, que a progressão da ciência tenha propiciado um perspetiva deficitária quanto ao idoso, já que a mesma aumentou o tempo médio da vida humana em cerca de 30 anos apenas durante o séc. XX (Veras & Caldas, 2004 cit. por Dias, 2013).

Diz o provérbio que viver não custa, custa é saber viver e nesse sentido a ciência ainda não iluminou completamente o caminho quanto às diretrizes que possibilitem o viver melhor, já que viver mais não é necessariamente o mesmo que viver melhor (Laranjeira, 2007 cit. por Dias, 2013). Assim, as investigações que focam as condições e saúde dos idosos pautam-se da maior relevância pelo contributo que poderão propiciar ao conhecimento científico capaz de engrandecer os níveis de qualidade de vida após os 65 anos (Paúl el al., 2005 cit. por Dias, 2013). As pesquisas referentes a esta faixa etária são também pertinentes se for considerado o trajeto do crescimento demográfico. Verifica-se a nível mundial um envelhecimento demográfico agudo, uma diminuição drástica do peso das gerações mais novas a favor das gerações mais velhas (Bandeira, et al., 2012 cit. por Ramiro, 2012).

Nos anos 50, calculou-se que haveria cerca de 204 milhões de idosos em todo o mundo, em 1998 o número já ascendia para 579 milhões, e para 2025 a OMS prevê que o mundo tenha 1200 milhões de pessoas com mais de 60 anos (Carneiro et al., 2007 cit.

por Dias, 2013). Bernad (2008 cit. por Pereira, 2012) afirma que a Europa lidera esta tendência com uma estimativa para 2050 na ordem dos 33% de população idosa. Na sua particularidade, Portugal de 1960 a 1998 assistiu a um decréscimo de 35,1% na população mais jovem e um aumento de 114,4% relativamente à população mais velha.

Em 2002, haveria já 114 pessoas com mais de 65 anos por cada 100 jovens dos 0 aos 14 anos, e em 2004 constatava-se já uma população idosa a representar 16,5% da população e estimando-se que em 2020 atingisse os 18,1% (Fonseca & Paúl, 2008 cit. por Dias, 2013). Contudo, já os Censos de 2011 revelaram uma percentagem de 19,2% de pessoas com mais de 65 anos a viver em Portugal (INE, 2011 cit. por Pereira, 2012).

As Nações Unidas (world population ageing, 1959-2050 – economics and social affairs, 2001 cit. por Ramiro, 2012) previram para 2025 uma população de 1,8milhões de pessoas com mais de 100 anos a viver em Portugal, atingindo as 6.4milhões em 2050.

Assim sendo, prevê-se que Portugal seja, em 2060, o 4º país da União Europeia com maior percentagem de idosos numa proporção de 3 por cada jovem (Fonseca & Paúl, 2008 cit. por Dias, 2013). Segundo Bartolanza et al., (2003 cit. por Dias, 2013), esta alteração na estrutura demográfica portuguesa é consequência da alta fecundidade ocorrida no passado e, mais recentemente, do ocaso dos índices de fecundidade, explicados pelo nível e tempo de instrução cada vez maiores da mulher, que adia a idade com que se casam, o que acaba por ter impacto na época em que tem filhos e ainda, no número de filhos (Ramiro, 2012). Aspeto este suportado também, pelo aumento massivo da utilização de métodos contracetivos. Outra variável de peso na equação da dinâmica demográfica de Portugal é representada pelos avanços científicos na medicina, bem como das práticas pró-ativas na saúde biopsicossocial (Bartolanza et al., 2003 cit. por Dias, 2013), que se refletem no aumento da esperança média de vida (Ramiro, 2012) e na diminuição marcada do número de doenças e mortalidade ao longo da mesma

(Oliveira, 2010 cit. por Pereira, 2012). Para Ramos (2003), um dos maiores desafios da humanidade para o séc. XXI, prende-se com o cuidar de uma população idosa que ultrapassa os 800 milhões de indivíduos em todo o mundo, a maioria dos quais apresenta um estatuto socioeconómico baixo e uma elevada prevalência de doenças crónicas e/ou incapacitantes. Verifica-se que a população idosa está a aumentar de forma alarmante, quer a população que tem mais de 65 anos, como a população que tem mais de 80 anos, e que estão reunidas as condições para que esta tendência se mantenha por algumas décadas. Por isso, torna-se necessário uma intervenção mais direta junto deste grupo de pessoas (Castilho, 2010), ao nível individual e comunitário, e que a sociedade esteja preparada para prestar apoio aos idosos, dando resposta às necessidades destes e promovendo ainda, formas de garantir que as práticas durante o tempo de vida, individuais e sociais assegurem condições benéficas e congruentes à pessoa enquanto ser, (Afonso et al., cit. por Silveira, 2012) que se encontra a caminho de ou já num novo estádio de desenvolvimento.

Envelhecimento

Envelhecimento representa um processo de desenvolvimento que comporta um conjunto de fenómenos biológicos e psicológicos, cujos efeitos transformam o organismo quantitativa e qualitativamente. Estas alterações acompanham a pessoa ao longo de todo o ciclo de vida (Oliveira, 2010; Neri, 2007b; Fontaine, 2000 cit. por Pereira, 2012). Constitui uma experiência comum a todos os que têm o privilégio de viver vidas longas, sendo no entanto, muito diferenciado de pessoa para pessoa, influenciada pela natureza individual, pelo contexto de vida (Fonseca & Paúl, 2008; Rebelo, 2007 cit. por Dias, 2013) e pela desigualdade de condições de trabalho de cada um (Papaléo, 2002 cit. por Ferreira et al., 2010). Labouvie (1990 cit. por Pereira, 2012) propôs a distinção de 3 fases abrangidas pelo período da velhice.

Os idosos jovens (elderly) – dos 65 aos 74 anos, os idosos (aged) – dos 75 aos 84 anos e os muito idosos (very old) – a partir dos 85 anos de idade. A OMS adotou em 2009 (cit. por Pereira, 2012) a idade dos 65 anos como referência para a designação de pessoa idosa. Durante o processo de envelhecimento, o organismo atravessa um desequilíbrio sucessivo entre ganhos e perdas motivado essencialmente pelo declínio dos recursos biológicos (Schroots, 1995 cit. por Gonçalves et al.,, 2006). De tal forma que possibilitam uma maior ou menor vulnerabilidade e incidência dos processos patológicos, que podem e efetivamente transportam a pessoa até morte (Carvalho & Papaléo, 2006 cit. por Ferreira et al., 2011). Nem todos chegamos a velhos, e como já se apresentou, a forma e ritmo como alcançamos, esse estádio difere de pessoa para pessoa, o que conota um carácter subjetivo e pessoal do processo (Sequeira & Silva, 2002 cit. por Pereira, 2012).

Neste sentido, nasceram várias perspetivas na tentativa de explicar o processo de envelhecimento e o que lhe está associado. A perspetiva ecológica que defende que o envelhecimento resulta da interação entre o património genético e o ambiente circundante, fortemente relacionado com o contexto e a forma como a pessoa vive o seu projeto de vida. A perspetiva gerodinâmica, em que o envelhecimento deve-se a um conjunto de mudanças no declínio funcional de um órgão ou tecido, que por sua vez afeta os demais. A perspetiva do desenvolvimento que explica a velhice por meio das mudanças que ocorrem durante o tempo de vida, constatando a existência de uma elevada inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo (Sequeira, 2010 cit. por Pereira, 2012). A perspetiva multidimensional procura compreender o envelhecimento num panorama biopsicossocial, segundo o qual se desenrolam um vasto leque de mudanças aos níveis externo e interno da pessoa.

Nas manifestações biológicas externas, temos os exemplos da perda progressiva da elasticidade da pele (rugas e flacidez), a diminuição da mobilidade das articulações (com repercussões na força muscular e agilidade), o surgir dos cabelos brancos, a lentificação dos reflexos (Sequeira, 2010 cit. por Pereira, 2012), a modificação do esqueleto, o encurvamento postural devido às modificações na coluna vertebral (Torres & Marques, 2008 cit. por Dias, 2013). Nas manifestações biológicas internas, verificam-se exemplos como a diminuição da líbido e da atividade sexual, o declínio sensorial da acuidade auditiva, gustativa e visual), problemas cardíacos, alterações quanto à qualidade do sono, entre outras.

Ao nível psicológico a pessoa tende a perder motivação para planear o futuro, a desenvolver atitudes infantis como forma de receber afetos, novos medos como por exemplo a sobrecarga de familiares, solidão, morte, tendência ao isolamento, à hipocondria e à depressão, que por sua vez repercutem-se em mudanças de pensamento, emoções, atitudes e comportamentos. Também ao nível cognitivo se averiguam mudanças na memória de curto-prazo, no desempenho da atenção, na velocidade do raciocínio (Oliveira, 2010; Bernad, 2008 cit. por Pereira, 2012). Por fim inclui-se na definição, o envelhecer através da idade social, em que predomina a mudança do papel, estatuto e hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade.

Característica esta, fortemente influenciada pela cultura e história do país e que traduz indicadores de saúde familiar e social. Resumindo, o envelhecimento acarreta um conjunto de mudanças progressivas que implicam o declínio biológico, psicológico e social e que concomitantemente apresentam sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos característicos (DGS, 2004 cit. por Dias, 2013). Consequentemente destaca-se uma diminuição gradual da capacidade funcional, isto é, na capacidade para se realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, necessárias e suficientes para uma vida

independente e autónoma. A velhice comporta assim uma maior probabilidade de comprometer a participação e gestão do cuidar da própria saúde, das atividades prazerosas e das tarefas domésticas (Freitas et al., 2006; Guimarães & Cunha, 2004 cit. por Ferreira et al., 2011). Tantas e tamanhas são as mudanças implícitas que acabam por impor à pessoa vários ajustamentos (DGS, 2004 cit. por Dias, 2013).

Tipos de envelhecimento

Se por um lado existem vários caminhos para se atingir a idade sénior, a forma como se a alcança também é suscetível de ser tipificada. O envelhecimento patológico no qual a pessoa apresenta doenças típicas da velhice ou agravamento das que já possuía anteriormente a este estádio (Bernad, 2008; Neri, 2007ª cit. por Pereira, 2012).

O envelhecimento dito normal, pressupõe a experiência de um conjunto de alterações características e inevitáveis relacionadas com a progressão do organismo no tempo-espaço. Não apresenta implicações de maior nas atividades diárias senão as que a própria idade incute e revela no que respeita às mudanças graduais ao nível biológico, psicológico e social (Bernad, 2008 cit. por Pereira, 2012). No entanto, estudos revelam como nem sempre idosos portadores de doença crónica, ficam limitados por essa enfermidade, conseguindo manter um estilo de vida dentro do normal, com as mesmas controladas e expressando satisfação para com a vida (Ramos, 2003).

O que consolida a definição de envelhecimento saudável, compreendida pela interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica (Pereira et al., 2006 cit. por Dias, 2013), pelo que o bem-estar na velhice ou saúde num sentido lato, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (Kane & Kane, 1981; Fillenbaum, 1984 cit. por Ramos, 2003). Por fim, no envelhecimento bem-

sucedido, apresenta a pessoa com uma baixa probabilidade de incorrer doenças geradoras de perda de autonomia, um elevado nível funcional físico e cognitivo, a conservação das relações sociais e um elevado grau de bem-estar subjetivo já em plena idade avançada (Fontaine, 2000 cit. por Pereira, 2012).

Qualidade de Vida na Gerontologia

Está implícito que envelhecimento bem-sucedido se encontra diretamente relacionado com qualidade de vida (Gonçalves et al., 2006). Segundo WHOQOL Group (1994, cit. por Dias, 2013) a qualidade de vida, refere-se à perceção do indivíduo relativamente à sua atitude perante a vida, dentro do contexto dos sistemas de culturas e valores em que se encontra inserido e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações.

É um conceito amplo e complexo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o grau de independência, os contatos sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio (Freire et al., s/d cit. por Dias, 2013). Assim, contempla critérios objetivos e mensuráveis, como o funcionamento fisiológico ou a manutenção das atividades de vida, e critérios subjetivos característicos do que é o conceito satisfação de vida, que relaciona as expetativas da pessoa com os objetivos alcançados (Paúl et al., 2005; Aberg et al., 2005 cit. por Gonçalves et al., 2006).

A qualidade de vida na gerontologia está relacionada com o modo como o sujeito experiencia o seu próprio envelhecimento e como vive a sua velhice, contemplando ainda a relação entre ausência de doença, o bom funcionamento físico e cognitivo, e o suporte social (Ferreira, 2009 cit. Dias, 2013).

Neste sentido, Magnabosco-Martins et al., (2008 cit. por Rodrigues, 2013) propõem uma distinção entre velho e idoso, sendo que velho é aquele que se sente velho, estando associado ao mal-estar e ao estado de doente, e idoso aquele tem idade

avançada, porém não se sente velho, antes se relaciona com bem-estar e com um envelhecer saudável.

Fatores de proteção

Baltes & Baltes (1990 cit. por Gonçalves et al., 2006) consideram que existem limites impostos pela idade quanto à capacidade adaptativa e à plasticidade comportamental, que se traduzem num aumento progressivo de perdas e consequente diminuição de ganhos. Os mesmos autores referem o bem-estar psicológico, como fator que viabiliza um processo de maximização dos ganhos e minimização das perdas, tornando-se então necessário que cada adulto em fase avançada se concentre no seu desenvolvimento pessoal, contribuindo para que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990 cit. por Pereira, 2012).

O bem-estar psicológico é influenciado por diversos fatores como a pensão, a saúde física, a situação conjugal, sexo, idade, autoestima, personalidade, amizades, nível cultural e religiosidade (Ramos et al., 2011; Neri, 2007a; Ryff e Keyes, 1995 cit. por Pereira, 2012). Os recursos financeiros surtem forte efeito na compensação das perdas, já que permitem um melhor acesso à saúde e ao lazer, resultando assim em efeitos positivos relativos à perceção da autoeficácia (Martins et al., 2007 cit. por Dias, 2013). Por sua vez, a crença de autoeficácia elevada relativamente às capacidades para elaborar e executar comportamentos que se têm como necessários para o alcance de um determinado resultado ou objetivo, aumenta a motivação, influencia o pensar e o sentir, promovendo a ação (Bandura, 1993 cit. por Pereira, 2012).

Similarmente, as crenças positivas e uma perceção elevada do controlo da própria vida, funcionam como fatores protetores do idoso (Rabelo & Neri, 2005 cit. por Pereira, 2012). Ainda assim, deve-se ter cautela com as imagens excessivamente positivas, pois podem desprezar o facto de que o envelhecimento se encontra também associado a

perdas e ao aumento da probabilidade de se tornar cada vez mais frágil e dependente de cuidados (Tesch-Römer & Wurm, 2012).

Outro fator de grande relevância prende-se com a demanda pela escolaridade e educação, por facultar não só uma ocupação pessoal que por sua vez contribui para o estatuto socioeconómico, como também a influência na saúde e todo o repertório comportamental da pessoa (Bandura, 1987; Staats, 1975 cit. por Fernández-Ballesteros et al., 2012), algo já provado empiricamente (Schaie, 2005a,b; Baltes & Mayer, 1999 cit. por Fernández-Ballesteros et al., 2012). Na mesma linha, as Nações Unidas (2002 cit. por Fernández-Ballesteros et al., 2012) no 2º plano internacional para o envelhecimento, classificou a educação e treino contínuos como base crucial para uma vida ativa e realizada, estendendo o desenvolvimento até à velhice, assegurando a capacidade produtiva da pessoa.

Referente à etapa da terceira idade, um estudo de Moniz-Cook (2008 cit. por Silveira, 2012) demonstrou que o acompanhamento cognitivo retarda o aparecimento de doenças degenerativas. Outra investigação levada a cabo por Lövdén et al., (2005 cit. por Guerra & Caldas, 2010) que conseguiu evidências de que, níveis mais elevados de participação social pelos idosos muito idosos, favorecem um desvio positivo em relação à média de resultados na performance cognitiva (velocidade de processamento). Os idosos muito idosos, que reduziram a sua participação social no mesmo período obtiveram maior declínio nos resultados em relação à média, tal evidência suporta que o estilo de vida ativo associado à participação social pode minimizar o declínio cognitivo na senescência.

Segundo Rocha et al., (2009 cit. por Pereira, 2012) a participação na sociedade e o reconhecimento da contribuição prestada, também participam da promoção de um envelhecimento ativo. Uma variável de peso indiscutível para um envelhecimento

saudável é a atividade física. Defende-se inclusive que nenhum grupo etário beneficia mais da atividade física regular que o do idoso. Manifestando efeitos quanto ao bem-estar físico, mental e social, ajuda na prevenção de quedas, incapacidade, sarcopenia e doenças crónicas, como a osteoporose, doenças cardiovasculares, obesidade, demência e depressão. Também a nutrição tem um papel inequívoco no desenvolvimento de doenças na idade avançada, com consequências devastadoras para a pessoa e seus recursos à saúde, pelo que, uma alimentação saudável conjugada com o exercício físico é essencial para um envelhecimento ativo (Vellas, 2009, cit. por Silveira, 2012).

O suporte social é também extremamente importante outro. Os idosos encontram-se mais expostos a situações de crise, pelo que a rede de suporte social aumenta a probabilidade de serem positivamente superadas (Rabelo & Neri, 2005, cit. por Pereira, 2012).

Envelhecimento Ativo

Este pode ser definido como um processo adaptativo que percorre toda a vida, visando a manutenção do funcionamento ideal, ao nível físico, psicológico (motor, cognitivo e motivação emocional) e social (Fernández-Ballesteros, 2002; Rowe & Khan, 1987, cit. por Fernández-Ballesteros et al., 2012). Segundo a OMS reporta-se ao modo como a pessoa otimiza oportunidades que se refletem em melhores condições de saúde, participação e segurança permitindo atingir melhor qualidade de vida à medida que se envelhece.

Assim, a atitude proactiva para com a saúde, durante o crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, possibilita maior probabilidade de qualidade de vida e autonomia para que melhor se aproveite o potencial que a idade avançada reserva (Europa.eu, cit. por Silveira, 2012). Derntl (1996 cit. por Assis, 2005) atenta para o conceito de autocuidado como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde

que deve ser vista como uma das formas de expressão da autonomia, o que revela o papel ativo da pessoa durante o seu percurso de vida para que atinja e viva a velhice na melhor das condições possíveis. Esta capacidade para otimizar as oportunidades é expressa pelo Modelo SOC de Baltes & Baltes referenciado por Fonseca (2005 cit. por Pereira, 2012).

O Modelo pressupõe um equilíbrio entre ganhos e perdas resultantes da idade. Primeiro a seleção de objetivos ou desejos tendo em conta as alterações inerentes ao envelhecimento, depois a otimização, isto é, a utilização dos meios de que se dispõe e são necessários à obtenção do que se deseja. Por último a compensação que representa o esforço para se encontrar respostas funcionais para recuperar o sucesso adaptativo. Na ocorrência de determinada(s) perda(s) que possa(m) colocar em risco os objetivos ou desejos visados, recorre-se à compensação. Segundo Rabelo & Neri (2005, cit. por Pereira, 2012) este equilíbrio é facilitado ou não, pela maior ou menor adaptabilidade de cada um e pela capacidade de se conseguir viver com as limitações que lhe são próprias, tendo em consideração os recursos de que se dispõe, permitindo que se fique sujeito a menores níveis de stress.

Fatores de risco

A vulnerabilidade do idoso varia consoante determinados fatores interdependentes, incluindo acidentes e stressores independentes da idade, doenças e incapacidade, ambiente físico (clima, altitude, poluição, radiações), ambiente social (família, amigos, cultura), estilo de vida (alimentação, lazer, atividade física, sexual e de risco), experiência (aprendizagem, cultura, adaptabilidade, emprego) e a atitude ou perspetiva perante a vida (Paúl, 2007 cit. por Dias, 2013).

Ainda que se considere a longevidade como um aspeto positivo quanto ao facto de se viver em média, mais anos, predomina, como já foi referido, o aumento da

probabilidade de maiores níveis de dependência, perda de autonomia (Teixeira, 2010 cit. por Ramiro, 2012). A idade da senescência, acarreta temores relacionados com a capacidade funcional, uma vez que o facto de deixarem de conseguir executar determinadas tarefas diárias com eficácia, pode levar que a sociedade as considere impotentes (Baltes, 1996, cit. por Pereira, 2012). Muitos idosos encaram esta fase com alguma revolta, porque com a sua autonomia limitada vêm-se obrigados a recorrer à família ou amigos mais próximos numa procura por ajuda, correndo o risco de serem excluídos, desvalorizados e desrespeitados (Teixeira, 2010, cit. por Ramiro, 2012).

Isolamento social

É geralmente definido como uma ausência de contactos com outras pessoas (Victor et al., 2009 cit. por Hawton et al., 2011). Para alguns autores, a conceptualização do termo, compreende duas dimensões distintas, estrutural e funcional.

A estrutural tem uma conotação objetiva caracterizada pelo tamanho da rede social das pessoas ou sua frequência de contacto, a funcional apresenta uma conotação subjetiva que respeita à perceção da qualidade dessas relações por parte da pessoa (Victor, Scrambler e Bond, 2009; Wenger & Burholt, 2004 cit. por Hawton et al., 2011).

A esta componente funcional, outros autores definem-na como solidão, sendo que isolamento social representa a faceta passível de ser objetiva e quantitativamente mensurável, e solidão é representada pela avaliação subjetiva da pessoa quanto às suas expectativas individuais e satisfação para com a frequência, qualidade e proximidade dos contactos (Gierveld & Havens, 2004 cit. por McMunn et al., 2011). Como é expectável, os sentimentos de solidão estão relacionados com o isolamento social, contudo, alguns estudos com idosos, apontam para uma relação fraca a moderada. Cornwell & Waite (2009a cit. por Shankar et al., 2011) sugerem que tal premissa pode ser verdadeira para os adultos mais velhos, onde a relação é ainda mais dissociada,

devido à expectativa de, e, consequentemente, uma maior preparação para existirem alterações na sua rede social, à medida que envelhecem. Como resultado, para este grupo etário uma menor rede pode não significar necessariamente uma maior solidão.

Outras correlações foram estudadas, os autores O'Luanaigh et al., (2011) examinaram diversos artigos, apurando que o isolamento social tem um efeito prejudicial na função cognitiva e que aumenta o risco de se desenvolver demências. Hawton et al., (2011) na sua pesquisa analisou a relação entre isolamento social e algumas dimensões do estado de saúde e encontrou associações com auto-perceção de saúde, falta de saúde física, mobilidade restrita e limitações nas atividades da vida diária.

Também McMunn et al., (2011) numa revisão bibliográfica concluíram que as pessoas solitárias são menos ativas e têm maior propensão para fumar, manter dietas menos saudáveis, consumos elevados de bebidas alcoólicas e menor atividade física; que indivíduos com menor integração social estão mais propensos a reportar múltiplos comportamentos de risco relativos à saúde; e que a rede social está associada a comportamentos saudáveis como deixar de fumar e abstencionismo de álcool. Em suma, tanto a solidão como o isolamento social têm sido associados a um aumento de risco de se desenvolver problemas de saúde, hospitalizações, pobre função cognitiva e à mortalidade.

Solidão

Várias são as definições atribuídas à solidão ao longo dos tempos. Para Moustakas (1961 cit. por Neto e Barros, 2001) é uma experiência que surge inevitavelmente da *separação* da existência humana. Peplaw e Pealman (1982 cit. por O'Luanaighmet al., 2011) definem-na como um estado emocional aversivo subjetivamente experienciado e que está relacionado com a perceção das necessidades íntimas e sociais não cumpridas.

O conceito solidão é descrito por Neto (2000 cit. por Rodrigues, 2013) como um sentimento penoso que a pessoa sente quando existe uma discrepância entre o tipo de relações sociais que pretende e o tipo de relações que efetivamente detém. O autor (2000 cit. por Dias, 2013) afirma que o termo carece de uma definição mundial, mas que no geral parece apontar para 3 itens comuns: a) experiência objetiva que pode não estar associada ou isolamento objetivo; b) é psicologicamente desagradável para o sujeito; c) resulta de uma forma de relacionamento deficiente. Um dos maiores problemas da pessoa idosa é a solidão, fruto da viuvez, perda de amigos e reforma. Queiroz & Netto (2007 cit. por Guerra & Caldas, 2010) destacam como forma de combater os efeitos da solidão o recorrer ao contacto social, ao desenvolvimento de novas capacidades e procura de realizações pessoais.

Além da solidão estar intrinsecamente associada ao envelhecimento, o envelhecimento parece estar também associado a um aumento dos fatores de risco que levam à solidão, como a deficiência física e a viuvez (Golden et al., 2009 cit. por Losada et al., 2012). A pesquisa parece suportar claramente que a solidão funciona como fator de risco para a morbilidade e a mortalidade, especialmente quanto aos idosos que, relativamente a outras populações, como minorias ou pobres, parecem sofrer as mais severas consequências por parte desta, ao nível da saúde (Cacioppo et al., 2002 cit. por Losada et al., 2012). Como corroboram Jaremka et al., (2013 cit. por Rodrigues, 2013) a solidão repercute efeitos ao nível do sistema imunológico, deixando-o debilitado, e consequentemente contribuindo para o aumento de doenças crónicas, dos níveis de stress, diminui a autoestima e pode desencadear sintomas depressivos.

Considerando os preditores sociodemográficos e comportamentais para a solidão, apura-se o ser-se mulher, défice na qualidade dos contactos, baixa frequência de contactos com vizinhos ou amigos, baixo estatuto socioeconómico, baixa competência e

atividade, bem como o excesso de tempo em frente à televisão Pinquart & Sörensen (2001 cit. por Losada et al., 2012).

Depressão

É normal ao Homem ter sentimentos de tristeza em alguns momentos da vida, é normal por vezes sentir-se fraco, física e psicologicamente, desgastado, sem esperança ou motivação. Depressão transcende o conceito de tristeza, é uma tristeza patológica, uma perturbação do humor que afeta o funcionamento físico, mental e social (Beck & Alfrod, 2011; Penninx et al., 2000 cit. por Rodrigues, 2013). É uma condição clínica que pode afetar a pessoa numa dada fase da sua vida, seja como humor transitório, ao sentir-se mais abatida ou melancólica, seja sob uma forma mais severa (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006 cit. por Dias, 2013). Na perspetiva fenomenológica, a depressão consiste num estado de vazio afetivo, de perda de energia vital, do interesse, do entusiasmo, da motivação e da vontade de viver. Do ponto de vista cognitivo, afeta o desempenho mental ao nível das funções do pensar, perceber, lembrar, sentir, raciocinar, responder a estímulos externos, memória e concentração (Nunes, 2008 cit. por Dias, 2013).

Dados relativos a 2008, apontam para cerca de 14% de sintomas depressivos em idosos a viver na comunidade, se contabilizar os idosos institucionalizados, os valores sobem para uma percentagem que flutua entre os 25% e os 73% (Martins, 2008 cit. por Rodrigues, 2013). É verdadeiramente alarmante tendo em consideração que o número de casos de suicídios relacionados com a depressão na faixa etária acima dos 65 anos ronda os 80% (Ames et al., 2010 cit. por Rodrigues, 2013). Segundo Chan et al., (2006 cit. por Dias, 2013) é a perturbação com mais prevalência na vida tardia, apontando as previsões para a possibilidade de se tornar a principal causa de incapacidade em todo o mundo já em 2020. Dentre os principais fatores de risco associados à depressão

encontram-se a idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão, acontecimentos de vida, apoio familiar e rede social, saúde (existência ou não de doença física, crónica e/ou deficiência). Dos quais os que têm maior correlação com a depressão são, o estar-se solteiro, viúvo ou divorciado, viver em instituições, ter uma baixa escolaridade e um baixo rendimento social (Vaz, 2009 cit. por Rodrigues, 2013).

Outros fatores implicados na depressão, ou em sintomas depressivos no idoso e que deste modo poderão afetar a sua qualidade de vida, relacionam-se com perdas inerentes à própria condição da idade, a saída do mercado de trabalho, que acarreta perdas quanto aos laços sociolaborais, perda da posição social após a reforma, diminuição da acuidade visual, auditiva e mobilidade (Beck & Alfrod, 2011 cit. por Rodrigues, 2013).

Investigações prévias indicam que tanto o isolamento social como a solidão estão relacionados com a depressão (Cacioppo et al., 2010; Golden et al., 2009; Heritage et al., 2008; Russell, 1996 cit. por Shankar et al., 2011) e que os indivíduos deprimidos estão mais propensos a apresentar comportamentos mais pobres relacionados com a saúde (Allgower et al., 2001 cit. por Shankar et al., 2011).

Stress Pós-Traumático

O Trauma designa-se como uma experiência repentina e bastante perturbadora, sendo vivida num clima de medo e terror, que traz risco para a integridade física e psicológica da pessoa que o vivencia. A sua natureza pode ser variada, no entanto têm efeitos e sintomas semelhantes (DSM-V, APA, 2013).

Eventos traumáticos como catástrofes naturais e guerra ou participação da mesma, ou seja, situações que limitam a condição física e fuga das mesmas, são os principais desencadeadores. (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

O Stress Pós Traumático é uma síndrome patológica que resulta da vivência dos eventos acima mencionado, onde se verifique que a consequência se prolongue por mais

de 1 mês, transtornando o funcionamento “normal”, ao nível psicológico, do individuo (DSM-V, APA, 2013).

Para o diagnóstico deve ter havido ocorrência de uma experiência traumática, sintomas de ressurgimento, ou reexperiência da vivência traumática, sintomas demonstrativos de evitamento, este relacionado com o meio ou estímulos à mesma experiência e por fim sintomas de ativação, como por exemplo descargas emocionais e ataques de pânico (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

Ética e deontologia profissional

A ética refere-se ao que é julgado bom e na deontologia insere-se um sistema de referências para a orientação prática, inerente a cada profissão (Reimão, 2008).

O código deontológico do exercício profissional da psicologia em Portugal, foi criado de acordo com o artigo 51 da lei nº 57/2008, de 4 de setembro, referindo-se ao profissional que tenha formação específica em psicologia e que a venha a exercer como papel profissional em qualquer das áreas subjacentes (OPP, 2011).

Este regulamento nº 258/2011 integra princípios gerais e específicos. Os primeiros respeitando à orientação dos profissionais no sentido de atuarem segundo a moral que é partilhada pelos profissionais de psicologia, na resolução dos dilemas éticos que lhes são apresentados. Os específicos vêm definir que na prática da sua profissão os psicólogos devem honrar o consentimento informado, a privacidade e confidencialidade, relações profissionais, avaliação psicológica, prática e intervenção psicológicas, ensino, formação e supervisão psicológicas, investigação e declarações públicas (Diário da República, 2011).

Objetivos propostos

A realização deste estágio académico efetuado através das instituições referidas, com população idosa, tem como principais objetivos:

- Conhecimento das instituições
- Compreensão das necessidades e características, para melhor sinalização, intervenção e apoio na população-alvo
- Realização de sessões de acompanhamento psicológico
- Avaliação psicológica

Método

Participantes

Em seguimento ao programa intergerações foram realizadas visitas domiciliárias pela Junta de Freguesia de Alcântara, sendo de seguida apresentados os intervenientes das mesmas (tabela 1). Este programa visa identificar e satisfazer, tanto quanto possível, as necessidades da população da freguesia, com idade igual ou superior a 65 anos. A todos foi dada a possibilidade de ficarem com pedido de teleassistência que se refere a um protocolo efetuado entre a Câmara Municipal e a fundação PT, visando dar resposta imediata a situações de urgência a idosos com uma situação vulnerável, através de um serviço telefónico associado onde em caso de necessidade, ativa o pedido de ajuda e/ou contato direto com as pessoas mais próximas ao idoso em questão. A todos foi aplicado o questionário de qualidade de vida SF-36. Segue-se a apresentação dos intervenientes dos estudos de caso (tabela 2), que serão mais bem explorados ao longo deste relatório.

Tabela 1

Visitas domiciliárias

Nome	idade	estado civil	Triagem Social
Maria	80	viúva	Apresenta vários problemas de saúde, vive sozinha, no entanto é acompanhada pelo filho, que não estando totalmente presente, sempre que necessário desloca-se de imediato para junto da mãe.
Inácio	82	viúvo	Apresenta deficiência na visão, vive sozinho, mas tem ajuda da sua filha e nora. Indicação de boas relações sociais e convívio.

Tabela 1

Visitas domiciliárias

Nome	idade	estado civil	Triagem Social
Maria e Carlos	75 e 81	casados	Os dois com leves problemas de saúde, mas com sintomas depressivos, provavelmente pela morte da sua filha. Têm a seu encargo o neto, por algumas horas por dia e mostram-se autónomos no desempenho das suas rotinas e tarefas diárias. Embora com a perda, mostram-se adaptados e com rotinas sociais, frequência em centros de convívio e lazer.
Regina e Graciete	85 e 80	viúvas	Informam que têm família que as ajudam bastante no que mais necessitam e não dão muito mais informação.
António	68	casado	Apresenta autonomia e sem queixas relevantes de saúde. Frequenta universidade sénior.

Tabela 1

Visitas domiciliárias

Nome	idade	estado civil	Triagem Social
Maria	93	viúva	O principal problema de saúde que apresenta deve-se a queda que sofreu, mas indica que vai conseguindo fazer a sua higiene, para tudo o resto tem a ajuda da sua nora. Frequenta universidade sénior, afirma que se necessitar de mais apoio irá ao encontro na Junta de Freguesia.
Belmira	83	viúva	Mostra-se e afirma ser autónoma, tem constante ajuda da filha, apresenta queixas de saúde ao nível da cardiologia e urologia mas indica estar a ser bem acompanhada. Vive sozinha. Ficou pedido de teleassistência.
Lídia	78	viúva	Acompanhada pelo centro paroquial ao nível da alimentação. Apresenta queixas de saúde ao nível da visão e cardiologia. Vive sozinha, com dois filhos que vivem relativamente perto. Foi proposto ficar com pedido de teleassistência mas foi recusado pela mesma.

Tabela 1

Visitas domiciliárias

Nome	idade	estado civil	Triagem Social
Isabel e César	66 e 77	casados	Contacto apenas com Maria, vive com o marido que foi operado recentemente. Maria apresenta queixas de saúde ao nível dos ossos e diabetes, pelos quais é medicada. Têm dois filhos de sangue e um adotivo e 9 netos. São acompanhados pelos mesmos.
Olinda	88	viúva	Vive sozinha, não sai de casa há muito tempo, tem ajuda do seu filho para as lides domésticas. Ficou pedido de teleassistência e possibilidade de voluntários para acompanhamento na solidão e higiene.
Irene	83	viúva	Queixas de saúde ao nível dos ossos e pulmões. Vive sozinha, tem um filho que reside no norte do país. É acompanhada pela Associação Alkajuda, utiliza canadianas mas consegue movimentar-se.
Joselina	80	viúva	Vive sozinha mas tem dois filhos que vivem na mesma zona, que se entreajudam. Mostra-se e afirma ser autónoma. Ficou pedido de teleassistência.

Tabela 1

Visitas domiciliárias

Nome	idade	estado civil	Triagem Social
Julieta	67	viúva	Vive com o seu filho o qual tem uma participação ativa na sua vida e auxilio. Apresenta queixas de saúde ao nível dos ossos e rins. Também tem problemas de memória.
Virgínia	80	viúva	Vive com o filho e tem uma filha a morar na mesma zona, a qual também a acompanha. Ainda se encontro ativa no mundo do trabalho e frequenta alguns programas de convívio oferecidos pela Junta de Freguesia. Não apresenta queixas de saúde e mostra-se autónoma.
Maria	79	divorciada	Vive sozinha, tem um filho que vive a uma distância considerável mas indica ser acompanhada por amigas muito próximas. Apresenta várias queixas de saúde ao nível cancerígeno mas afirma ser autónoma. Frequenta programa de convívio oferecido pela Junta de Freguesia.

Tabela 1

Visitas domiciliárias

Nome	idade	estado civil	Triagem Social
Fernanda e João	84 e 85	casados	Os dois apresentam graves problemas de saúde, são acompanhados diariamente por uma enfermeira ao domicílio. Têm um filho que trata da alimentação e bens essenciais.
Lurdes	79	viúva	Apresenta problemas cardíacos, vive com uma colega de trabalho que se entreajudam. Ficou pedido de teleassistência.
Emília	79	casada	Apresenta-se autónoma e ainda ativa no mundo do trabalho. Tem dois filhos que voa estando em contacto. Indica que marido tem alzheimer. Foi dada informação sobre associação alzheimer.
Lúcia	82	viúva	Vive sozinha, tem uma filha que vive na mesma zona e a acompanha. É acompanhada pela santa casa da misericórdia. Afirma ser autónoma. Frequenta programa de convivo oferecido pela Junta de Freguesia.

Tabela - 2

Estudos de caso

Nome	Idade	motivo/pedido
Mário	66	Encaminhado para acompanhamento psicológico pela instituição Pró-Alcântara, por stress pós traumático. Vive sozinho e com fraca situação socioeconómica. Foi aplicado questionário de qualidade de vida SF-36, MMSE e Scl-90.
Maria	67	Encaminhada para acompanhamento psicológico pela associação Alkajuda, por solidão e possível depressão oriunda de perda por morte. Vive sozinha e apresenta queixas de saúde por operação recente ao membro inferior.

Instrumentos

Ao longo deste estágio foram aplicados alguns testes e questionários que serão descritos a seguir.

A observação foi uma das técnicas mais utilizadas na análise e acompanhamento psicológico, visto ser a ferramenta mais importante, pois através dela foi possível chegar a conclusões que com os testes e questionários por si só, não seria possível.

Foi utilizada, como elemento estruturador, a linha de vida para melhor agrupar os acontecimentos ao nível cronológico, o que tanto para o terapeuta como para o paciente permite uma melhor análise e reconstrução dos momentos que poderão estar no

epicentro do problema atual. Ajuda o paciente a localizar-se no tempo e espaço conseguindo por si e pela revivência trazer mais detalhe e percecionar atualmente a vivência de uma forma mais consciente.

Como técnicas de entrevistas utilizadas gradualmente o questionamento com necessidade de utilização de perguntas tanto abertas como fechadas foi a menos utilizada pois a sua necessidade apenas advinha de temas mais difíceis de verbalizar por parte do paciente, aqui a observação foi sem duvida uma mais-valia. A clarificação, reformulação foram bastante utilizadas, tanto para o seguimento orientado das sessões quanto para o tempo necessário para adaptação das verbalizações e reestruturação das emoções. A restruturação cognitiva para que se introduzisse uma mudança nos comportamentos e emocionais e correção das distorções cognitivas. Por fim a psico-educação com a intenção de tornar real a perceção do paciente em relação a si e à problemática ou doença que o atinge.

Questionário de estado de saúde SF-36v2

Como autor da versão original Jonh Ware Jr, Cathy Sherbourne e da versão portuguesa Pedro Lopes Ferreira. É autoadministrada, por entrevista ou por telefone. Tem como pulação alvo adolescentes, adultos e idosos. O seu objetivo é a avaliação geral de saúde e de qualidade de vida.

É um questionário que visa uma avaliação geral de saúde e de qualidade de vida, para indivíduos com e sem doença permitindo a comparação de resultados com a população em geral. Este questionário é constituído por 36 itens, com um período medio de preenchimento de 10 minutos, aplicável a adolescentes, adultos e idosos. Avalia 8 dimensões e as pontuações são classificadas de 0 a 100, sendo que o 0 será o pior estado de saúde e 100 o melhor. As dimensões a avaliar serão descritas em seguida.

Capacidade funcional, permite obter resultado sobre a limitação física desde atividades de menor esforço, como exemplo a higiene pessoal e domestica, ate atividades de maior esforço como levantar pesos e correr. Desempenho físico, permite avaliar a limitação por saúde, no desempenho, dificuldade e redução na execução de tarefas e atividades. Dor corporal permite verificar a interferência da mesma na execução de tarefas habituais e o desconforto que causam. Saúde geral permite avaliar a perceção pessoal sobre o estado de saúde e resistência à doença. Vitalidade permite obter resultados sobre os níveis de energia e exaustão. Aspetos sociais, permite que se verifique de forma quantitativa e qualitativa, o funcionamento social e a forma como a suade física interfere no mesmo. Aspetos emocionais**,** permite avaliar a limitação por saúde devido a problemas emocionais e por consequência, dificuldade e redução na execução de tarefas e atividades. Saúde mental, permite obter resultados sobre o bem-estar psicológico no geral, especificando dimensões como a ansiedade e depressão. Em termos psicométricos este questionário tem apresentado níveis adequados tanto de validade de conteúdo e constructo.

Lista de Sintomas de Hopkins (SCL-90)

O seu autor é Leonard R. Derogatis é uma prova autoadministrada, com população alvo pessoas com idade a partir de 13 anos e tem o objetivo de avaliar nove sintomas de desajustamento emocional.

A Hopkins Symptom Distress Checklist 90. Revised (SCL-90-R) é um inventário de 90 itens para a autoavaliação de sintomas de desajustamento emocional. Este instrumento avalia a psicopatologia em termos de 9 dimensões primárias de sintomas e 3 índices globais. Os índices globais são o Índice Sintomático Geral (GSI), o Total de Sintomas Positivos (PST) e o Índice de Stress dos Sintomas Positivos (PSDL).

Constituem as 9 dimensões primárias a somatização, a obsessões-compulsão, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a ideação paranóide e o psicoticismo. Cada item do SCL-90-R é avaliado numa escala de 5 pontos que variam entre 0 - Nunca e 4 -Extremamente. Na folha de cotação anotam-se os valores obtidos para cada item, de 0 a 4 pontos. Somam-se os valores em cada dimensão e depois dividem-se pelo número de itens dessa dimensão. Os valores inferiores a 2 estão dentro dos parâmetros normais, os valores entre 2 e 2,5 são valores borderline e os valores iguais ou superiores a 2,5 são considerados patológicos. Em termos psicométricos este inventário tem apresentado níveis adequados tanto de consistência interna como de fidelidade teste-reteste.

Mini Mental State Examination (MMSE)

O seu autor é Marshall Folstein (1975) tem como objetivo avaliar o estado mental, particularmente utilizado em pessoas de mais idade.

O MMSE é uma pequena bateria de avaliação cognitiva constituída por itens que avaliam a Orientação espácio-temporal, a Capacidade de retenção de três palavras, a Atenção e cálculo, a Capacidade de evocação de três palavras, a Linguagem e a Habilidade construtiva.

É um teste de fácil aplicação e cotação e é provavelmente o mais utilizado para a demência mas não pode por si só, servir de diagnóstico, donde, não substitui o exame neuropsicológico que conduz à obtenção de um diagnóstico.

A nota máxima é 30 e os resultados obtidos estão relacionados com o grau de escolaridade do sujeito e com a idade: indivíduos com mais escolaridade tendem a obter resultados mais elevados comparativamente aos de menor escolaridade e os resultados tendem a diminuir com a idade.

Tabela 3

Relação entre o nível de escolaridade e o valor obtido para se considerar a presença de defeito cognitivo

Escolaridade	Valor obtido
Analfabetos	≤ 15
1 a 11 anos de escolaridade	≤ 22
Com escolaridade superior a 11 anos	≤ 27

Procedimento

Este estágio teve início a 07 de outubro de 2014 e com data de fim a 29 de Maio de 2015. Para além do acompanhamento psicológico que originou os dois estudos de caso, integrou também um conjunto de tarefas realizadas. Forma feitas visitas domiciliárias semanalmente, por parte da Junta de Freguesia de Alcântara, a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, identificadas através do programa intergerações pertencente à Santa Casa da Misericórdia. Este visava a sinalização de idosos com problemas de saúde e necessidade de serviços de apoio, foi efetuado em 2012 e encaminhado para a Junta de Freguesia em 2014, para acompanhamento e procura de respostas para as pessoas de terceira idade. O acompanhamento e verificação das pessoas sinalizadas nem sempre era possível presencialmente, por várias razões, tais como não estarem no momento em casa, já não habitarem no mesmo local, já terem falecido e por inexistência da habitação ou as mesmas estarem devoluto. Nestas situações eram contactadas via telefone, sempre que existisse ou ainda estivesse disponível o contacto, e a sensibilização e propostas de resposta de ajuda eram dadas pela mesma via. Sempre que os contactos eram inexistentes ou indisponíveis, era

contactado 1820 (serviços de informações) com a finalidade de ser identificada a pessoa em questão, situação que nem sempre era possível.

Ainda através de iniciativa da Junta de Freguesia foi realizada a tarefa de recolha de alimentos em supermercado da zona no sentido de serem feitos cabazes com alimentos e bens essenciais para serem distribuídos no Natal às famílias mais carenciadas da freguesia.

Na instituição Pró-Alcântara, para além das sessões semanais com Mário, eram realizados vários trabalhos manuais, especialmente nas épocas festivas, o que estimulava o espirito de entreajuda e convívio, que proporciona momentos de bem-estar e lazer aos utentes, para além da estimulação cognitiva. A instituição tinha também a função, semanalmente, de distribuir cabazes com bens alimentares, mensais a famílias mais carenciadas que são encaminhadas após analise por via da parceria com a junta de freguesia. Para além da distribuição era executada a recolha e organização dos bens que são fornecidos pelo banco alimentar. Sensivelmente próximo da época natalícia a instituição mudou de instalações, para poder dar melhores condições aos seus utentes, para um local muito próximo do anterior, aqui pode-se verificar toda a entreajuda existente na equipa multidisciplinar que compõe a instituição, incluindo as estagiárias.

Por fim nos meses de março e maio, no ultimo sábado dos meses referidos a instituição estava representada no mercado rosa agulhas, numa feira de instituições e associações de solidariedade, da freguesia onde era possível angariar algum valor monetário para ajuda, mas essencialmente era dada a conhecer o instituição à população que poderia ainda não saber da sua existência. Foi uma experiencia muito enriquecedora pois para além de quem não conhecia, questionar informações sobre funcionamento e sua localização, o que permite cada vez mais chegar à população, também eramos visitados por idosos que já fazem parte da instituição e em conjunto com o diretor e a

funcionária principal vivia-se um ambiente de alegria e prazer, partilhados, pelas funções ali executadas.

Estudos de caso

Apresentação Caso Mário

Identificação

Mário tem 66 anos, do sexo masculino, solteiro, natural de Lisboa vivendo atualmente sozinho. Desempregado a caminho da reforma, apenas frequentou a antiga 1ª classe, intermédio de 8 irmãos, católica não praticante e apresenta uma situação económica precária.

Nº de sessões – 25

Data de início: 14 de Outubro de 2014; Data de fim: 29 de Maio de 2015

Referenciado pela Instituição Pró-Alcântara IPSS como caso para acompanhamento por solidão, depressão e diagnóstico (não comprovado) de stress pós traumático pela liga dos combatentes. Apresenta-se com imagem cuidada e higiene pessoal adequada.

Atitude sociável embora retraída, mas mais amigável durante todo o percurso de sessões. Expressões faciais coerentes com o discurso emocional e com postura reta, mas por vezes cabisbaixo o que pode sugerir afeto deprimido. Aparenta tristeza e solidão, queixando-se essencialmente das condições precárias em que vive e tende a culpabilizar o seu estado à mudança a que foi obrigado, de habitação social, ao nível de localização e acessibilidade, afirmando "a minha desgraça foi quando me tiraram da Ajuda".

Tendência para a solidão e poucos relacionamentos socias, mostrando alguns conflitos a este nível tanto ao nível familiar como pessoal. Situação que surge essencialmente pela desconfiança devido a ter vivido com um irmão que afirma "não sabia viver como as pessoas, era um animal", por falta de cuidados e higiene pessoal, e estendendo-se para a vizinhança dizendo "aquela gente não presta". Como relacionamentos amorosos sempre optou por estar com pessoas que já se encontravam

em relacionamentos fixos, o que sugere instabilidade emocional no que se refere à manutenção de uma relação amorosa e consequente criação de família. Como ex-combatente não demostra diretamente perturbações no comportamento imediato, derivadas, no entanto toda esta dificuldade na vida social, sugere que poderá haver um embotamento afetivo.

A sua principal queixa são as suas condições deficientes de vida, por falta de meios de sustentabilidade, diz ter noção que está doente mas não é por causa disso que se sente mal, mas sim pelas condições de vida. Vive nesta situação desde 2010, foi encaminhado para esta instituição para lhe ser dada alimentação onde o apoio prestado é nesse sentido, bem como para atividades lúdicas e convívio no sentido de estimular as capacidades de relacionamento e estimulação cognitiva. O apoio de habitação e restantes refeições diárias são fornecidos pela santa casa da misericórdia. Apresenta também problemas nos relacionamentos familiares e com os vizinhos, estando neste momento sem qualquer contacto com qualquer membro da sua família. História de conflitos tanto com a família como com os vizinhos atuais.

História de vida e condições de vida atual

Mário nasce em 1949, relata que a sua infância foi boa, brincava na rua e passeava com os irmãos e outras crianças e matinha boas relações com os mesmos. Aos 12 anos os pais colocaram-no a trabalha na construção onde ficou até aos 19 que mudou local de trabalho mas efetuando o mesmo serviço. Não existem queixas de saúde nem de relacionamento social até ao momento, no entanto surge com as fracas habilitações literárias a dificuldade e sensação de inferioridade por no momento não “poder ser alguém”. Aos 21 anos ingressa na vida militar e passado um ano vai para a grande guerra (guiné) onde permanece durante 2 anos. No primeiro ano relata ter tido “uma vida santa”, sendo que no segundo ano tudo mudou e passou por episódios violentos,

propícios da guerra, onde a aflição e a morte imperavam, o que provocou o estado mental atual. Regressa e recomeça o seu trabalho nas construção civil e diz não estar doente, de onde surge o problema de mobilização da mão esquerda, por acidente não consegue mexer o dedo anelar e mindinho, no entanto continua a trabalhar, referindo que apenas fazia "trabalhos por fora sem fazer descontos". Pai morre em 1977, e um dos seus irmãos também, facto que não perturbou o seu funcionamento e ocupação.

Os seus relacionamentos amorosos são sempre com pessoas já com relacionamentos, onde em 1977 tem um relacionamento marcante também com uma mulher casada que diz deixar o seu marido que sofria de alcoolismo, para ficar com ele e sugere que ele vá com ela para França. Este relacionamento marca-o no sentido em que no dia em que resolve aceitar a proposta, depois de ela já ter ido para França, repara que alguém lhe mexeu na carteira e retirou o contacto telefónico da pessoa. Fica bastante frustrado mostra sentimentos de agressividade como raiva e afirma que foi o seu pai que retirou o contacto para que ele não pudesse seguir a sua vida. Afirma com este episódio "dei um pontapé na sorte" e lamenta por não ter conseguido construir uma família, facto que ajuda na incapacidade de manter relacionamentos amorosos saudáveis.

Manteve outros relacionamentos amorosos que não refere importância, até chegar a Tina, também casada e com uma pessoa que também sofre de alcoolismo, com a qual se começou a relacionar em 2004 até 2010. Verifica-se aqui uma tendência para relacionamentos com pessoas que possam demonstrar carência afetiva havendo a sugestão de Mário poder demonstrar sentimentos de apego e respeito bem como de proteção o que remete para o período que passou na guerra onde estes foram, mesmo que involuntariamente e por fatores externos, desvalorizados, como que uma compensação dos mesmos. Este relacionamento foi assumido perante o companheiro da Tina, até a sua morte. Depois disso mantiveram um relacionamento normal e de

bastante cuidado um com o outro, até ao momento em que o retiram da zona Ajuda e o colocam na zona do Alvito (17.05.2010). Após esta mudança, mantiveram contacto até Tina se ter suicidado, atirando-se da janela da sua casa (2ºandar) que relata ter sido por causa do afastamento físico forçado que tiveram, foi uma grande desilusão para ele e um grande peso para a sua forma de estar na vida atualmente, pela perda da companheira, com marcadas demonstrações verbais e físicas de ódio e repudia. Afirma que a mudança de habitação foi o que mais mal lhe fez na vida a todos os níveis.

Entre 2014 e 2015 teve dois pequenos relacionamentos com mulheres que conhecia, queixando-se de possível disfunção sexual, o que lhe causa alguma retração perante novos relacionamentos, afirmado não voltar a querer ter mais nenhum por ter medo de ficar "estendido" no ato e não querer dar trabalho às pessoas, o que não se confirmou quando em consulta médica se queixou, apenas a sensação de não querer ser um peso na vida de outra pessoa.

Tem uma difícil relação com a vizinhança, chegando a ter medo de si próprio quando encontra algum, por algumas discussões acesas que teve e continua a ter, dizendo que essas pessoas apenas lhe faltam ao respeito. Com o medo que sente de si nestas situações indica com verbalizações que já matou e mataria outra vez, apresentando um estado de apatia e paragem mantendo uma postura estática como se estivesse a viajar até aquele tempo. Também não convive muito no centro de dia onde almoça, afirma "não quero estar rodeado de malucos, só vou la comer e venho embora". O facto de outras pessoas falarem sobre as suas doenças perturba e irrita-o de tal forma que tem mesmo que sair do mesmo espaço.

Em 2007 tem um AVC, que acentua ainda mais a dificuldade motora no braço direito, resultando na perda de força do mesmo membro, daqui resulta uma lista de medicação que toma até hoje. Em 2013 afirma que a liga dos combatentes lhe

diagnostica stress pós-traumático, embora não haja documentação que o confirme, nem do próprio, nem da instituição que o referencia, nem sendo fornecida apos contacto telefónico por entrave burocrático por se tratar de estagio. Diz não ter stress pós-traumático e "só disseram que eu tinha isso em 2013 e mal ou bem todos os que tiveram na guerra tiveram algum trauma".

Um dos seus irmãos vive com eles durantes períodos de tempo entre 1990 e 2013. O mesmo com quem deixou de se relacionar pois afirma que "não sabia viver em sociedade", devido à falta de organização e higiene, sendo por isso que o expulsou de casa. Meses antes tem uma explosão de uma garrafa de gás em casa o que faz com que a instalação elétrica seja destruída e até ao momento nunca ter sido reparada, tendo em conta que na mesma habitação apenas tem um pouco de água por solidariedade do técnico que foi cortar.

Em agosto de 2014 tenta o suicídio com 45 comprimidos, que provocou o seu internamento durante 1 semana e adição de medicamentos. Na primeira semana de março de 2015 tenta suicídio com veneno de ratos, o que provoca internamento novamente, aqui por uma semana e adição de novos medicamentos, na segunda semana de abril 2015 do mesmo ano tenta novamente o suicídio com o mesmo veneno, aqui com internamento menor, apenas 3 dias e adição de mais um medicamento. Após estas tentativas diz não tentar mais pois ficara à espera "que Deus me leve". Estes dois episódios acontecem apos encerramento para férias de espocas festivas tanto da instituição que o referenciou como da santa casa da misericórdia, o que sugere que as tentativas se devem mais uma vez devido às condições de vida em que se encontre e a nessas épocas não ter meio de subsistência.

Atualmente as suas condições de vida mantem-se, tendo em conta que estão a ser mobilizados esforços pela Junta de Freguesia para que possam surgir algumas melhorias

na mesma, mantém poucos ou nenhuns relacionamentos socias, por preferência de solidão.

História médica e de saúde

Aos 24 anos apresenta uma lesão no membro superior devido ao trabalho na construção civil, com consequência da imobilização do dedo anelar e mindinho. Em 2007 tem um AVC que aumenta o seu problema de mobilidade no mesmo membro, levando à perda de força total do mesmo até ao presente, daqui surge o primeiro internamento de longa duração e introdução da medicação sem seguida apresentada. PritorPlus 80 mg/25 mg - utilizado para controlar a pressão arterial elevada. Lansoprazol Alexin 30 mg - inibidor da bomba de protões que reduz a quantidade de ácido que o estômago produz. Lorenin 2,5 mg - é um medicamento para o ajudar a tratar a sua ansiedade e para o ajudar a dormir. Sinvastatina Alter 20 mg - diminui o nível sanguíneo de colesterol e substâncias gordas chamadas triglicéridos. Clopidogrel 20 mg - utilizado em adultos para prevenir a formação de coágulos sanguíneos (trombos) que se formam em vasos sanguíneos endurecidos (artérias), um processo conhecido como aterotrombose, que pode conduzir a acidentes aterotrombóticos (tais como o acidente vascular cerebral, ataque cardíaco ou morte). Monoket Retard 50 mg - utilizado na terapêutica e prevenção da angina pectoris e de outras cardiopatias. Zaldiar - indicado no tratamento da dor moderada a intensa. Tromalyt - utilizado na redução do risco de enfarte do miocárdio em doentes com enfarte ou angina de peito instável, assim como na redução do perigo de recorrência de acidentes vasculares cerebrais. Todos estes para toma permanente. Em março de 2015 após a sua primeira tentativa de suicidio, Mário fica internado uma semana onde lhe foram prescritos os medicamentos a seguir referidos, Sertralina Alter 100 mg - a. A sertralina pertence a um grupo de medicamentos denominados Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (ISRS);

estes medicamentos são utilizados para tratar a depressão e/ou perturbações de ansiedade (com recomendação de toma durante uma semana). Quetiapina Mylan 100 mg - medicamentos designados por antipsicóticos. Em abril do mesmo ano, na sua segunda tentativa de suicídio, aos já prescritos na primeira tentativa, são adicionados os medicamentos em seguida referenciados, Pregabalina KIPA 25 mg - está indicado como terapêutica adjuvante no tratamento das crises parciais com ou sem generalização em adultos. Dor neuropática. Sindrome de ansiedade generalizada. Mirtazapina ratiopharm 30 mg - trata a doença depressiva nos adultos. Lorazepam 2,5 mg - é um comprimido para o ajudar a tratar a sua ansiedade e para o ajudar a dormir. Todos este de toma única até termino da quantidade receitada.

Perigosidade

Ao longo das sessões esta foi variando de um nível mais alto para um nível mais baixo. São claras as ideações suicidas, chegando à tentativa por duas vezes desde o inicio das sessões, inclui-se tentativa anterior, embora todas infrutuosas. Também demonstrou por vaias vezes intenção em matar outro, por explosões de raiva e dificuldade em aceitar a crítica, seja esta construtiva ou destrutiva.

Ao longo das sessões verifica-se evolução na eliminação destes pensamentos tendentes a serem aplicados na ação, por introdução de contrato verbal e reforço de confiança na relação terapêutica.

Análise e avaliação psicológica

A intervenção foi realizada através de entrevistas semanais, sempre que possível, sendo utilizadas técnicas como a linha de vida para obtenção de informação mais pormenorizada sobre queixas passadas comparando com as atuais. Contrato verbal, no sentido de evitamento de passagem de pensamentos e ideias suicidas apara a realização das mesmas, utilizada após primeira tentativa depois de início das sessões. E tarefas, no

sentido de edificar e promover competências de autocontrolo e autossuficiência. Sendo maioritariamente técnicas cognitivo-comportamentais e existenciais. Não se verificam alterações qualitativas ou quantitativas ao nível da consciência, verifica-se estado de lucidez e reconhecimento da realidade interna e externa. Manteve maioritariamente o foco de atenção nas sessões, salvo assuntos trazem causam recordações que causam sofrimento. Consegue sem problema situar-se no tempo, espaço ou situação, corretamente. Demonstra capacidade mnésica em assimilar, reconhecer, recuperar e evocar situações, objetos, vivencias passadas e pessoas. No entanto, mediante tema, demonstra alguma alteração quantitativa ao mesmo nível o que sugere hipermnésia. Não apresenta qualquer alteração ao nível da perceção, sendo capaz de dar reconhecimento e interpretação aos estímulos apresentados. No discurso não apresenta alterações orgânicas ou funcionais a este nível, apresentando boa quantidade, velocidade e razoável qualidade na sua produção. Apresenta uma produção de pensamento clara e fácil de seguir, no entanto ao nível do conteúdo apresenta ideias de suicídio. Ao nível do humor apresenta algumas alterações quantitativas que sugerem depressão, não apresentando alterações quantitativas. Não apresentas oscilações bruscas de humor.

Demonstra por afeto, na sua maioria angustia, tristeza, falta de recursos afetando diretamente o seu estado emocional, que derivam essencialmente de perdas ao nível pessoal e social e falta de situações que lhe sejam prazerosas. Apresenta atos impulsivos, tais como impulsos agressivos e destrutivos perante si próprio e perante alguns relacionamentos sociais. Não apresenta quaisquer alterações na motricidade, apenas o que já tem, dificuldade motora no membro superior que implica a motricidade fina, que não se revela diferente ao longo das sessões. No insight apresenta conhecimento da doença mas não compreensão sobre a mesma, demostra atitude positiva perante a

doença. Vê-se incapaz de solucionar por si o seu problema mais chamativo que serão as condições de vida, tende a imputar culpas/responsabilidade ao outro pela situação.

Mantém poucas ou nenhumas ralações socias, o que pode revelar incapacidade de manter relacionamentos, o que já se verifica no passado pelos relatos de vida, tanto ao nível social como familiar, que sugere implicação direta das situações passadas com a atual. Foram aplicados os seguintes testes SCL-90 para uma avaliação multidimensional de psicopatologia, MMSE para avaliação do funcionamento cognitivo e SF-36 para avaliação geral de saúde e de qualidade de vida.

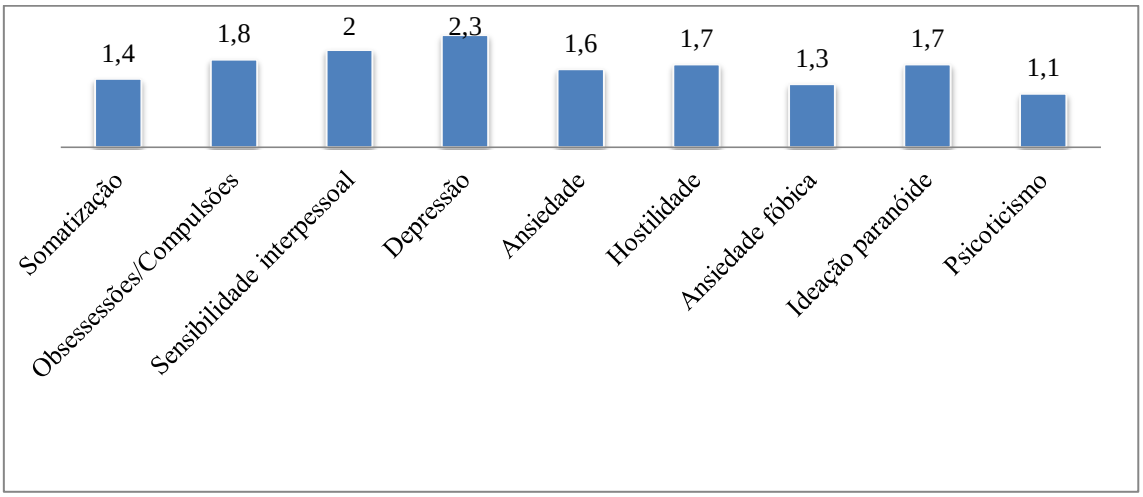


Gráfico 2- Apresentação dos resultados do Symptom Checklist 90

Após análise do SCL-90 verifica-se aproximação de possibilidade diagnóstica para patologia ao nível da depressão, embora não se possa confirmar pois para se considerar patologia os valores aplicáveis neste teste são iguais ou superiores a 2,5.

Tabela 4

Resultados MMSE

Categoria	Pontuação	
Orientação	A	5
	B	2
Retenção	3	
Atenção e cálculo	2	
Evocação	2	
Linguagem	A	2
	B	1
	C	3
	D	1
	E	0
Habilidade	0	
Total	21	

Com um resultado total obtido de 21 pontos no MMSE, nem teste que considera pontuação igual ou inferior a 15, para analfabetos, defeito cognitivo, verifica-se que Mário se encontra com boas aptidões cognitivas, apesar da sua condição atual de vida e dos eventos traumáticos a que foi sujeito. A avaliação deste teste foi considerada pela pontuação para analfabetos, devido à quase inexistente instrução académica do paciente, pelo que não seria coerente nem viável a cotação ser feita de outra forma.

Sf-36

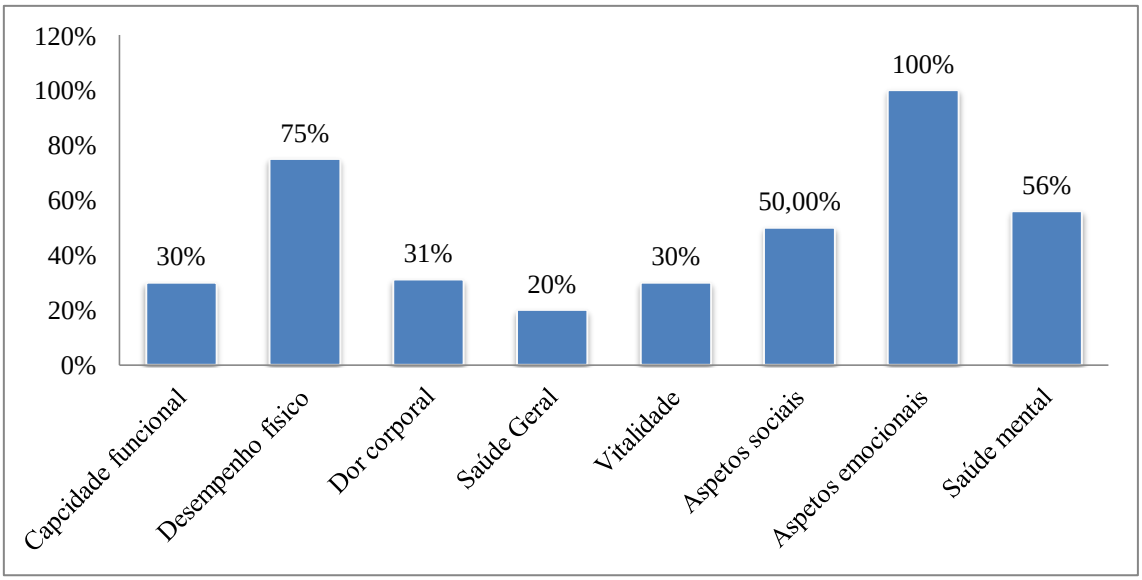
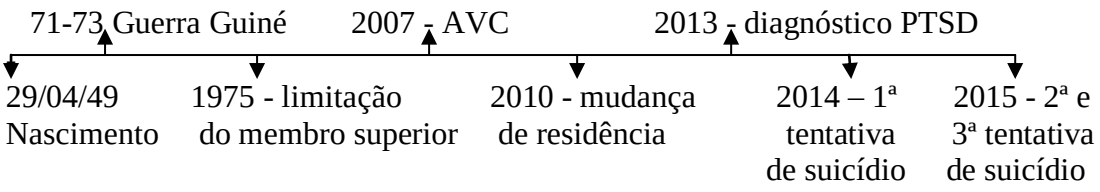


Gráfico 2 - Apresentação dos resultados do MOS Short Form Health Survey - 36 Itens %

Mário apresenta fracos resultados na sua capacidade funcional o que sugere a incapacidade física na realização das tarefas físicas o que demonstra que a sua limitação ao nível do seu membro superior o limita nesse fator, também se pode associar a sua fraca alimentação que torna a sensação de cansaço mais intensa, no entanto com o resultado superior no desempenho físico, embora um pouco incoerente com o resultado anterior, pode-se indicar que existe uma resistência aos mesmo fatores limitativos e vontade própria em realizar, ou tentar, trabalhos e exercícios mais básicos. Ao nível da dor corporal, apresenta baixa percentagem que mais uma vez vai de encontro à sua limitação e consequência da dor provocada pela mesma, bem como ao agravamento dor física por limitações associadas à idade e às lesões provocadas pela ingestão de comprimidos e veneno nas tentativas de suicídio, o mesmo se reflete no resultado no estado geral de saúde. Com relação à vitalidade e a média baixa percentagem apresentada reflete o cansaço e exaustão, mais uma vez devido à sua condição de vida precária. Os resultados obtido nos domínios dos aspetos sociais e emocionais revelam alguma incoerência entre os relatos e os mesmos resultados, facto que inviabiliza a avaliação destes domínios e pode refletir o não conhecimento e possível incapacidade para a realização de atividades sociais, ou apenas negação às mesmas. Com o resultado obtido no domínio da saúde mental pode-se inferir que embora com a apresentação de possíveis sintomas depressivos e ansiogénicos, existe, em momentos um estado de calma que diminui os anteriormente referidos, este que pode ser melhor explicado, também pela toma de medicamentos para redução dos mesmos sintomas.

<u>Linha de vida – Mário</u>



Hipótese diagnóstica e discussão do caso

O diagnóstico de perturbação de stress pós traumático, já referenciado, propõe-se de acordo com a observação entrevista e avaliação, preenchendo a maioria dos critérios do DSM-V.

Os critérios que baseiam o diagnóstico indicam a exposição à ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual, critério a. Aqui verifica-se a exposição direta a acontecimentos traumáticos, o testemunho presencial deles a outras pessoas e exposição repentina ou extrema a pormenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s), como por exemplo o recolher dos restos humanos. Mário foi exposto a este tipo de acontecimentos, presenciou a morte de vários companheiros militares, a perda de membros, serem feridos, inclusive relata ter carregado alguns deles, vivos e mortos.

No critério b, que define a presença de 1 (ou mais)dos sintomas intrusivos, cujo inicio é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s), aos quais estão associados sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou emoções do(s) sonho(s) estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s). Mário refere por várias vezes o acontecimento destes sonhos, chegando a uma sessão muito ansioso por ter sonhado que estava a sofrer um bombardeamento aéreo o que o fez cair da cama.

O critério c não é preenchido na totalidade, sendo apenas preenchido por associação. O mesmo sustenta o evitamento persistente do(s) estímulo(s) associado(s) ao(s) acontecimento(s) traumático(s). também o evitamento ou esforço para evitar estímulos externos como pessoas, lugares, situações, que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados. Este critério é preenchido por associação devido a relatos de Mário sobre o evitamento em ir ao cemitério ver os seus

pais, por lhe causar mal-estar, sentimentos de angústia, tristeza, ansiedade chegando a levar a desorientação que originou uma das vezes que se perde-se no cemitério andando a vaguear durante um par de horas por não conseguir encontrar a saída.

O critério d, refere-se a alterações nas cognições e no humor, associadas ao acontecimento traumático, que inicia ou agrava após o mesmo acontecimento, como é indicado no caso de Mário, pelas crenças e expetativas extremamente negativas sobre si mesmo, os outros ou o mundo. O estado emocional negativo persistente e interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos. O seu constante desânimo perante a vida que tem, o que queria ter e não tem, bem como a preferência por evitar convívio e descrer que as pessoas são confiáveis, sustentam este critério.

Alterações significativas de ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s) com inicio ou agravamento após o mesmo, referenciado como imprudente ou autodestrutivo, sustentam o critério e. aqui pode justificar-se com as várias tentativas de suicídio cometidas e perturbação do sono, Mário tem certas dificuldades em dormir calmamente, apenas consegue devido à medicação.

Critério f, que referencia a duração superior a um mês, o que se verifica. Critério g sustenta que a perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outra área importante. Critério h, define que a perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância, ou outra condição médica.

Como diagnóstico diferencial e segundo as perturbações propostas pelo DSM-V para o mesmo efeito, sugere-se a perturbação aguda de stress. Onde todos os critérios, à semelhança da hipótese diagnóstica, são preenchidos à exceção do critério c que refere que a duração da perturbação é de 3 dias a um mês após a exposição ao trauma.

Como principais comorbilidades o DSM-V propõe, entre outras, a perturbação por uso de substâncias, o que é comparável a situação que Mário relata, pela época em que foi dependente de álcool, que poderia ser uma proposta de diagnóstico se este acompanhamento psicológico abrangesse essa é da vida de Mário.

O trauma segundo DSM-V (2013) refere-se a experiencias repentinas e perturbadoras que são vivenciadas num ambiente de terror e medo, acarretando perigo ao nível físico e psicológico. Mário vivenciou esta experiência por varias vezes no decorrer do período em que se encontrou na guerra, o que implicou o seu bem-estar psicológico e por consequência manutenção de condições de vida.

O stress pós-traumático é desencadeado essencialmente por vivências de eventos traumáticos (Pereira & Monteiro-Ribeiro, 2003). O ressurgimento maioritariamente apresentado por Mário através de relatos de sonhos e evitamento a locais que associa a morte e perda, principais eventos traumáticos vividos, permitem segundo DSM-V (2013) sugerir o diagnóstico apresentado.

No entanto as principais queixas que Mário apresenta referem-se à sua condição atual de vida e fraca motivação de vida. O que Paúl (2007, cit. por Dias, 2013) refere como sendo fatores de risco para uma maior vulnerabilidade na vida do idoso.

Mário apresenta alguma revolta pela sua falta de autonomia remetendo sempre à dependência do outro (embora não mostra-se inicialmente vontade própria em alterar as suas condições). Nesta faixa etária e estando mais uma vez associado a mais um fator de risco para o envelhecimento bem sucedido. A falta de autonomia e dependência de terceiros, provoca nesta faixa etária uma sensação de desvalorização e desrespeito (Teixeira, 2010, cit. por Ramiro, 2012). Associado à falta de autonomia, Mário apresenta uma vida repleta de solidão na sua maioria por opção devido a crenças e descredibilização nas relações sociais, essencialmente por falta de rede de suporte

familiar e social. Neto (2000, cit. por Rodrigues, 2013) refere-se a solidão como sendo um sentimento um sentimento penoso que a pessoa tem devido à diferença do tipo de relações sociais que tem e as que realmente pretende ter. Em seguimento Mário é incentivado a estabelecer/manter novas relações sociais, tentando assim modificar as suas crenças relativamente às mesmas, o que começa a surtir efeito no decorrer deste acompanhamento psicológico. Que reflete o que Queiroz e Neto (2007, cit. por Guerra & Caldas, 2010) indicam como forma de combate à solidão nesta faixa etária, ou seja o contato social com intuito de serem desenvolvidas novas capacidades e procura de realizações pessoais. Isto porque o isolamento social está intimamente ligado a limitações e desenvolvimento a atividades e tarefas da vida diária (Hawton et al., 2011).

O fator guerra em Mário acarreta ainda mais perigosidade quanto à manutenção da qualidade de vida e bem-estar psicológico, devido às vivências e consequentes alterações no pensamento e surgimento de ideações suicidas. Que tal como Paúl (2007, cit. por Dias, 2013) refere, são vários os fatores que vulnerabilizam a qualidade de vida no idoso.

Em suma Mário é encaminhado para este acompanhamento devido ao possível diagnóstico de stress pós-traumático, no entanto as suas principais queixas e as principais alterações positivas nas mesmas, deram-se essencialmente no combate à solidão e resolução de problemas.

Metas do aconselhamento psicológico

- Eliminação dos pensamentos automáticos e ideação suicida, através da restruturação cognitiva.
- Aumento do bem-estar psicológico que permita o consequente aumento de autonomia e capacidade de lidar com as condições gerais da própria vida.

- Aumento de recursos internos com intenção de melhorar as relações interpessoais e eliminar a sensação de solidão por incapacidade de confiança nas mesmas relações.

Resumo das sessões

Nas 1ª e 2ª sessões foi efetuada a apresentação de terapeuta e paciente, dada informação sobre o que seria este acompanhamento e toda a informação sobre confidencialidade e procedimentos na relação terapêutica.

Recolha da máxima informação, anamnese e estabelecimento da relação terapêutica, embora reticente avança na 2ª sessão.

Iniciam-se as primeiras queixas sobre as dificuldades de vida em que Mário se encontra, informação de toda a rotina diária. Fala um pouco sobre a guerra da guiné, a sua fraca relação com o seu irmão, o interesse que existiu por parte da sua irmã e o seu relacionamento amoroso mais duradouro e estável (T. já falecida), dentro dos existentes. Mário informa que teve um avc e relata a sua primeira tentativa de suicídio ocorrida há poucos meses atrás.

Nas 3ª e 4ª sessões foi feita a devolução das propostas de metas a atingir com o acompanhamento psicológico e aplicado o questionário sf-36.

É retomado o tema da sua irmã por iniciativa de Mário e o mesmo apresenta humor irritável no desenvolvimento do tema. Afirma “só me chamou para ir viver com ela porque sabia que eu tinha dinheiro”, associando à desconfiança atual que apresenta na incapacidade de iniciação em relações sociais.

Por fim altera o assunto e apresenta um medicamento que é de toma diária afirmando “este comprimido é o que me mantém calmo”, demonstrando consciência e noção real do problema que o afeta.

Nas 5ª e 6ª sessões apresenta-se perturbado e cansado, informa que foi ao cemitério ver a T. afirmando "fui-me despedir dela" terminando a afirmação com um suspiro e apresenta-se abalado mas ao mesmo tempo aliviado.

Questiona se no próximo ano este acompanhamento psicológico irá prosseguir, o que demonstra a criação de empatia e estabelecimento da relação terapêutica. No entanto denota certa dependência e reforça a incapacidade de refazer relações de confiança. É acalmado com a indicação do profissionalismo existente na prática da psicologia e da passagem de informação fidedigna do trabalho realizado, a futuro profissional que o venha a acompanhar no futuro.

Surge alteração drástica de tema com a afirmação "doutora daqui a 1 ou 2 meses vou pôr termo à vida", onde é questionado se é um pensamento ou intenção de ação, a que responde "penso em fazer", do que se pode sugerir que não se verifica intenção total em realizar mas fica o alerta para ser trabalhado nas próximas sessões.

Nas 7ª e 8ª sessões dá-se o inicio com a fraca motivação para viver e reforça o facto "não tenho nada na vida a que me possa agarrar". É proposta a tarefa de entre estas duas sessões pensasse no que poderia ser feito e como, da parte do próprio para que pudesse alterar a situação em que se encontra, tornando numa situação mais sustentável. No sentido de ativar os recurso internos que facilitassem o pensamento e consequente promoção de autonomia, autocontrolo e autossuficiência.

Entre sessões surge a resposta à tarefa proposta " doutora o que eu podia fazer por mim era sair-me o euromilhões…" o que eu queria era estar de braços fechados e chegar alguém que mos abrisse". Demonstração e reforço da fraca resiliência já mencionada e tendência para depender do outro para a resolução de problemas.

Nas 9ª e 10ª sessões. Apresenta grande desorientação devido a sonho perturbador que o faz reviver a situação traumática da guerra o que provocou mal-estar e relata

“ sonhei que estava a sofrer um bombardeamento aéreo e caí da cama e bati com a cabeça na mesinha de cabeceira”.

Refere discussão e intenção de atos impulsivos/agressivos (que não chegaram a ser realizados), que teve com vizinha por a mesma lhe ter faltado ao respeito verbalmente.

Refere o inicio de uma nova relação amorosa com senhora que já conhece há anos, aqui houve necessidade de reforçar o não julgamento que existe nesta relação terapêutica devido à relutância que apresenta em falar sobre relações sexuais. Afirma indisposição no ato sexual com esta senhora e que “só me vinha à cabeça dar-me alguma coisa por causa do coração e só lhe ia dar trabalho”. Esta situação provocou a criação intensa de ansiedade sentida por não ter conseguido terminar o mesmo ato, o que demonstra que o mesmo tem consciência que se trata de uma situação psicológica.

Nas 11ª, 12ª e 13ª sessões. No decorrer destas sessões Mário apresenta elevada angustia e tristeza essencialmente por não se identificar com a época natalícia e épocas festivas que a envolvem. Mostra-se pouco interessado em desenvolver esse tema, apenas refere por várias vezes que não gosta da época. Foram sessões preenchidas por silêncios e reflexões.

A 13ª sessão teve uma duração menor devido a indisposição intestinal e febres altas que o afetavam.

Na 14ª sessão Mário aparece ainda combalido e informa que esteve no hospital e que para além da gripe, sofreu também de uma infeção urinária. Fala um pouco sobre a instituição onde faz a principal refeição (almoço), queixando-se essencialmente da comida e de não gostar de permanecer na mesma após o almoço para convívio, afirma “ ali é só malucos” onde é reforçada a fraca capacidade em iniciar ou manter relações sociais. É estimulado a ficar na instituição onde acontece este acompanhamento

psicológico após a sessão. Permanece embora inicialmente mostrando-se contrariado, mas após inicio de tarefas lúdicas verifica-se algum desenvolvimento no contato com os outros utentes e aumento de emoções positivas.

Nas 15ª e 16ª sessões. É aplicado MMSE. Volta a referência à instituição onde faz a sua principal refeição e em seguimento à estimulação pós sessão anterior, já refere que nomes de pessoas com quem mantém alguma comunicação nessa mesmo instituição.

Refere também "há dias fiquei lá depois de almoço a jogar dominó e até gostei", mas contrapõe com a indicação de que não gosta é das conversas doentias "todos têm doenças de tudo ainda saio de lá mais doente".

(nas datas de sessões seguintes não compareceu, após vários contatos telefónicos atende e indica que se encontra hospitalizado).

Na 17ª sessão apresenta-se bastante pensativo e cabisbaixo. Começa por relatar que no início da primeira semana de março tentou o suicídio, foi solicitado relato desse ato. Relata "saí do almoço e fui à drogaria comprar remédio dos ratos, fui para casa e tomei metade e chamei o 112". Segue-se um período de internamento para limpeza do estômago. Após questionado de razão para tal ato afirma "ando farto de andar aqui ando desanimado e nada me faz rir". Pensativo, com os olhos fechado e cabeça pousada sobre a mão afirma "a única coisa que queria era ter um bom almoço e um bom jantar". Sessão termina com indicação que será retomado tema na próxima.

Nas 18ª e 19ª sessões. Inicia-se com contrato verbal onde fica estabelecido que sempre que for invadido por pensamento e ideações suicidas Mário compromete-se a estabelecer contato telefónico, o mesmo contrato é selado com aperto de mão.

Refere nova explosão de raiva com a sua vizinha que originou atos violentos que associa à situação idêntica vivida com o seu irmão. Foi aplicado o SCL-90.

Na 20ª sessão, após ter faltado na sessão anterior, Mário apresenta-se triste, desanimado e relata nova tentativa de suicídio com o restante veneno que utilizou na tentativa anterior. Sem identificar razão aparente, afirma que fez nova tentativa "porque assim tive mis uns dias de conforto", associando o ato à possibilidade de estar, por um período de tempo, com condições de vida que não consegue ter em sua casa.

É confrontado com a quebra do acordo verbal que foi selado e com a quebra na confiança estabelecida nesta relação, ou a inexistência da mesma. Sendo questionado o sentido de continuação da relação terapêutica, ao que afirma "não doutora, não, eu confio em si, só queria ter um bocadinho de conforto". De imediato é introduzido novamente a tarefa de por si ativar recursos para resolução de problemas.

21ª, 22ª e 23ª sessões. Mário informa que já anda a tratar dos papéis para a reforma e que assim ganhando um pouco mais já consegue ter melhores condições de vida.

É-lhe dada informação e possibilidade de ser encaminhado para a associação de apoio aos ex-combatentes, vítimas do stress de guerra (APOIAR), mas que recusa de imediato com a indicação de que já se encontra inserido em 3 instituições.

Começa a demonstrar aumento de sentimentos positivos perante e alterações no pensamento e discurso como "a vida é para à frente e eu é que tenho que fazer por mim".

Reforça a motivação que aparenta com afirmação "hoje estou mal mas amanhã estarei melhor e se só tiver uma carcaça como uma carcaça e se amanhã tiver duas como duas".

Nas 24ª e 25ª sessões dá-se a finalização das sessões e devolução da evolução que houve. Entre estas sessões Mário fez viagem lúdica através da instituição e com outros membros da mesma, onde imperou o convívio no qual não mostrou desconforto que o incomodava inicialmente.

Foram sugeridas metas para que por ele próprio, após este final, mantivesse a evolução que foi atingida com este acompanhamento.

Até ao momento não há registo de nova tentativa de suicídio ou atos agressivos perante o mesmo ou outros.

Apresentação Caso Maria

Identificação

Maria tem 67 anos, do sexo feminino, viúva, natural de Oliveira do Hospital e vive atualmente sozinha. Tem como habilitações literária a antiga 3ª classe concluída, mais velha de 10 irmãos, católica não praticante e apresenta uma situação económica razoável.

Nº de sessões – 22

Data de início: 25 de Novembro de 2014; Data de fim: 26 de Maio de 2015

Referenciada pela associação Alkajuda por motivo de acompanhamento na solidão devido a se encontrar totalmente só ao nível familiar, na zona em que reside, devido à morte da sua filha e do seu marido. Apresenta-se com imagem cuidada e higiene pessoal adequada. Com atitude defensiva e um pouco reservada tanto por si como na relação terapêutica, mostrando-se mais sociável no decorrer das sessões de acompanhamento.

Demostra coerência entre a expressão facial e o discurso, muito reservada no que respeita a demonstrações e verbalizações emocionais. Apresenta uma linguagem verbal razoável, percetível e raciocínio logico. Mantém sempre uma postura reta, sendo percetível pelos movimentos corporais a indesejabilidade de resposta, continuação ou manutenção de temas indesejáveis para a mesma. Não aparenta qualquer transtorno psicológico, apenas aparenta algum sofrimento pela tristeza e solidão em que vive, agravadas devido à morte do seu marido que acontece há 8 anos, mostra-se com pouca

disposição para relações sociais, desde tenra idade, afirmando que sempre teve a ideia "de que mais vale antes só que mal acompanhada", apenas se queixa da sua lesão física que remonta a 1965, tendo recaído no ano anterior, no membro inferior esquerdo que limita um pouco a sua mobilidade mas estando em recuperação física e confiante que voltará a conseguir obter a mobilidade necessária para a sua vida. Mostra-se pouco confiante em relação à vida dizendo que "neste momento a única coisa que tenho certa é a morte e não há mais nada que me prenda aqui".

História de vida e condições de vida atual

Maria nasce em 1945, é a mais velha de 10 irmãos, frequenta a escola apenas té à antiga 3ª classe e começa a trabalhar logo após a saída da escola. Trabalha no campo com os irmãos, vai para Lisboa e volta à sua terra natal por duas vezes, entre os 13 e os 18 anos, sendo que aos 20 vai e permanece até ao momento. Afirma ter tido uma infância normal para a época e ter uma boa relação com a família. Nunca teve muitas relações de amizade, facto que se verifica desde a infância, apenas refere que teve "colegas mais próximas com quem ia beber café e aos bailes, não gosto muito de me expor" já em lisboa quando começa a trabalhar, sendo essas suas colegas de trabalho.

Atualmente mantém uma relação mais próxima com uma vizinha, com a qual partilha alguns momentos e situações menos privadas da sua vida e menos próxima com algumas outras com quem se reúne no café próximo a sua casa. Conhece o que depois se tornou marido aos 21 anos do qual tem a filha aos 23 anos. Mantém uma vida de trabalho e esforço, passando por habitar "numa pensão daquelas baratas" como afirma, após o nascimento da filha. Casa-se aos 35 anos, no entanto até esse período sempre viveu maritalmente com o pai da sua filha. Este sempre sofreu de uma doença de pele que a certa altura fez com que fosse despedido devido ao seu trabalho ser maioritariamente com publico diretamente. Facto que recorda com tristeza e mostra

alguma insatisfação e alguns sentimentos de agressividade como raiva e rancor, mas também compreensão por ser um local de trabalho. A sua filha morre de acidente no início da idade adulta, o que foi a sua grande perda, no entanto nunca foi possível a exploração mais pormenorizada no tema por resistência, demonstra tristeza sempre que fala no tema e mantem uma postura pensativa, quase estática. As informações que fornece apenas se referem à idade que teria agora se fosse viva e quando há tentativas de exploração do tema, o mesmo é desviado automaticamente pela mesma, o que pode sugerir um luto ainda não terminado ou evitamento de emoções, o que leva ao embotamento apresentado atualmente. O seu marido morre de doença oncológica há 8 anos atrás, refere-se à morte mostrando sentimentos de tristeza como nostalgia, saudade e melancolia e alguns de perigo como o desamparo. Não prolonga muito o tema, tal qual como acontece com a morte da filha, mas especifica que "toda a família dele teve cancro, já era genético" mostrando melhor aceitação relativa à perda. Não apresenta doenças significativas ao longo da sua vida, refere "tive as doenças normais da infância, sarampo, varicela ou como se refere "bexigas-doidas". Atualmente apresenta a limitação física devido a queda, no membro inferior esquerdo. Aos 67 anos reforma-se e não mantém qualquer outra atividade até ao momento, não se mostrando muito recetiva a qualquer outra ocupação, mesmo convívio e atividades dentro da associação pela qual foi encaminhada.

História médica e de saúde

Maria na infância apresenta as doenças naturais da idade, como sarampo e varicela e ao longo da sua vida não apresenta mais queixas significativas até aos 19 anos quando sofre uma queda que provoca uma lesão no membro inferior esquerdo, pela qual segue para operação e internamento, este que não sabe especificar em tempo, apenas que foi pouco. Manteve uma vida saudável e sem queixas até aos 68 onde por

consequência da mesma queda começa a ter fortes dores no mesmo membro. Verificou-se a necessidade de nova operação, aqui foi-lhe retirado uma parte do osso da anca para colocar no mesmo membro juntamente com platina. Em seguimento a esta operação esteve em internamento durante 15 dias seguindo-se de repouso absoluto, utilização de canadianas e fisioterapia com a duração de um mês. Atualmente ainda se encontra limitada devido a recetividade não ser a melhor possível, ao objeto estranho, por parte do organismo, já com nova avaliação médica agendada para futuro. Nunca foi alvo de medicação constante, atualmente toma medicamentos de forma permanente, para manter os níveis de tensão regulares, colesterol e temporários para as dores pela lesão.

Análise e avaliação psicológica

As sessões foram realizadas na casa da paciente, semanalmente sempre que possível, devido à impossibilidade logística de realização na associação que a referenciou e à sua mobilidade. O espaço pouco iluminado, luz natural maioritariamente e com varias memorias afetivas, nomeadamente fotografias do marido falecido, poucas ou nenhuma da filha. Maria uma pessoa de médio porte e forte, apresenta-se sempre bem cuidada, cabelo grisalho e postura reta. Mostrou-se sempre muito resistente a qualquer tipo de possível intervenção e avaliação psicológica, sendo a opção acompanhamento na solidão. Não apresenta quaisquer tipos de alterações ao nível da consciência, demonstrando estado de consciência saudável. Na atenção demonstra foco apenas no que pretende dar continuidade, demonstrando total falta de atenção em temas que lhe são desagradáveis, dispersando totalmente nestas situações de forma voluntária, não podendo ser sugerido qualquer tipo de alteração a este nível por se verificar que esta dispersão ser intencional e voluntária. Apresenta reconhecimento de tempo, espaço e localização sem qualquer tipo de alterações de orientação. Não apresenta alterações mnésicas, demonstrando por no decorrer das sessões qualidade na mesma, o que sugere

a não existência de desenvolvimento de demência. Sem qualquer tipo de alterações a registar no que se refere à perceção. Mantém um discurso coerente com as demonstrações emocionais e postura, não apresenta qualquer alteração, apenas empobrecimento de vocabulário e utilização de palavras incorretas gramaticalmente, o que sugere o fraco desenvolvimento gramatical devido à fraca instrução académica e do início precoce no mundo do trabalho não rodeado de muitos estímulos que pudessem ajudar no desenvolvimento positivo da linguagem. Apresenta bom curso de pensamento embora relativamente à sua forma apresente alguma sobreinclusão, não se restringindo apenas ao problema que lhe é apresentando e incluindo aspetos exteriores, possível ligação à forma voluntária de fuga a temas descrito na atenção. Apresenta alguma alteração quantitativa no que se refere ao humor e afetos, que sugere sintomas depressivos e luto não completado, possivelmente devido à solidão em que vive e às perdas que sofreu, que em seguimento de mostra alguma indiferença afetiva, aproximando-se bastante da apatia. Não apresenta qualquer alteração de motricidade, provocada por doença ou perturbação mental, apenas debilitada devido à limitação temporária por doença física. Respeitante ao Insight apresenta boa capacidade de distinção sobre a verdadeira natureza das situações e boa representação de si e do seu contexto. Foi aplicado o Mos Short From Healthy Survey – 36 Item (2version) no sentido de avaliar o estado de saúde e qualidade de vida da paciente. Para além deste teste foram usadas práticas cognitivo-comportamentais através de jogos de lógica, no sentido de estimular as aptidões cognitivas, como palavras cruzadas, sopa de letras.

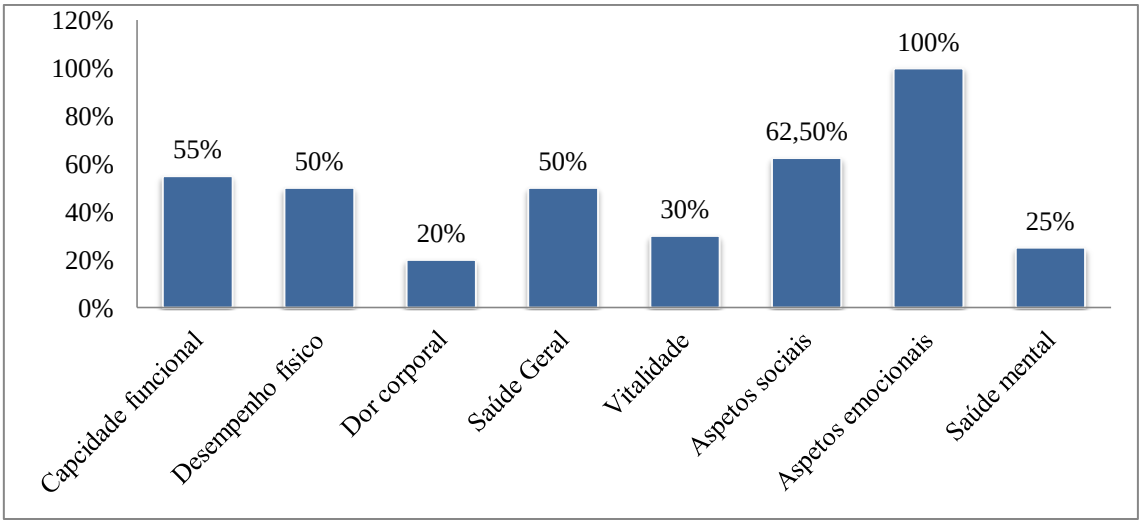


Gráfico 3 - Apresentação dos resultados do MOS Short Form Health Survey - 36 Itens %

Maria apresenta bons resultados na sua capacidade funcional, apesar da sua limitação física temporária, demonstrando capacidade na realização das tarefas e atividades físicas, o que sugere que motivação perante a limitação física, o que se reflete também com os resultados igualmente bons no domínio de desempenho físico, onde foram obtido resultados de 100%. Ao nível da dor corporal, apresenta baixa percentagem o que reflete o estado de recuperação ainda em curso. Com o resultado no estado geral de saúde, verifica-se que na sua perceção consegue a sua saúde como, não excelente mas boa, tendendo a mostrar-se resistente à doença. Relativamente à vitalidade a baixa percentagem reflete o cansaço e exaustão, mais uma vez devido à sua limitação física, embora com capacidade de resistência a fadiga física interfere de forma negativa neste domínio. A percentagem obtida no domínio dos aspetos sociais poderão revelar alguma incoerência entre as verbalizações e as respostas dadas, no entanto estas podem ser desvalorizadas pelas mesma devido à quase inexistência de atividades sociais, a mesma interpretação se reflete nos resultados dos aspetos emocionais e a sua máxima percentagem obtida. Por fim com a saúde mental existe a confirmação que vem sendo referida dos possíveis sintomas associados à depressão, devido aos fatores solidão e

perdas sofridas. Através dos jogos de lógica foi verificada boa aptidão e raciocino lógico, estes ajudaram também na evolução da relação terapêutica.

Hipótese diagnostica e discussão do caso

Tendo em conta o acompanhamento realizado e resistência como limitação à terapia, com a informação recolhida através da observação e entrevista e segundo o dsm-v propõe-se o diagnóstico de perturbação depressiva devida a outra condição médica, pelo preenchimento dos critérios que a sustentam.

O critério a, define a predominância de humor deprimido e desinteresse ou diminuição de prazer na maior parte das atividade. Fato coerente com a informação recolhida e observação efetuada. Maria na maioria das sessões apresenta-se com humor deprimido e desinteresse em efetuar qualquer atividade tanto só como acompanhada.

O critério b, refere-se à evidência de que a perturbação é consequência fisiológica direta de outra condição médica. Maria pela limitação física (embora temporária, esse tempo é bastante prolongado e limitativo) apresenta sintomas marcadamente depressivos como consequência direta da mesma limitação.

No critério c, a perturbação não é melhor explicada por outra perturbação mental, Maria não apresenta indícios de sintomas que possam preencher critérios de outra perturbação.

O critério d, define que a perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um delirium, o que corresponde à realidade de Maria.

Por fim o critério e, onde os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social e/ou ocupacional. Como é verificado pelos sintomas depressivos que Maria apresenta, associando ao interesse e/ou participação em atividades, fortemente diminuídos, tal como a diminuição e quase inexistência de rede social.

De acordo com Vaz (2009, cit. por Rodrigues, 2013), fatores como idade, estado civil, saúde e existência, ou falta dela, de rede social são dos maiores impulsionadores de sintomas que levem à existência de depressão. Maria devido tanto à sua limitação física como ao facto de ser viúva e possuir uma fraca rede de suporte social, encontra-se mais vulnerável ao desenvolvimento desses sintomas, como se verifica.

Embora a tristeza seja natural na existência humana, essa condição afeta diretamente a vida da pessoa quando em demasia. Provocando principalmente a diminuição de interesse em tarefas prazerosas, tal como motivação e alegria de viver (Nunes, 2008 cit. por Dias, 2013). Essa tristeza que Maria já apresentava, também associada a sentimentos de ir, pelas perdas sofridas e pelo facto de já não ter uma rotina diária, ou seja por já não fazer parte do mundo do trabalho. Esse facto que a não incomoda por um lado, devido a se ter iniciado nesse mudo muito jovem, mas por outro deixa de ter rotina e objetivo diário o que diminui a interesse de realizar/iniciar novas atividades. Tal como refrem Beck & Alfrod (2011 cit. por Rodrigues, 2013), por ligação à saída do mercado de trabalho e consequente perda de posição social, dá-se a ativação e aumento de sintomatologia depressiva.

A todos estes fatores associa-se a solidão e o isolamento social, essencialmente definidos pela abstinência de contatos com outras pessoas. E tal como McMunn et al., (2011), a solidão ou pessoas solitárias têm tendência a ter uma menor integração social, bem como criação/manutenção da rede social que as possam suportar.

Este estado solitário e desinteresse social apresentado por Maria implicavam que a sua principal atividade fosse ver televisão. Pinquart & Sörensen (2011 cit. por Losada et al., 2012) referem como um dos principais preditores para a solidão e como consequência da mesma que uma das principais companhias dos idosos é de facto a televisão.

Em suma o desenvolvimento pessoal e bem-estar psicológico contribuem para um processo de envelhecimento bem-sucedido, autonomia e melhor aceitação da mesma condição (Baltes & Baltes, 1990 cit. por Pereira, 2012). Tendendo à não ativação de sintomatologia depressiva, o suporte social também é de extrema importância para um envelhecimento bem sucedido, tal como Rabelo & Neri (2005 cit. por Pereira, 2012) referem que a exposição a eventos de crise é melhor superada se houver a existência de rede de suporte social.

Metas do aconselhamento psicológico

- Eliminação de descredibilização nas relações sociais.
- Reestruturação cognitiva através da promoção de competências pela implementação de jogos lúdicos e atividades que fortaleçam a dinamização mental.
- Aumento da autoconfiança e bem-estar psicológico através da implementação de tarefas satisfatórias.
- Aumento da gestão emocional que levem à reformulação dos esquemas defensivos.

Resumo das sessões

1ª e 2ª sessões - Apresentação de paciente e terapeuta em conjunto com a pessoa responsável pela instituição que a encaminhou.

É estabelecido o espaço físico onde iram decorrer as sessões, que será na casa da paciente, devido à fraca mobilidade de Mária por operação ao membro inferior.

Primeiras informações dadas pela paciente sobre a sua temporária limitação física e início do tema das perdas sofridas, morte do marido e filha. Sem ser demonstrada qualquer alteração emocional aquando da menção a essas perdas.

Feita recolha de informação através de anamnese.

3ª sessão - Explicação sobre o que será este acompanhamento psicológico e informação sobre confidencialidade e procedimentos inerentes ao acompanhamento psicológico.

Feito primeiro pedido para baixar o volume da televisão ou desligar, o que não surtiu efeito e afirma "eu ouço bem", perceção de início a resistência a terapia. É dada continuidade ao tema das perdas sofridas, onde novamente sem qualquer alteração emocional demonstrada afirma "o meu marido morreu de cancro mas a família dele toda também sofreu disso, já é genético". Informa a data da perda da filha mas não mostra interesse em desenvolver o tema.

4ª e 5ª sessões - Apresenta-se com humor irritável e atitude agressiva nas verbalizações, que altera no decorrer da sessão. Queixa-se dos preços relacionados com do sistema de saúde e as despesas avultadas que tem tido devido à intervenção cirúrgica que sofreu.

Foi aplicado o SF-36 e preenchido pedido de teleassistência para encaminhamento para a Junta de Freguesia.

Inicia tema sobre época natalícia e que se ia reunir com a família na terra de onde é natural, não se demonstra muito entusiasmada pelo fato e afirma "só me dou com esta minha irmã, os outros não me ligam por isso também não lhes ligo".

Mostra-se revoltada e justifica a não relação próxima com a restante família devido a situação incomoda que viveu aquando das partilhas por falecimento dos pais. Verifica-se ligação às suas fracas relações sociais.

6ª e 7ª sessões - Após época natalícia relata simplesmente que tudo correu bem e demonstra agrado em ter estado reunida com a família. Tentativa de aprofundar sensações e emoções da própria, questionamento sobre qual a sensação e emoção sentida com esta reunião familiar, com intuito de se perceber o seu funcionamento e

ajustamento emocional e psicológico. Ocorrência imediata de desvio do tema com a afirmação "sabe, já passaram aqui algumas pessoas como você, o que eu preciso é de companhia", o que reflete a oposição na entrega à relação terapêutica. Após esta indicação e resistência já demonstrada é tomada a decisão de ser feito acompanhamento na solidão.

8ª, 9ª e 10ª sessões - É referida a melhoria física sentida apos inicio de fisioterapia. Com o aproximar da época festiva do carnaval é colocada questão de que irá fazer nessa época, ao que refere que se trata de uma dia normal e nunca ter sido grande apreciadora da mesma. Possível associação ao fato de ter iniciado o trabalho laboral ainda muito cedo e ter sido deixado para trás a vivência destas experiências na infância.

Informa que possivelmente irá fazer um passeio com a instituição que a encaminhou, mas não confirma e afirma "não gosto muito de me misturar, se a minha vizinha for também sou capaz de ir" mais uma vez o reforço da fraca rede de suporte e capacidade em iniciar relações sociais.

Dá-se o início a referência à mesma vizinha, como das únicas pessoas com quem se relaciona e que considera, mas informa "às vezes perco a paciência quando ela começa a falar da família toda, já estou farta dessas conversas" sugere incomodo com o tema possivelmente por não poder argumentar sobre o mesmo da sua parte.

11ª e 12ª sessões - Apresenta-se ansiosa e afirma "estou nervosa à espera da consulta com o médico que me operou para ver o que me diz depois de ter feito a fisioterapia", reforça a ansiedade sentida pela necessidade em perceber se está a recuperar ou não e refere "estou farta de estar presa a este sofá".

Introdução de tarefas a realizar nas próximas sessões, que irão passar por alguns jogos para desenvolvimento cognitivo, ao que se mostra bastante recetiva. Informada que o seu pedido de teleassistência já está a ser encaminhado devidamente e mostra-se

agradada quanto a isso. Após estas indicações solicita auxílio em arrumações nas louças da cozinha.

13ª e 14ª sessões - Ambas foram preenchidas no auxílio na procura e seleção dos documentos necessários para entrega do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares.

Salienta-se, com devida importância, de pedido de desculpa de Maria por não ter sido dada atenção devida nestas sessões, o que reflete alteração positiva no humor e tendência para a eliminação dos esquemas defensivos na relação terapêutica.

15ª e 16ª sessões - Maria apresenta melhorias ao nível físico que também se reflete no humor. São introduzidos jogos de lógica e raciocínio como palavras cruzadas, sopa de letras e diferenças. É apresentada alguma resistência inicial, que é diminuída e eliminada com o interesse no decorrer dos jogos e com o alcance do objetivo dos mesmos. Verifica-se boa aptidão e raciocínio lógico.

17ª sessão - Após época festiva (páscoa) e nova reunião com a família, Maria refere mais uma vez agrado na mesma.

É estimulada a sair mais de casa visto que já se consegue movimentar melhor, mas apresenta algum receio em nova queda que prejudique a sua total recuperação. Também apresenta cansaço físico e não está muito disposta em continuar a conversar devido a dores que sente e por isto termina a sessão cerca de 20 minutos antes do habitual.

18ª sessão - Está acompanhada pela sua vizinha e diz à mesma que pode permanecer na sua casa (situação pouco profissional). A sua vizinha introduz tema sobre a sua família e preenche mais de metade da sessão até ao momento em que Maria, em tom de graça a interrompe e afirma “olha lá mas esta menina vem aqui para falar comigo, não é para te estar aqui a aturar” existe um silencio imediato por parte da sua

vizinha. Maria sorri, pisca o olho, mostrando liderança mas ao mesmo tempo empatia pelas presentes.

19ª e 20ª sessões - Início da devolução da evolução que Maria apresenta, principalmente na diminuição de esquemas defensivos, estimulação cognitiva. Incentivo à manutenção das mesmas e das capacidade de abertura que mostra a novas experiências bem como estabelecimento de relações sociais mais profundas e duradouras.

21ª e 22ª sessões - Auxílio em algumas tarefas domésticas, reforço da ideia de sair de casa mais vezes e é estabelecida a continuidade deste acompanhamento até lhe ser definido um novo acompanhamento psicológico por parte da instituição que referenciou este.

Conclusão

A realização deste estágio revela-se uma experiência extremamente importante e enriquecedora pois é aqui que se inicia o contacto real com a Psicologia Clínica. Onde foi possível interligar a teoria abordada ao longo do curso com a prática, intervindo em situações reais. Bem como toda a perceção do que se revela, na prática, ser o trabalho de um psicólogo, dando especial enfase à relação terapêutica e à relação com uma equipa multidisciplinar que foi constituinte deste estágio.

Ressalto o desenvolvimento de competências adquirido tanto ao nível da avaliação psicológica, como à aplicação dos aspetos teóricos relativos ao comportamento e cognição e toda a sua análise, interpretação e prática direta.

O trabalho institucional fornece uma grande mais valia no que se refere às relações humanas, qualidade das mesmas e uma maior sensibilidade no tratamento de todas as tarefas envolvidas para melhoria da qualidade de vida das pessoas que dele carecem.

No que concerne aos objetivos propostos para este estágio, consideram-se cumpridos na sua maior percentagem, sendo cumpridos essencialmente através da realização de várias atividades tanto de foro psicológico como lúdico e recreativo.

Todo o trabalho realizado neste estágio foi realizado sempre à luz da responsabilidade, profissionalismo e ética que devem estar compreendidos nesta prática, dando especial atenção o respeito pelo outro.

Os casos que foram alvo de estudo e são aqui apresentados continuam em acompanhamento social, tendo em vista novo acompanhamento psicológico logo que possível.

Reflexão Final

A realização e término deste estágio reflete o culminar de todo o processo de aprendizagem adquirida ao longo da licenciatura e mestrado, interligando a teoria com a aplicação prática em contexto real.

É aqui que se apresenta o primeiro contato direto com a Psicologia Clínica e é também aqui que se sente a responsabilidade, a sensibilidade, o medo e acima de tudo a vontade de prática no que é estar para o outro. Por várias vezes é sentido receio em falhar, o questionamento sobre a qualidade de intervenção e a interrogação na capacidade de suficiente distanciamento para proporcionar a ajuda necessária a cada situação. Aqui realço a importância do papel da supervisão e orientação, pois para além de o desenvolvimento profissional ter em conta toda a aprendizagem teórica até ao momento, o apoio profissional e pessoal dado por estes reforça as capacidades, a exploração e compreensão, que por vezes descuramos por fraqueza e receio.

A faixa etária da população-alvo também se revela um desafio devido a todo o cuidado a ser dado e necessidades compreendidas pela mesma, o contato direto com a realidade cada vez mais sentida no nosso país a este nível leva a uma reflexão e maior responsabilidade sentida no tratamento e intervenção nesta população. Aqui sugeria uma intervenção mais sustentável ao nível psicológico, como sessões semanais sem quebras por grandes períodos, pois estas levarão ao rompimento e comprometimento de um acompanhamento psicológico adequado. Porém como estamos a falar de instituições de solidariedade social é necessário ter em conta as suas limitações, mas um trabalho dedicado e interligado com outras instituições de educação, sociais e hospitalares proporcionaria uma melhor qualidade de acompanhamentos para a população referida.

Por fim realço a evolução da consciência responsável na prática da Psicologica Clínica, adquirida com a experiência profissional, sempre tendo em conta os princípios e regras de conduta inerentes a esta profissão.

Referências

American Psychatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5*. (5ªEd). Lisboa: Climepsi Editores

Assis, M. (2005).Envehecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão para as Ações Educativas com Idosos. *Revista APS*, (8 81), p. 15-24.

Bateman, A., Brown, D., Pedder, J. (2003). *Princípios e práticas das psicoterapias* (2ªed). Lisboa: Climepsi.

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

Campos, R. (2005). *Psicologia Comunitária da solidariedade social à autonomia* (10ªed). Petrópolis: Editora Vozes.

Dias, N. (2013). *Solidão, Depressão e Qualidade de vida do Idoso em diferente Contextos de Vida: Aperspectiva do Próprio e do seu Cuidador* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia, Lisboa

Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. A., Schetini, R. & Luis del Rey, A. (2012). Promoting Active Aging Through University Programs for Older Adults. *GeroPsych*, 25 (3), 145-154.

Ferreira, O. G. L. Maciel, S. C., Silva, A. O., Santos, W. S. & Moreira, M. A. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev. esc. enferm*. USP, 44 (4), 0080-6234.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O. & Moreira, M. A., (2011). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Enferm*, 21 (3), 0104-0707.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. M. (2006). Promoção de Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 7 (1), 137-143.

Gonçalves, O. (2000). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas* (3ªed). Porto: Edições Afrontamento.

González, A. M. (1998). *Psicologia Comunitária: Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Sintesis Psicologia.

Guerra , A.C. & Caldas, C.P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. saúde colectiva*, 15 (6), 1413-8123.

Leal, I. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio* (1ªed). Lisboa: ISPA.

Lopes, M. I. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social.* Lisboa: Coisa de Ler.

Namora, F. (1977). *Deuses e Demónios da Medicina.* Circulo de Leitores.

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Cínica.* Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, C. S. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores- Departamento de Ciências de Educação, Ponta Delgada.

Pereira, M. G. & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress Traumático: Aspectos tóricos e intervenção.* Lisboa: Climepsi Editores.

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

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Instituto para o Desenvolvimento Social ; PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2000) - *PAII: Programa de Apoio Integrado a Idosos: relatório de actividades 1999.* Elaborado por Rosa Maria Araújo Sampaio [et al.]. Lisboa : Instituto para o Desenvolvimento Social.

Ramiro, J. (2012). *Envelhecimento e dinâmicas sociais*. Universidade de Coimbra-Faculdade de Economia, Coimbra.

Ramos, L R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad, Saúde Pública*, 19(3):793-798.

Reimão, C. (coord.) (2008). Ética e profissão: desafios da modernidade: atas de colóquio Lisboa: Universidade Lusíada.

Rodrigues, C. (2013). *A Solidão e a Depressão nos idosos: Estudo numa amostra da População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2007). *História da Psicologia Moderna.* (8ªEd). Thomson.

Silveira, V. N. (2012). *A Nutrição no Envelhecimento*. Universidade do Porto - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto.

Tesch-Romer. C. & Wuem, S. (2012). Research on Active Aginig in Germany. GeroPsych, 25 (3), 167-170.

Vidal, A. S. (1996). *Psicologia Comunitária: Bases conceptuales y Métodos de intervención*. Barcelona: EUB.

Anexos

Lista de Sintomas de Hopkins-Revista

SCL-90-R

Nome:_____**Data**:___/___/____

Instruções:

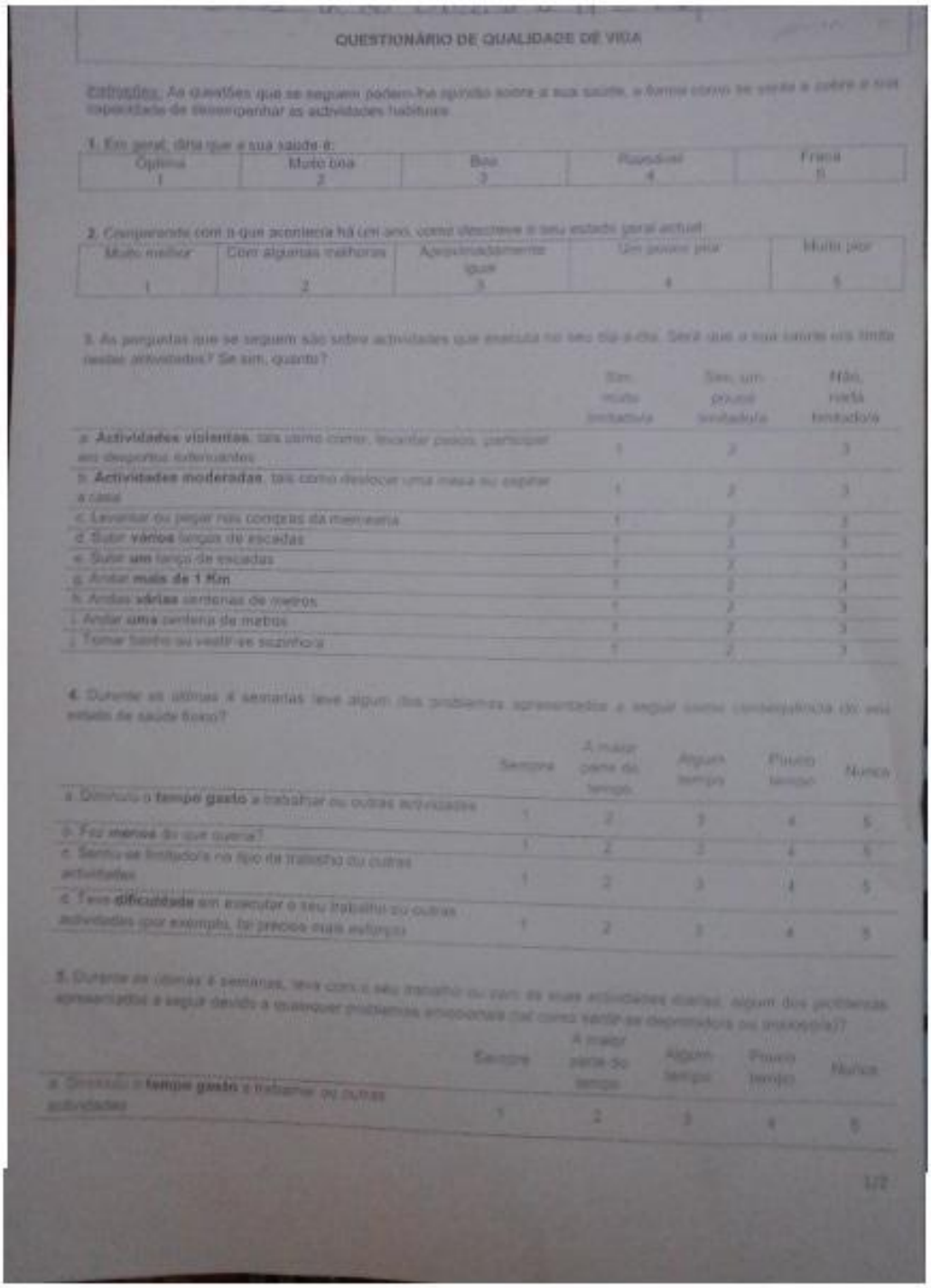
Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE _____ INCLUÍNDO O DIA DE HOJE. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço 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					



QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Instruções: As questões que se seguem podem-lhe oprimido 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 aconteceu 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 limita nestas actividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitadora	Sim, um pouco limitadora	Não, nada limitadora
a. **Actividades violentas**, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos exigentes	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** lances de escadas	1	2	3
e. Subir **um** lance de escadas	1	2	3
g. Andar **mais de 1 Km**	1	2	3
h. Andar **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	Alguns tempos	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 exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

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 qualquer problema emocional (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguns tempos	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o **tempo gasto** a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5

1/2

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, até 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	Imensa
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	Imensa
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 cheia de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervosa?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimida que nada a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calma e tranquila?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimida?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu esgotada?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansada?	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 as outras	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencida de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

2/2

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 peço-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: ____

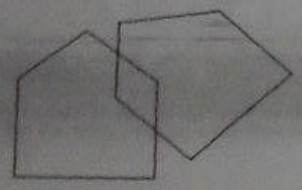
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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

Apêndice

JUNTA DE FREGUESIA DE ALCANTARA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

MESES DE OUTUBRO 2014 – MAIO 2015

Técnicos Responsáveis:

Sílvia Marta (Psicóloga Estagiária) | E-mail: silviamarta13@gmail.com

Este relatório de atividades 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 8 de Outubro de 2014 a 28 de Maio de 2015. Decorrente do programa Intergerações da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa em parceria com a Junta de Freguesia de Alcântara, as visitas domiciliárias propunham-se a inquirir a população com idade igual ou superior 65 anos, não institucionalizada, sobre os problemas e dificuldades que enfrentam diariamente.

Estas visitas foram efetuadas por uma equipa multidisciplinar, constituída por psicólogas estagiárias e assistentes socias, algumas delas também estagiárias. A postura adotada pelo estágio de psicologia clinica, foi essencialmente de observação e abordagem de cariz social o que permite a perceção da existência de 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, autoestima, luto, 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 efetuada 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, efetivamente 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 autoestima. 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, ela pode ocorrer em qualquer fase da vida.

Foi também utilizado, sempre que possível e que fosse aceite, questionário "*SF-36 v2 - MOS Short Form Health Survey – 36 Item (version 2)* " que visa uma avaliação geral de saúde e de qualidade de vida, para indivíduos com e sem doença permitindo a comparação de resultados com a população em geral. Este questionário é constituído por 36 itens, com um período medio de preenchimento de 10 minutos, aplicável a adolescentes, adultos e idosos. Avalia 8 dimensões, sendo estas denominados por capacidade funcional, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais e saúde mental. As pontuações são classificadas de 0 a 100, sendo que o 0 será o pior estado de saúde e 100 o melhor.

Com este documento pretende-se retratar a realidade de áreas temáticas, nomeadamente luto, depressão e vulnerabilidade, potenciar a integração e reflexão de conhecimentos teórico-técnicos no âmbito da intervenção da Psicologia Clinica. Após análise e reflexão dos dados recolhidos procedeu-se à apreciação geral do conteúdo do diagnóstico psicológico.

Cuidadores Familiares ou Primários

(Rua José Dias Coelho, Rua Amadeo de Sousa Cardozo, Rua Artur Lamas, Escadinhas de Stº Amaro, Travessa Gibraltar)

Com o aumento da expectativa de vida, recentes estudos indicam que aumentam também as doenças crónico-degenerativas, nomeadamente os processos demenciais. Progressiva e irreversível, a demência compromete o raciocínio, a memória, a perceção, a atenção, a capacidade de conhecer e reconhecer, a linguagem e a personalidade, tornando o seu portador cada vez mais dependente, impedindo-o de realizar as mais simples tarefas da vida diária. Além do mais, dificultam cada vez mais o relacionamento com amigos, com o trabalho e, em particular, com a estrutura familiar pela sobrecarga emocional sendo, portanto considerada uma doença familiar, que impõe a necessidade de programas e medidas de apoio, tanto para a pessoa demenciada como para os seus cuidadores.

No ambiente doméstico, os cuidadores familiares são confrontados com múltiplas tarefas que evoluem em todo o processo da doença. Nos estádios iniciais, é necessário o suporte apenas para atividades instrumentais da vida diária mas a necessidade de cuidados tende a ser maior à medida que a doença avança, até que a vigília ao idoso demenciado se torna constante. A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pela demência. Por norma, a doença progride lentamente, que implica o maior risco de morbidade psicológica e física e funcionamento social prejudicado, comprometendo a sua capacidade de cuidar. As evidências sobre o impacto pessoal, social e de saúde do cuidador deram origem a programas de intervenção que visam diminuir a pressão do cuidador.

Propostas de Intervenção:

- ✓ Grupo de apoio ao cuidador, que oferecem aconselhamento e contribuem para a superação de dificuldades ocorridas desde o momento do diagnóstico até as etapas mais avançadas da doença. (http://cuidadores-alzheimer.web.ua.pt/ / Unidade de Neuropsicologia do Hospital Egas Moniz)
- ✓ Psicoterapia individual, adequação da resposta clínica às necessidades e indicações avaliadas em cada utente. A compreensão das problemáticas resultantes da condição de

doença e dos seus efeitos nas estruturas familiares constitui-se como um fator de extrema importância na elaboração da estratégia terapêutica, pensada sempre que possível numa perspetiva integrada.

- ✓ Psicoeducação, informação fornecida sobre tratamentos, cuidados necessários ao idoso com demência, entre outros temas de interesse são oferecidas através de palestras concedidas por convidados especialistas e pelo coordenador do grupo de aconselhamento. A importância desta intervenção reflecte-se quando há carência de informações básicas ou preparação formal adequada para os familiares e para a comunidade sobre o manuseamento diário adequado dos indivíduos.

A psicoeducação tem um efeito consistente como redução dos sintomas depressivos, melhoria do bem-estar subjetivo, aumentos de habilidades e conhecimentos dos cuidadores e da capacidade de lidar com os sintomas dos idosos cuidados. Educar os pacientes e familiares é fundamental, pois as informações sobre a patologia contribuem para a identificação dos pensamentos e comportamentos distorcidos que estão na base da aflição e sofrimento.

Doença Mental

(Rua Diogo Cão, Rua Dom João de Castro, Rua da Cruz a Alcântara, Rua de Alcântara. Rua Quinta Jacinto)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental é “um estado de bem-estar em que o indivíduo tem noção das suas capacidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade”. São critérios da doença mental mal-estar ou défice funcional clinicamente significativo, um impacto e prejuízo na vida da pessoa doente, ao nível pessoal, social, ocupacional ou qualquer outra área importante da vida da pessoa, deteriorar as capacidades ou provocar uma mudança inequívoca no funcionamento da pessoa.

Infelizmente, o termo doença mental ainda tem um sentido pejorativo, por ignorância, sentimento de ameaça e/ou vulnerabilidade das pessoas. A imagem e conceito de doença mental são ainda associados a pessoas violentas, agressivas, incapazes ou que só cometem loucuras, o que contribui para a estigmatização da pessoa. Nada de mais errado. A doença mental é, atualmente, extremamente comum. Não deve ser confundida com a quebra de normas ou funcionamentos sociais, de sentimentos, de crenças ou valores religiosos ou morais que divirjam deste ou daquele grupo, sociedade ou cultura. Compete aos técnicos de saúde mental estudar, avaliar, tratar e reflectir, para que se consiga evoluir mais e intervir cada vez melhor, bem como informar e alertar a sociedade para desmistificar a doença mental.

A procura de um serviço de saúde mental não significa necessariamente que se está doente mentalmente segundo os critérios clínicos, mas tão-somente pode significar que se está em sofrimento emocional, com dificuldades relacionais ou preocupado com aspetos profissionais e pessoais, por exemplo. Atendendo a esta complexidade, os diagnósticos devem ser feitos por profissionais com formação clínica apropriada, experiência e capacidade de avaliação clínica.

Descrevemos sucintamente algumas das perturbações do foro psicológico que observámos durante as visitas domiciliares. Não se tratam de sintomas ou sintomatologia mas diagnósticos realizados pelos profissionais competentes sendo que, a maioria está a ser acompanhada nas unidades hospitalares.

- Perturbação Bipolar - caracteriza-se por um humor elevado (mania) ou baixo (depressão). Existem estados depressivos ou de elevação do humor não tão graves e nesse caso falamos de ciclotimia. Noutros casos, a elevação do humor não atinge proporções tão graves e, nessa altura, falamos de hipomania.
- Perturbação Obsessivo-Compulsiva - o que a caracteriza são as obsessões e as compulsões. Obsessões são ideias, pensamentos, impulsos que a pessoa não quer ter, mas não controla e causam ansiedade significativa. As compulsões são comportamentos, ações, pensamentos, em resposta ao mal-estar causado pelas obsessões.
- Perturbação Esquizofrénica - dentro dos sintomas positivos há a destacar a presença de delírios (perturbações do pensamento, ex.: perseguição, grandiosidade) e alucinações (perceção de um objeto na ausência do mesmo). Em relação aos sintomas negativos, há a referir o isolamento, a apatia e o embotamento afetivo. Nos sintomas cognitivos, temos as dificuldades de atenção, concentração, memória e funções executivas. Por último, nos sintomas afetivos podemos encontrar sintomas da linha depressiva ou ansiosa.

<u>Propostas de Intervenção:</u>

- ✓ Implementação de programas de reabilitação psicossocial, empowerment e *recovery* das pessoas com doença mental. Considerar a individualidade de cada pessoa na definição dos seus planos de integração e tratamento é também fulcral, tal como o envolvimento do próprio na definição dos mesmos, para o mesmo fim.
- ✓ Implementação de programas de suporte à integração comunitária em áreas como o emprego, a habitação e a educação constituindo-se um enquadramento favorável no suporte a esta população.

- ✓ Desenvolvimento de projetos/iniciativas na freguesia e no uso das atividades lúdico-culturais proporcionar a redução e eventual desaparecimento do estigma e da discriminação, em articulação com as entidades competentes.

Luto

(Rua do Giestal, Travessa do Sebeiro, Rua do Alvito, Bairro do Alvito, Rua do Cruzeiro, Rua Alexandre O'Neill)

A experiência de luto é uma das mais dolorosas e intensas pelas quais podemos passar. O luto é uma experiência de sofrimento reativa, ou seja, um sentimento de perda de alguém ou algo que nos seja querido e que, portanto, supõe-se tremendamente angustiante. Contudo, quando falamos em perdas não nos referimos somente à morte, mas sim a diversas experiências de perda, como a separação entre as pessoas vivas, a doença como parte da pessoa que morre, o próprio desenvolvimento humano como formas de evolução e morte, a morte psíquica, as amputações, a perda de uma casa, dentre outras possibilidades

Tomar consciência da individualidade pelo qual cada um de nós experiencia essa vivência é fundamental para conseguir ultrapassar este processo. Apesar de ser um processo único e singular, vários autores sugerem que o processo de luto é vivido em diferentes fases que não são sequenciais nem obrigatórias a todas as pessoas. Não defendendo a escaramuça de nomenclaturas, denominamos a primeira por Negação. Nesta, são experienciados sentimentos de choque, descrença, confusão e negação. A pessoa que passa pelo processo de luto fica desorientado, sem saber o que fazer, podendo isolar-se num progressivo evitamento do confronto direto com essa realidade.

Numa segunda fase podemos encontrar sentimentos de culpa e de impotência, uma vez que o enlutado quer recuperar a pessoa perdida e trazê-la de volta para que possa viver todas as oportunidades falhadas. Somos confrontados com o que não vivemos e poderemos não ser mais capazes de viver. Então, a pessoa em trabalho de luto sente raiva pelo sucedido e direciona-a para as pessoas que lhe estão mais próximas, como amigos e família. Podemos até sentir raiva porque fomos vivendo a vida. Mais tarde essa raiva dá de novo lugar a uma culpa, culminando num enorme sentimento de tristeza e dor. A última fase, e aquela que será a ideal, é a de Integração. Nesta fase de recuperação há uma tomada de consciência dessa inevitabilidade, em que passado, presente e futuro tomam novos contornos. Nessa podemos pensar que, se na bagagem não coube tudo, é porque há sempre qualquer coisa que fica.

Proposta de Intervenção:

- ✓ Psicoterapia de Luto. Possibilita o alívio dos sintomas, adaptação à nova situação, recuperação, elevação ou autorregulação da autoestima e considerações de projetos para o futuro. O papel do psicólogo é ajudar as pessoas a entenderem seus sentimentos, validá-los e aceitá-los como um processo necessário para se reestabelecer diante da perda sofrida.
- ✓ Grupos de autoajuda. Enfatizam a interação face a face e presumem o comprometimento individual por parte dos membros em processo de luto, que se reúnem para superar a interrupção do ciclo normal da vida e prestar assistência mútua. (http://www.apelo.web.pt / http://www.amara.pt)
- ✓ Orientações e palestras com profissionais especializados (http://www.servilusa.pt)
- ✓ Apoio religioso

Violência contra Idosos

(Rua da Cascalheira, Rua Aliança Operária, Rua da Cruz a Alcântara, Rua Lusíadas)

A OMS (2001) define violência como uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida que cause sofrimento ou angústia e que pode ocorrer numa relação em que exista expectativa de confiança. Pode ocorrer através de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais ou através de abuso financeiro, negligência ou abandono. Em dez anos, a violência contra idosos aumentou 158%. Na verdade, os idosos experienciam desafios acrescidos face a outras vítimas e que acabam por colocá-los numa posição mais vulnerável para a vitimização como isolamento social e doença mental; dependência total ou parcial do agressor nos cuidados diários como refeições, mobilidade e acesso a dinheiro e medicação; ou coabitação com alguém com dependência de substâncias pode aumentar o risco de serem vítimas de violência.

A violência doméstica consiste num padrão de comportamentos expresso por uma pessoa com o objetivo de ter controlo e domínio relativamente à outra com a qual mantém relações familiares ou similares. Como é do conhecimento geral, a violência doméstica sempre existiu mas só recentemente é que é encarada como um fenómeno social, ou seja, é um facto com dimensões coletivas e regulamentado na vida social. Mas existe outro tipo de agressividade que engloba atitudes, comportamentos e fantasias que alteram o equilíbrio natural entre o corpo e a mente, associadas a um sentimento de raiva ou ódio e a um desejo, consciente ou não, de violência e destruição. É nesta agressividade emocional que se pode incluir a violência conjugal que se traduz em comportamentos destrutivos, violentos e negativos de uma pessoa sobre a outra.

A violência conjugal é exercida de diversas maneiras e na grande maioria dos casos estão interligadas, ou seja, as agressões físicas são acompanhadas de abuso verbal ou

psicológico e por vezes seguidas de violação. A combinação destas formas de violência acaba por colocar a mulher numa posição de impotência face à violência e controlo exercidos sobre si. A violência conjugal desenvolve-se através de ciclos, denominado o Ciclo da Violência Doméstica, em que a intensidade e a frequência aumentam ao longo do tempo. As vítimas de violência conjugal apresentam muitas vezes uma baixa autoestima como resultado das constantes agressões e humilhações verbais e psicológicas que destroem a sua autoconfiança e autoestima.

A violência conjugal distingue-se dos outros crime devido a aspectos que condicionam a forma de agir da vítima face ao agressor, nomeadamente os laços emocionais que ligam o agressor e a vítima, a dependência financeira da vítima em relação ao agressor, o contacto diário entre a vítima e o agressor e a reação da sociedade, encarando esta situação através da antiga forma de pensar que a vida do casal é de cariz privado e pessoal.

Durante as visitas domiciliares deparamo-nos com outra forma de violência contra idosas: a violência sexual ou violação. Esta define-se como uma agressão focalizada na sexualidade da pessoa contra a sua vontade e que a atinge em todo o seu ser. As marcas físicas e psicológicas da violência sexual são frequentemente graves e não se trata apenas de ferimentos ou infeções sexualmente transmitidas. O uso da coação psicológica é também muito frequente, sendo em muitos casos uma forma de o agressor confundir e criar situações de grande ansiedade e angústia na vítima. As situações de violência sexual são, muitas vezes, difíceis de denunciar ou sinalizar, porque o medo da vítima induz ao silêncio e ao segredo, protegendo desta forma o agressor. O agressor pode ser um estranho ("Stranger Rape"), um conhecido ("Acquaintance Rape") ou Violação marital ("Marital Rape") sendo esta ultima vista como menos grave.

É de salientar algumas estratégias que podem ajudar as pessoas vítimas de maus-tratos, tais como reforçar a sua autoestima, desfazer os medos irreais, verbalizar a ambivalência de sentimentos, avaliar as possibilidades de mudança e avaliar a gravidade da eventual violência física. É importante que o profissional saiba posicionar-se diante da vítima e deve ter uma atitude de empatia para com esta. Após um atendimento cuidado, poderá ser necessário encaminhar a vítima para outro tipo de apoio e para que este seja eficaz é necessário que os técnicos conheçam as instituições das suas áreas de trabalho e os recursos que dispõem, bem como constituir parcerias ainda que informais com essas instituições.

As instituições que são úteis no apoio a vítimas de violência são: polícias, serviços de saúde, instituições vocacionadas para a violência contra as mulheres, justiça, emprego e formação profissional, serviços de intervenção social, câmaras municipais e juntas de freguesia. Os casos de violência identificados na freguesia de Alcântara foram, após a intervenção inicial por parte das psicólogas, encaminhados para a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. A

APAV tem como seu objetivo primordial promover a proteção e o apoio a vítimas de infrações penais em geral e em particular as mais carenciadas, designadamente através da informação, do atendimento personalizado e encaminhamento, do apoio moral, social, jurídico, psicológico e económico.

Propostas de Intervenção:

- ✓ Criação de uma linha telefónica de apoio às vítimas de violência e que disponibiliza um atendimento direcionado para o apoio psicológico e social. O atendimento deve ser realizado por um técnico que saiba:
    - Aconselhar e apoiar;
    - Praticar a escuta ativa;
    - Informar sobre os direitos e como exercê-los;
    - Esclarecer e acompanhar no relacionamento com as autoridades policiais e judiciárias, orientando nas diligências a tomar;
    - Ajudar a vítima e seus familiares a superar o sofrimento;
    - Apoiar e encaminhar para aos apoios sociais existentes;
    - Prestar apoio emocional, jurídico, psicológico e social a quem é vítima de crime e a seus familiares, desenvolvendo um processo de apoio qualificado
- ✓ Reforço na divulgação da existência deste serviço disponível a todos os residentes em Alcântara;
- ✓ Fortalecer a articulação com entidades da comunidade, sendo estas: Polícia de Segurança Pública, Associação Portuguesa de Apoio à Vitima.

Isolamento e Solidão

(Rua da Cruz a Alcântara, Calçada da Boa-Hora, Travessa Conde da Ribeira, Bairro do Alvito, Travessa de São Jerónimo, Rua Feliciano Sousa)

A solidão é um fenómeno complexo de significado amplo e subjetivo. Peplau e Perman (1982) nas definições atribuídas à solidão sugerem três aspetos comuns que são partilhados por outras definições presentes na literatura: (1) a solidão é uma experiência subjectiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; (2) esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; (3) a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente. Num estudo realizado, encontrou-se quatro conjuntos de sentimentos que as pessoas diziam ter quando estão sós: desespero, depressão, aborrecimento impaciente e autodepreciação. Sendo que, associados a estes quatro principais aparecem outros tantos sinónimos, por exemplo, no desespero também temos: terror, desamparo, abandono, entre

outros. Este vasto número de sentimentos suscetíveis de associarem-se à solidão dá-nos conta da sua complexidade.

Podemos distinguir diversas formas de solidão associadas a diversos sentimentos. A solidão social, em que uma pessoa se sente insatisfeita e solitária por causa da falta de uma rede social de amigos e de pessoas conhecidas, da solidão emocional, em que se está insatisfeito e solitário por causa de uma relação pessoal, íntima e referida como a forma mais dolorosa de isolamento. Esta também é vivenciada por alguns idosos, principalmente aqueles que não têm uma companhia íntima.

Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar e ao nível da saúde física e psíquica. A satisfação com a vida está negativamente ligada com a solidão. Estudos empíricos comprovaram que as pessoas que estão mais satisfeitas com a vida encontram-se habitualmente melhor adaptadas e libertas de patologias.

A reforma, a viuvez e a diminuição de saúde privam as pessoas de muitos papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas. Estes parecem constituir-se como os principais determinantes da solidão nos idosos. O maior trauma com que se confrontam as pessoas idosas é a morte de um cônjuge e pode gerar sentimentos de solidão e de abandono, sendo às vezes os próprios idosos a privarem-se do convívio e da participação social ativa. No entanto, se estas pessoas idosas dispuserem de fortes redes de apoio social consolam-se com a perda com mais sucesso.

A solidão também pode ser evidenciada após a rutura com a atividade laboral, pois dá-se um declínio no padrão de vida e a perda de utilidade social. A reforma conduz a várias perdas, nomeadamente, perda de rendimento, de prestígio, do sentido de competência e utilidade, e muitas vezes, de alguns contactos sociais. É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inatividade e a depressão. A retirada do mundo do trabalho tem efeitos a nível económico, gerando no idoso uma quebra no rendimento, e pode levar a um sentimento de falta de importância e utilidade que pode ter consequências ao nível da autoestima e do bem-estar.

Como podemos constatar, na terceira idade ocorrem transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo adaptação do idoso às novas condições de vida. É aqui que as relações sociais têm um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social.

Propostas de Intervenção:

- ✓ Intervenção psicológica em grupo – propõe-se ajudar os idosos a desenvolver/enriquecer as suas competências sociais e pessoais no sentido de se aumentar os níveis de bem-estar e a qualidade de vida dos participantes.
- ✓ Promover recursos para lidar com o processo de envelhecimento, ajudar a lidar com problemas emocionais, bem como auxiliar no desenvolvimento de relações interpessoais, aumentar a autoestima e autoconfiança, atenuando os sentimentos de impotência, aumenta a qualidade de vida do idoso.
- ✓ Estabelecer uma rede de apoio e suporte, através da criação de um espaço acolhedor onde cada participante pode falar sobre a sua vida, promovendo a troca de experiências, potenciando assim o relacionamento entre os utentes, melhorando a sua qualidade de vida.
- ✓ Dotar os idosos de estratégias de *coping* para lidar com a nova realidade.

Dependência

(Rua José Dias Coelho, Rua Amadeo de Sousa Cardozo, Rua Artur Lamas, Rua da Cruz a Alcântara, Rua da Indústria)

Ao longo do estudo, houve a possibilidade de perceber a realidade de muitos idosos, dos que se encontram dependentes de alguém e os que ainda conseguem ter a sua autonomia e a sua independência. Por isso existe a necessidade de os técnicos, funcionários, ajudantes que lidam todos os dias com estas pessoas gratifiquem esses idosos através de um acompanhamento, ao nível da boa disposição, do companheirismo e da realização de atividades com os mesmos e em interação com os jovens e crianças.

A dependência é uma dificuldade pela qual os idosos passam, e quem os pode ajudar neste caso são as suas próprias famílias ou as instituições inseridas na comunidade. Nos dias de hoje, a população idosa tem sido constantemente afetada pela incapacidade de respostas sociais, de compreensão da sociedade, que a marginaliza deixando-a debilitada tanto ao nível emocional como psicológico. As tradicionais respostas sociais de apoio à população idosa, embora se tivessem adaptado, em determinadas situações, às condições socioeconómicas, afetivo-emocionais e educativas emergentes, permanecem, todavia indissociadas de importantes contingências, decorrentes do efetivo duplo envelhecimento demográfico registado bem como, de diversas outras conjunturas existenciais, como sejam, o crescente aumento da esperança média de vida, o possível aumento do número de pessoas dependentes, a consecutiva desfamilização face ao encargo social da velhice, a progressiva transição de relações solidárias

orgânicas para relações solidárias mecânicas, assim como, a crescente dificuldade de sustentabilidade do sistema de proteção e segurança social.

Apesar de todos os contra, ainda podemos agradecer a todas as instituições, bem como aos seus profissionais o facto de se disponibilizarem a conceber afeto, atenção, carinho e cuidados primordiais que as próprias famílias algumas vezes ignoram. Apostar em atividades de âmbito social, cultural, recreativo é estimular a concertação de valores e a promoção de competências pessoais e sociais, capacitadas a convergir numa conjuntura de conhecimentos teórico-práticos, inerentes à concretizável reivindicação ativa de constatação e construção sociais. Porque a tónica do futuro incidirá na prevenção, na manutenção sociofamiliar, na crescente participação ativa, talvez tenha chegado o momento de investir nas mais promissoras respostas sociais, fortalecendo as relações de vizinhança, responsabilizando as famílias, requalificando as estruturas habitacionais, oferecendo um diversificado cartaz socioeducativo, concebendo a configuração social de apoio assente numa avaliação de dependência e esbatendo a recorrência institucional.

Propostas de Intervenção:

- ✓ Promover o voluntariado de jovens e adultos, na Freguesia de Alcântara e divulgação acerca da importância do voluntariado junto da população em geral e instituições para acompanhamento à população idosa.
- ✓ Abordar a questão do voluntariado em parceria com as instituições no sentido de acolher voluntários nas suas próprias instituições.
- ✓ Voluntariado para a realização de visitas a idosos isolados, para acompanhá-los nas tarefas diárias (médico ou tratamentos, compras), fazer companhia, etc.
- ✓ Iniciativas, passeios seniores, atividades lúdico-culturais com a população idosa em articulação com crianças e jovens.
- ✓ Em articulação com o Centro de Saúde, recriar um espaço mensal para despiste de doenças (diabetes, tensão arterial).
- ✓ Apoio psicológico ao domicílio.

Apreciação Geral:

Na realização do relatório de atividades da Freguesia de Alcântara foi possível verificar a existência de grandes potencialidades que favorecem uma maior dinamização e crescimento social, económico, educacional, cultural e recreativo da freguesia, praticado por todos nós. Estas potencialidades poderão ser melhoradas se os cidadãos residentes na freguesia de Alcântara adquirirem uma consciência coletiva que a participação social, assim como o

exercício de cidadania conduzem a um crescimento global da freguesia ao nível social, educativo, associativo e cultural.

No que diz respeito à área da saúde deve-se ter a noção do seu significado e de que envolve um conjunto de condições no qual é pertinente descrever a situação em que o individuo se encontra ao nível individual e coletivo. Toda a área da saúde é um espaço de tratamento e prevenção.

Ao nível da intervenção psicológica, os objetivos passam por encaminhamento para parceiros e outras instituições e desenvolvimento de trabalho psicossocial e comunitário tendo em conta os contextos familiares e sociais. A apresentação de diagnósticos psicossociais foi realizada através da aplicação do questionário "SF-36 v2 - MOS Short Form Health Survey – 36 Item (version 2) ", que se segue a apresentação dos resultados. A qualidade de vida está relacionada com a autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

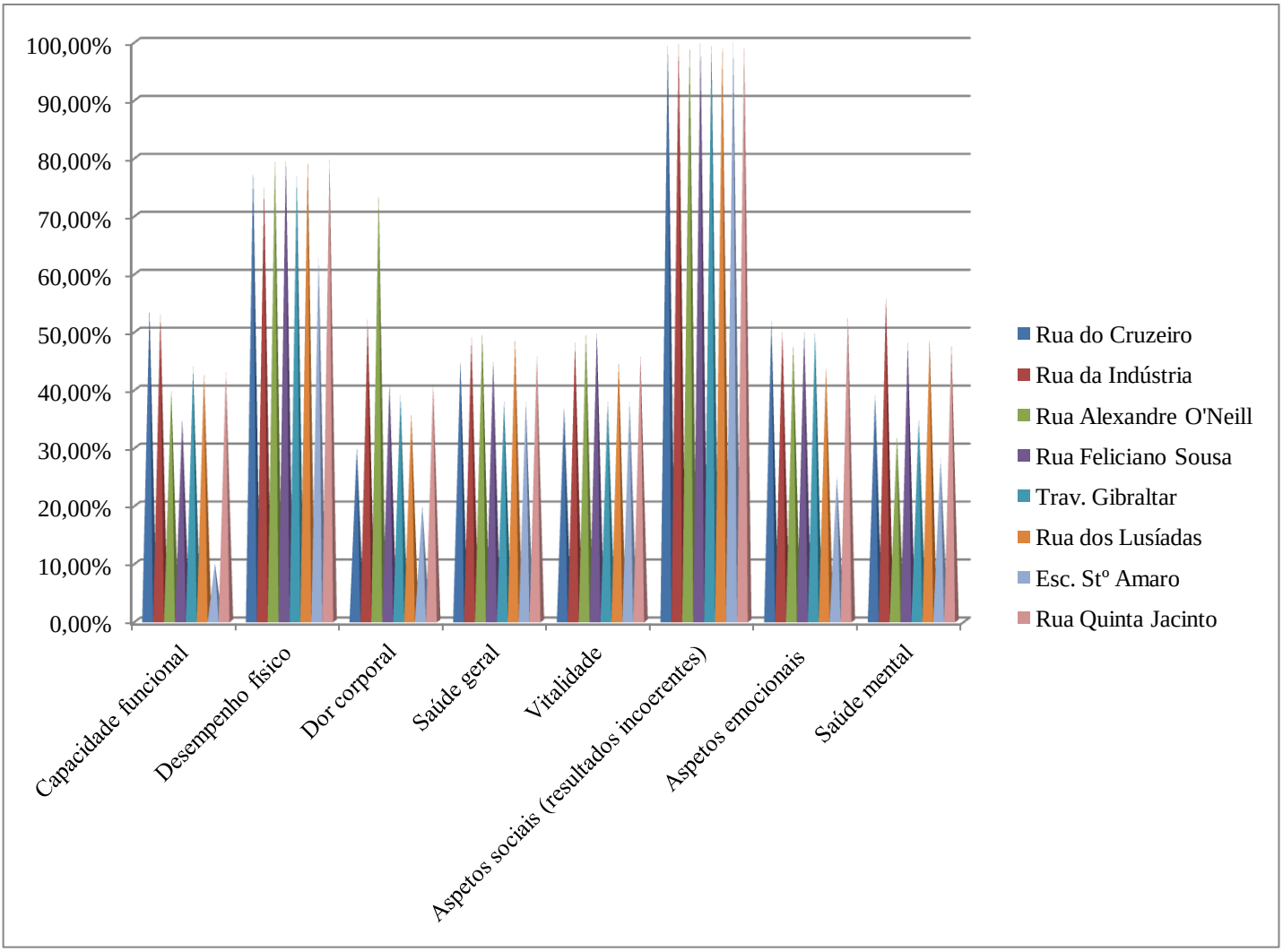


Gráfico - Apresentação dos resultados do MOS Short Form Health Survey - 36 Itens %

Na análise dos resultados, antes de mais é de frisar a incoerência apresentada, em toda a população sujeita ao questionário, no domínio dos **aspetos sociais**, o que sugere que por um lado posso estar a se encobrir uma resposta real por vergonha ou desvalorização do mesmo. E por outro o facto de poder existir uma dificuldade real de interpretação das questões referentes ao mesmo domínio, ou simplesmente por ser um aspeto, que em consciência, não seja considerado uma limitação, independentemente das condições e formas de vida. No entanto os mesmos resultados são aqui apresentados para que de futuro, numa possível nova aplicação do mesmo questionário se possa tentar outra abordagem no sentido de serem apresentados resultados mais fidedignos, com coerência de resposta e um tempo superior utilizado em cada visita para uma melhor explicação e compreensão do instrumento. Neste domínio é possível que se verifique de forma quantitativa e qualitativa, o funcionamento social e a forma como a suade física interfere no mesmo. O domínio **capacidade funcional**, permite obter resultado sobre a limitação física desde atividades de menor esforço, como exemplo a higiene pessoal e

domestica, ate atividades de maior esforço como levantar pesos e correr. Aqui são de salientar os baixos resultados apresentados pela rua Escadinhas de Stº Amaro, que se deve essencialmente às limitações e imobilização, consequentes de doença o que impede, por si só a pessoa conseguir ser autónoma e na sua maioria ser dependente de terceiros para executar tarefas essências como por exemplo a higiene pessoal. A restante população inquirida apresenta resultados entre 40% a 50% o que sugere que embora o estado de saúde possa interferir de forma limitativa, na execução das tarefas referentes, esta limitação ainda não é suficientemente considerável para que haja uma maior intervenção e apoio nesta área. No entanto avaliações regulares serão necessárias, tendo em conta a faixa etária, para manutenção e atualização da mesma informação, no sentido de prestação de auxílio o mais breve e eficaz possível. **Desempenho físico**, permite avaliar a limitação por saúde, no desempenho, dificuldade e redução na execução de tarefas e atividades. Espelham-se aqui os resultados obtidos na capacidade, bem como um resultado inferior para a rua Escadinhas de Stº Amaro, o que mostra coerência nas respostas e resultados, sendo que há similaridade entre os domínios na avaliação. **Dor corporal** permite verificar a interferência da mesma na execução de tarefas habituais e o desconforto que causam. À exceção da Rua Alexandre O'Neill (74%) e Rua da Indústria (52%), que apresentam resultados acima dos 50%, a restante população apresenta resultados entre os 20% e 40%, baixos, o que sugere que a dor pela sua intensidade e extensão, tem uma interferência bastante significativa na qualidade de vida desta população. **Saúde geral** permite avaliar a perceção pessoal sobre o estado de saúde e resistência à doença. Neste domínio os resultados obtidos em todas a ruas inquiridas, estão entre os 38% e 50%, de onde de pode inferir que a autoavaliação e autoperceção de saúde da mesma população se classifica como baixa ou deficiente com tendência a piorar. Aqui seria útil, por parte da freguesia, um maior acompanhamento, bem como disponibilização de informação, através de sessões de sensibilização, organização de conferencias e/ou palestras sobre manutenção de saúde para uma melhor consciencialização da população. **Vitalidade** permite obter resultados sobre os níveis de energia e exaustão. Apresentam-se resultados entre os 37% e 50% em toda a população, refletindo-se os resultados da saúde geral e capacidade funcional e onde se verifica que a população se mostra com pouca energia, cansada o que se vai refletir no seu bem-estar. **Aspetos emocionais**, permite avaliar a limitação por saúde devido a problemas emocionais e por consequência, dificuldade e redução na execução de tarefas e atividades. Mais uma vez se salienta o resultado das Escadinhas de Stº Amaro (25%), muito possivelmente devido aos sintomas depressivos que advêm da fraca saúde, mobilidade e solidão que apresentam. As demais ruas apresentam resultados entre 44% e 53%, que embora haja demonstração de alguns sintomas depressivos, estes não afetam totalmente o desempenho de atividades na população, sendo necessário, para que estes mesmos valores se mantenham ou até aumentem, uma maior sensibilização sobre as instituições e associações existentes na freguesia, para se potenciar o

convívio e atividades lúdicas no sentido de proporcionar momentos de lazer e bem-estar, evitando assim a solidão e demais consequências nesta faixa etária. **Saúde mental**, permite obter resultados sobre o bem-estar psicológico no geral, especificando dimensões como a ansiedade e depressão. Por fim e refletindo os resultados dos aspetos emocionais, Escadinhas de Stº Amaro apresentam resultado de 28% mostrando-se mais vulnerável ao desenvolvimento de demência ou perturbação, mais uma vez devido a todos os fatores referenciados até ao momento. A restante população encontra-se entre 32% e 56%, o que demonstra o comprometimento do bem-estar psicológico, associando cada vez mais a sintomatologia depressiva. Aqui seria necessário um acompanhamento por parte de profissionais, sempre que possível tanto por parte das entidades competentes da freguesia como da disponibilidade de aceitação por parte da população.

Universidade Lusíada de Lisboa – Fundação Minerva
2014/2015
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado de Psicologia Clínica

Estágio de Psicologia Cínica no contexto institucional.

Sílvia Marta, António Rebelo, Túlia Cabrita e Tânia Gaspar

Introdução

A Junta de Freguesia de Alcântara em parceria com duas instituições de solidariedade social, a Pró-Alcântara e Alkajuda, têm como população-alvo pessoas em idades iguais ou superiores a 65 anos. Atuam, em conjunto, essencialmente no apoio físico, psicológico e social desta população, com vista a prevenção e eliminação da situação precária e isolamento subjacente a esta faixa etária, através da sinalização e acompanhamento bem como da promoção de autonomia e competências. Todas elas situadas na Freguesia de Alcântara.

Todas estas ações, em conjunto equipas que envolvem voluntários, estagiários profissionais de saúde mental e assistentes socias, visam o estabelecimento de uma ponte de ligação entre a freguesia e a comunidade, mantendo assim uma aproximação e acompanhamento constante.

ALCÂNTARA
UMA FREGUESIA DE TODOS

A realização deste estágio tem como principais **objetivos** o conhecimento das instituições e compreensão das suas necessidades e características, para melhor intervenção e apoio na sua população-alvo.

Método:
*Realização de avaliação psicológica e sessões de acompanhamento psicológico.
*Implementação de um programa de promoção de competências.
Sendo prioritário atingi-los tanto quanto possível.

Pró Alcântara

Alkajuda Associação