



Universidades Lusíada

Martins, Ana Filipa Mendes, 1980-

Intervenção psicológica na adolescência e na velhice

<http://hdl.handle.net/11067/1738>

Metadados

| | |
|---------------------------|--|
| Data de Publicação | 2015-11-12 |
| Resumo | O presente relatório pretende ser uma descrição fiel do estágio académico, integrado no mestrado de psicologia clínica, realizado na Associação de Solidariedade e Apoio Social Pró-Alcântara. Proporciona a reflexão sobre o papel do psicólogo e os desafios éticos da prática clínica à população idosa no domicílio. A intervenção psicológica numa associação de apoio comunitário à população idosa pretende responder as necessidades recorrendo ao acompanhamento psicológico, a psicoeducação e a psicoterapia... |
| Palavras Chave | Psicologia do adolescente, Idosos - Psicologia, Psicologia clínica - Prática profissional, Pró Alcântara (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio) |
| Tipo | masterThesis |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULL-IPCE] Dissertações |

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:40:19Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Intervenção psicológica na adolescência e na velhice

Realizado por:

Ana Filipa Mendes Martins

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Relatório aprovado em:

9 de Novembro de 2015

Lisboa

2015



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

Intervenção psicológica na adolescência e na velhice

Ana Filipa Mendes Martins

Lisboa

Setembro 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

Intervenção psicológica na adolescência e na velhice

Ana Filipa Mendes Martins

Lisboa

Setembro 2015

Ana Filipa Mendes Martins

Intervenção psicológica na adolescência e na velhice

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

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

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

Orientador de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Lisboa

Setembro 2015

Ficha Técnica

| | |
|---------------------------------|---|
| Autora | Ana Filipa Mendes Martins |
| Coordenadora de mestrado | Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos |
| Supervisora de estágio | Prof. ^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita |
| Orientador de estágio | Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo |
| Título | Intervenção psicológica na adolescência e na velhice |
| Local | Lisboa |
| Ano | 2015 |

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MARTINS, Ana Filipa Mendes, 1980-

Intervenção psicológica na adolescência e na velhice / Ana Filipa Mendes Martins ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlía Rute Maia Cabrita ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

II – REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

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

Agradecimentos

Ao concluir este percurso tão importante da minha vida, desejo expressar o meu agradecimento e reconhecimento a todos quanto me apoiaram e ajudaram nesta caminhada e tornaram possível a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Tânia Gaspar, diretora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa, expresso o meu agradecimento pela admirável coordenação do Mestrado de Psicologia Clínica.

À Professora Doutora Túlia Cabrita, docente e supervisora de estágios académicos, expresso o meu agradecimento e reconhecimento pelo incessante apoio, disponibilidade, orientação e aconselhamento no decurso do estágio e na elaboração do relatório.

Ao Professor Doutor António Rebelo, docente e orientador de estágio da Universidade Lusíada de Lisboa, agradeço a dedicação, orientação e partilha de conhecimentos que abriram os meus horizontes.

Um agradecimento especial aos meus amigos pelo apoio e cooperação de que beneficiei no decurso do estágio académico. Foram incansáveis e estiveram sempre disponíveis!

Aos utentes do Pró-Alcântara, a minha gratidão por me acolherem no vosso espaço e nas vossas casas. São pessoas dignas de se conhecer e guardarei no meu coração os momentos passados juntos.

À minha mãe, a quem estou eternamente agradecida pelo apoio incondicional e nunca ter desistido de mim. Uma mulher excecional e de grande carácter a quem dedico este relatório.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

Resumo

O presente relatório pretende ser uma descrição fiel do estágio acadêmico, integrado no mestrado de psicologia clínica, realizado na Associação de Solidariedade e Apoio Social Pró-Alcântara. Proporciona a reflexão sobre o papel do psicólogo e os desafios éticos da prática clínica à população idosa no domicílio. A intervenção psicológica numa associação de apoio comunitário à população idosa pretende responder as necessidades recorrendo ao acompanhamento psicológico, a psicoeducação e a psicoterapia de apoio. O estágio acadêmico permitiu o contato com novas realidades e a criação de respostas interventivas no âmbito da promoção de saúde. Os objetivos de estágio focaram a aquisição de novas aprendizagens e o desenvolvimento da prática clínica em contexto comunitário. Os acompanhamentos psicológicos realizados incidiram sobre a adolescência e a velhice, estádios de desenvolvimento psicossociais distintos, revelando as suas semelhanças. Termina com a descrição das atividades desenvolvidas ao longo de oito meses de estágio, destacando a apresentação de dois casos clínicos e a reflexão sobre os objetivos de estágio alcançados.

Palavras-chave: psicologia clínica; domicílio; intervenção comunitária; promoção de saúde; teoria de desenvolvimento psicossocial; adolescência; velhice.

Abstract

The present report aims to be an accurate description of the academic internship, integrated in the master's degree in clinical psychology, held at Solidarity and Social Support Association Pró-Alcântara. It provides a reflection on the role of the psychologist and the ethical challenges of clinical practice to the elderly at home. The psychological intervention in a community support association to the elderly aims to answer the needs resorting to counseling, psychoeducation and supportive psychotherapy. The academic internship allowed the contact with new realities and the creation of interventional answers within the health promotion. The objectives of the internship focused on the acquisition of new knowledge and the development of clinical practice in a community context. The performed psychological accompaniments focused on adolescence and old age, distinct psychosocial stages of development, revealing their similarities. It finishes with a description of the activities carried out over eight months of internship, highlighting the presentation of two clinical cases and the reflection on the goals of the internship achieved.

Keywords: clinical psychology; domicile; community intervention; health promotion; psychosocial development theory; adolescence; old age.

Lista de Ilustrações

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Resultados da aplicação do MOS-SF36 em percentagem (%) | 96 |
| Figura 2 - Resultados da aplicação do Inventário Depressivo de Beck | 97 |

Lista de tabelas

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 - Acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio..... | 58 |
| Tabela 2 - Horário de estágio | 67 |
| Tabela 3 - Atividades realizadas durante o estágio acadêmico | 68 |
| Tabela 4 - Sessões realizadas do programa de promoção de competências..... | 77 |
| Tabela 5 - Síntese da avaliação psicológica realizada no caso 1 | 94 |
| Tabela 6 - Síntese da avaliação psicológica realizada no caso 2..... | 118 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses

BDI – Beck's Depression Inventory

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MMSE – Mini Mental State Examination

MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form 36 Items

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

WHO – World Health Organization

YSR – Youth Self Report

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 23 |
| Caracterização da Instituição | 25 |
| Caracterização da população alvo..... | 25 |
| Enquadramento Teórico | 27 |
| Psicologia clínica: génese e definição | 27 |
| Psicologia clínica em Portugal | 28 |
| O papel do psicólogo clínico..... | 29 |
| Ética e deontologia na psicologia clínica..... | 32 |
| Intervenção psicológica..... | 33 |
| Aconselhamento psicológico..... | 33 |
| Promoção de saúde..... | 34 |
| Modelo transteórico de mudança..... | 36 |
| Psicoeducação | 37 |
| Psicoterapia de apoio..... | 38 |
| Modelo cognitivo comportamental | 39 |
| Ciclo de vida: adolescência e velhice | 41 |
| Adolescência: identidade, vinculação e autoconceito | 43 |
| Velhice: envelhecimento, qualidade de vida e depressão | 48 |
| Objetivos de Estágio..... | 55 |
| Método..... | 57 |
| Participantes..... | 57 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| Instrumentos | 59 |
| Provas psicológica | 59 |
| Entrevista Clínica | 63 |
| Observação clínica..... | 65 |
| Anamnese..... | 65 |
| Exame do estado mental..... | 65 |
| Procedimentos | 66 |
| Estudo de Casos | 85 |
| Estudo de caso 1..... | 85 |
| Estudo de caso 2..... | 110 |
| Conclusão | 129 |
| Reflexão Final | 131 |
| Referências Bibliográficas | 133 |
| Anexos..... | 147 |

Introdução

A elaboração do presente relatório de estágio tem como objetivo a descrição do percurso realizado e das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio académico em psicologia clínica, referente ao ano letivo 2014/2015, realizado no Pró-Alcântara Associação de Solidariedade e Apoio Social. Numa primeira fase será apresentada a caracterização da instituição e da população que a integra. O enquadramento teórico descreve, sucintamente, a biografia da psicologia clínica no Mundo e em Portugal, o papel do psicólogo clínico em contexto comunitário e no apoio ao domicílio e as questões éticas e deontológicas envolventes.

A intervenção psicológica teve em consideração o contexto de aplicação integrando o aconselhamento psicológico, a promoção de saúde, o modelo transteórico de mudança, psicoeducação e a psicoterapia de apoio centrada no modelo cognitivo-comportamental. Termina com o ciclo de vida, uma breve descrição da teoria psicossocial de Erikson, destacando os estádios da adolescência e da velhice, fases abordadas no decurso do estágio.

Numa segunda fase, serão expostos os objetivos de estágio e o método, integrando os participantes de todas as intervenções psicológicas, os instrumentos quantitativos e qualitativos usados e os procedimentos com a descrição de todas as atividades realizadas. Os casos clínicos apresentados, refletem os estádios em destaque da teoria psicossocial e a discussão final salientará as analogias e dissemelhanças em fases distintas como a adolescência e a velhice.

No final do relatório de estágio, será apresentada uma conclusão do presente trabalho, tendo em conta os objetivos propostos e concretizados assim como as particularidades do contexto em que incidiu, terminando com a reflexão sobre a experiência de estágio e os contributos para a formação da prática clínica.

Caracterização da Instituição

O estágio curricular, integrado no mestrado em psicologia clínica, decorreu numa instituição de solidariedade e apoio social denominada por Pró-Alcântara. Esta associação teve o seu início a 18 de Novembro de 2011 e tem como missão o acompanhamento da população idosa, com maior foco nos casos de solidão, isolamento e dependência, com o objetivo de promover a autonomia, a integridade física e psicológica, proporcionando o essencial auxílio na adaptação à velhice ou à doença. É uma associação sem fins lucrativos e de natureza privada, que merecidamente alcançou o estatuto de instituição particular de solidariedade social (IPSS) em 2012.

Com centro de ação na freguesia de Alcântara, pretende ser uma resposta às necessidades dos cidadãos desamparados e desfavorecidos, propagando o espírito de cidadania, solidariedade e entreajuda. Ambiciona a criação de uma rede de voluntariado com o propósito de acompanhar e ajudar os idosos no combate ao isolamento social. O estabelecimento de protocolos e parcerias permite a criação de uma rede de intercâmbios entre indivíduos que partilham dos mesmos objetivos que o Pró-Alcântara. “A Padeira”, “Farmácia Teles”, “Instituto Visual Luiz de Camões”, “Invescoelho, Administração Serviços S.A.”, Jornal “O Comércio de Alcântara”, são algumas das parcerias instituídas (Pró-Alcântara, 2011).

Caracterização da população alvo

O Pró-Alcântara centra a sua intervenção na população idosa que, como referido anteriormente, encontra-se sozinha, isolada e/ou dependente. No início do estágio, a associação apoiava regularmente 25 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos e, maioritariamente, do género feminino. Os utentes apresentam graus diferentes de dependência física, desde idosos autónomos a dependentes e isolados socialmente, com pouco ou nenhum apoio familiar. Ao longo do estágio, as

perturbações frequentemente encontradas foram depressão, ansiedade, dificuldades físicas resultantes de acidente vascular cerebral, problemas cardíacos e respiratórios, quedas, entre outros. O acompanhamento individual era solicitado após indicação por membros da associação que, devido às barreiras físicas iniciais, foi realizado ao domicílio. O Pró-Alcântara, além do apoio regular aos 25 utentes, também apoia idosos e famílias com carência económica, através da distribuição de géneros alimentares.

Enquadramento Teórico

Psicologia clínica: génese e definição

O termo psicologia clínica foi apresentado por Lightner Witmer na reunião anual da *American Psychological Association* em 1896, introduzindo um novo método de investigação. A evolução da psicologia clínica beneficiou do contributo de Pierre Janet, através da promoção da reflexão clínica, focando o seu interesse no particular, na observação e no conhecimento através do estudo isolado de casos. Também Sigmund Freud focou o seu método e abordagem no estudo de casos individuais resultantes de situações psicoterapêuticas (Garfield, cit. Wolman, 1965). Os diferentes contributos teóricos conduziram ao reconhecimento da psicologia clínica pela *American Psychological Association* em 1919, estabelecendo como objetivo do psicólogo clínico o estudo de caso, contribuindo para o diagnóstico, a realização de avaliações e o encaminhamento de terapias individuais ou de grupo (Routh, 1994).

Na procura de estatuto epistemológico, a psicologia clínica desenvolve e formaliza dois conceitos centrais: o método clínico e o raciocínio clínico. O método clínico como instrumento de avaliação, privilegia a interação e a reflexão, enfatizando o trabalho minucioso ao apreender as especificidades do entrevistado através da observação direta e minuciosa, permitindo a recolha de dados e formulação de hipóteses para chegar à conclusão ou teoria (Ribeiro & Leal, 1996). O raciocínio clínico descreve a habilidade do profissional em investigar sinais e sintomas, vividos de forma única por diferentes doentes, de tratá-los como pistas para um nível mais profundo da realidade, a patologia. Recorrendo à experiência e aprendizagem, ao raciocínio dedutivo e indutivo, à interpretação de evidências e intuição, o raciocínio clínico permite delinear um plano terapêutico com objetivos específicos (Mattingly, 1991).

O conceito de psicologia clínica tem evoluído ao longo da sua história e, em 1935, a *American Psychological Association* apresenta uma definição com uma forte componente médica. Focando a sua atenção nos dados físicos, define a psicologia clínica pela modificação de comportamentos e problemas de ajustamento do indivíduo (MacKay, 1975). Anzieu explica a psicologia clínica como “uma psicologia individual e social, normal e patológica que se refere o todo o ciclo de vida” (Anzieu cit. Brito 2003). Mais recentemente, a definição da APA confere à psicologia clínica abrangência na intervenção dos cuidados de saúde mental e comportamental a sistemas variados como indivíduos, famílias ou comunidades e diferentes vertentes como formação, educação e investigação (APA, 1998).

Psicologia clínica em Portugal

A origem da psicologia em Portugal remonta ao século XX, enquanto disciplina lecionada nos cursos de filosofia e medicina psiquiátrica, devido à hesitação do seu estatuto. A criação do primeiro laboratório de psicologia na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra em 1912 e, mais tarde na Universidade de Lisboa, foi decisivo para a sua evolução através do desenvolvimento dos primeiros estudos na psicologia experimental (Abreu, 1990). A sociedade portuguesa de psicologia desempenhou um papel relevante na definição profissional dos psicólogos, das suas funções e nos problemas práticos da psicologia. De facto, até à data estavam inseridos no sistema de saúde como técnicos superiores sem discriminação funcional (Borges, 1986). Após a revolução dos cravos em 1974, a psicologia passou a constar dos cursos do ensino superior, nomeadamente nas faculdades em Lisboa, Porto e Coimbra com o curso de psicologia e ciências da educação (Jesuino, 1994).

Inicialmente, a psicologia foi lecionada por psiquiatras, formados nas diferentes universidades europeias e americanas ou por professores provenientes dos cursos de

filosofia, especializados em psicologia educativa e evolutiva com influência da psicanálise (Pinto, 2002). Mais tarde, a Universidade do Minho instituiu o ensino da psicologia, expandindo-se às universidades privadas nos anos 80, adotando cada escola o quadro teórico e metodológico de formação dos professores (Ribeiro & Leal, 1996). Através do Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de setembro de 1994, o ramo da psicologia clínica foi incluído na carreira dos técnicos superiores de saúde e, mais recentemente, a criação da Ordem dos Psicólogos Portugueses foi um marco importante na certificação de competências dos profissionais da área (OPP, 2008). A psicologia clínica em Portugal assenta numa avaliação rigorosa, na promoção e manutenção do bem-estar físico e psicológicos. Assim como na prevenção do mau funcionamento físico e psíquico e na definição de estratégias de intervenção que demonstrem ser eficazes na resolução dos problemas apresentados (Leal, 1999).

O papel do psicólogo clínico

A intervenção do psicólogo clínico tem como suporte uma formação teórica, técnica e metodológica, que permite desenvolver as competências necessárias para a prática da profissão (Marques, 1994). O estudo psicológico e elaboração de psicodiagnóstico, o aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo bem como a intervenção psicológica e psicoterapia são funções específicas da prática clínica (OPP, 2011). Também pertence ao psicólogo, a criação de um espaço terapêutico que promova as capacidades do cliente face às dificuldades, onde as angústias podem ser contidas e onde os processos defensivos são interpretados à luz de um quadro teórico, articulando e ordenando o que é visível (Fedida, 1968). Atualmente a prática clínica tem sofrido alterações, direcionando o foco do trabalho do psicólogo clínico, do individual para um trabalho multidisciplinar, expandindo os contextos práticos. Estas alterações permitem

uma nova visão sobre as possibilidades de aplicação da psicologia clínica assim como a flexibilidade da sua prática (Neto, 2004).

Desta forma, o papel do psicólogo clínico é aplicado às diferentes áreas de intervenção, populações e contextos em que estão inseridos (Brito, 2003). O psicólogo inserido num contexto comunitário tem como principal objetivo a criação de programas inovadores de intervenção social, a promoção de *empowerment* e facilitar a mudança social, beneficiando o bem-estar físico e o desenvolvimento integral dos grupos (Góis, 1993). Os estudos realizados por Dohrenwend e Dohrenwend em 1969 constataram a prevalência de problemáticas emocionais em grupos populacionais de baixo rendimento e a sua concentração em áreas geográficas com maior desorganização social. Perante esta mudança de paradigma verificaram a necessidade de alterar os métodos usados para dar resposta a populações socialmente marginalizadas (Dohrenwend & Dohrenwend cit. Ornelas, 1997). As intervenções em contexto comunitário são decisivas para o aumento do envolvimento cívico, da participação e envolvimento comunitário e o *empowerment* das populações assim como na inclusão de pessoas em isolamento social e sem rede de suporte como o cônjuge, a família, amigos ou colegas de trabalho, que são vulneráveis (Smail 2001).

As redes de suporte social desempenham um papel decisivo para o ajustamento do sujeito em conjunto com sentimentos de autoestima e adaptação, aumentando as suas competências e diminuindo a probabilidade de disfunções psicológicas. O suporte social revela não só ser vantajoso enquanto estratégia de intervenção comunitária mas também pela sinalização de alvos de intervenção (Ornelas, 1998). Uma forma de intervenção comunitária é o serviço de apoio domiciliário, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, a indivíduos ou famílias que não conseguem

assegurar a satisfação das necessidades básicas por motivo de doença ou deficiência (Bonfim & Veiga, 2008).

O papel interventivo que o psicólogo assume neste contexto é maioritariamente com a população idosa em situação de risco e de perda, recorrendo a uma visão global da pessoa e das redes de suporte social e familiar e, não apenas na patologia e aspetos referentes à personalidade. Por vezes, inserido numa equipa multidisciplinar, o psicólogo é a ponte na comunicação entre a equipa e o utente, refletindo a subjetividade do próprio. Adaptação e flexibilidade são conceitos que o psicólogo clínico deve instituir em si na realização do apoio domiciliário, não esquecendo o objetivo terapêutico do mesmo. Por exemplo, a adaptação que o psicólogo efetua durante o processo terapêutico ao adotar uma linguagem adequada ao nível de instrução do idoso (Cortes, 2004).

Ao longo do processo terapêutico ao domicílio, o utente tem uma participação ativa na intervenção sendo que não é papel do psicólogo implementar soluções fáceis (Wasik and Bryant, 2001). Além do acompanhamento psicológico, o trabalho realizado contempla a estimulação cognitiva e emocional bem como intervenções que beneficiem a saúde e o bem-estar do utente (Grilo, 2014). O psicólogo clínico deve possuir conhecimento extenso das características do envelhecimento normal e patológico assim como um entendimento dos problemas sociais e físicos subjacentes à terceira idade (Fonseca, 2006). A falta de motivação na população idosa é frequente, o que não significa que o psicólogo deva desmoralizar, pelo contrário deve manter um otimismo terapêutico e acreditar que é possível atingir os objetivos terapêuticos, que não devem ser limitados nem abrangentes (Grilo, 2012).

Embora a intervenção do psicólogo ao domicílio permita a compreensão do idoso como um todo, através da dinâmica familiar, existem aspetos que ficam comprometidos.

A desmarcação, o esquecimento, o interrompimento das sessões assim como a necessidade do idoso ser acolhedor são alguns dos aspetos que o psicólogo deve ajustar-se, sempre com uma postura profissional. A relação terapêutica desempenha um papel importante para o trabalho do psicólogo ao domicílio, existindo o risco da relação transformar-se numa dependência por parte do utente. Cabe ao psicólogo perceber a situação e, além das regras expostas ao início, retificar a relação (Laham, 2004).

Ética e deontologia na psicologia clínica

A evolução e validação da psicologia clínica enquanto ciência impõem a necessidade de construir e implementar um código ético, atribuindo credibilidade à prática clínica e promovendo a identidade da profissão. A ética estabelece a essência do exercício da psicologia, revelando ser imprescindível na investigação, na prática e perante a debilidade emocional do paciente (Pettifor, 2004). Inicialmente, o exercício da psicologia em Portugal era conduzido por princípios éticos gerais propostos pela Associação de Psicólogos Portugueses como o respeito pelos direitos e dignidade da pessoa, a competência, a responsabilidade e a integridade sem carácter sancionatório (APPORT, 1995).

Após a formação da Ordem dos Psicólogos Portugueses, o código deontológico foi revisto e aprovado pelo Dec. Lei nº. 57/2008 de 4 de Setembro. Estabelece como princípios gerais o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, a competência na prática da sua profissão de acordo com os pressupostos técnicos e científicos, a responsabilidade, a integridade moral e a beneficência e não-maleficência. Nos princípios específicos, o código deontológico define o consentimento informado, o direito à confidencialidade e privacidade, e a definição dos parâmetros nas relações profissionais por exemplo no encaminhamento de clientes, na avaliação psicológica, entre outros (OPP, 2011).

A prática do psicólogo clínico no domicílio levanta preocupações éticas relacionadas com os limites terapêuticos, a confidencialidade e a confusão de papéis. Os fatores que foram considerados anteriormente como benéficos para o tratamento como a observação da dinâmica familiar, podem também criar desafios ao tratamento. Por exemplo, o psicólogo por ter dificuldade em manter a concentração e o foco de uma sessão devido à presença de distrações (Lauka, 2012). Da mesma forma, a presença de outros membros da família, amigos ou vizinhos impossibilita a manutenção da confidencialidade ou a possibilidade do utente falar abertamente. As preocupações do apoio ao domicílio vão para além do âmbito da terapia com o surgimento de dilemas sobre atividades que o psicólogo involuntariamente testemunhou tais como crueldade com idosos ou animais. Os psicólogos que prestam apoio em casa do utente devem efetuar um esforço para manter os limites profissionais durante as visitas assim como serem consciente das suas limitações (Jerónimo, 2000).

Intervenção psicológica

Apoiada nas teorias e métodos psicológicos, a intervenção psicológica, apoiada nas teorias e métodos psicológicos tem como finalidade melhorar o funcionamento biopsicossocial na segurança da relação terapêutica. A intervenção do psicólogo clínico numa instituição particular procura o alívio de sintomas, a manutenção do equilíbrio psicológico, a diminuição de estados psicopatológicos e a melhoria do bem-estar, independentemente, do quadro teórico de base (Cordioli, 2008).

Aconselhamento psicológico

O aconselhamento é um processo de aprendizagem interativo estabelecido entre conselheiro e cliente, sejam indivíduos, famílias, grupos ou instituições, não estando relacionado à atribuição de conselhos. A prática metódica do aconselhamento está ligada “à formulação de indicações, de sugestões, orientações e mesmo conselhos

baseados em avaliações psicométricas” (Schmidt, 1987). Duma perspectiva holística, esta relação de ajuda pretende facilitar a adaptação ao caminho traçado pelo cliente que conduza a uma vivência mais satisfatória e criativa, fazendo uso dos seus recursos pessoais, nomeadamente do autoconhecimento, autoajuda e autonomia (Woolfe, Dryden e Strawbridge, 2003).

Ao contrário da psicoterapia, o aconselhamento psicológico é uma intervenção de curta duração, dirigido para indivíduos com vulnerabilidade biopsicossocial, pressupondo a redução de riscos através de mudanças concretas no comportamento, principalmente no âmbito da saúde (Trindade & Teixeira, 2000). Deste modo, falamos de aconselhamento psicológico em saúde, temática que abrange áreas de intervenção como a prevenção e adaptação à doença com o pressuposto de manter ou melhorar a saúde. A promoção de saúde individual ou em grupo, na adoção de estilos de vida saudáveis é uma das áreas de aplicação do aconselhamento, conferindo à relação entre o profissional e o cliente três perspetivas diferentes: de ajuda, pedagógica e de apoio (Corney, 2003).

Promoção de saúde

Em 1986, foi aprovado na 1ª conferência internacional sobre promoção de saúde a carta de Ottawa, documento oficial com diretivas que contribuíram para as políticas de saúde a nível mundial. Instituíram o conceito de *empowerment*, aumentando a capacidade dos indivíduos e comunidades no controlo e promoção da saúde, através da implementação de programas de promoção. Neste documento também sugerem estratégias de intervenção, por exemplo produzir políticas de saúde pública, criar ambientes favoráveis, reforçar ações na comunidade, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (WHO, 1986). A promoção de saúde é “a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar o seu estilo de vida rumo a um equilíbrio

entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual. A mudança do estilo de vida pode ser facilitada pela combinação de esforços que promovam a mudança comportamental e que criem ambientes que promovam boas práticas de saúde” (O’Donnell, 1989).

No passado, os programas de saúde eram dirigidos a mudança de comportamentos com enfoque na saúde mas cada vez mais têm em consideração as variáveis sociais e ambientais na medição da saúde e o impacto dos fatores psicológicos na mesma. Desta forma, a promoção de saúde abrange fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, inerentes ao indivíduo (Bennett & Murphy, 1999). Foram realizados vários estudos com o propósito de conhecer a opinião pública sobre o conceito de saúde e, entre os vários autores, destaca-se os resultados obtidos por Blaxter que, entre a população idosa, definiu saúde como um estado de bem-estar físico e mental (Blaxter, cit. Bennett & Murphy, 1999). O isolamento social e a solidão são outras preocupações referidas entre a população idosa pelo fato de agirem como potenciadores de doença e demonstram a importância da existência de redes sociais (Reis, 2005).

Resumindo a saúde não se define pela ausência de doença mas pelo bem-estar físico, mental e social. Com base nesta definição, os programas de promoção de saúde foram além dos objetivos iniciais, que propunham a diminuição de sintomas ou aumento da expectativa de vida, e tiveram em consideração aspetos como o bem-estar e a qualidade de vida (Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006). Um dos desafios que a promoção de saúde nos idosos encontra centra a inexistência de esperança ou motivação, a ideia que ao envelhecer não existe mais nada. É necessária uma adaptação em todas as idades e o envelhecimento pressupõe alterações físicas, psicológicas e, acima de tudo, sociais com a perda do seu papel na sociedade após a reforma (Zimmerman, 2000). O processo de adaptação depende de fatores como a

autonomia, independência, socialmente ativo, física e psicologicamente saudável (Sequeira e Silva, 2003). A implementação de um programa de promoção de competências pessoais e sociais é eficiente, na medida em que promove a participação social, a autonomia e o bem-estar e, diminui a percepção de isolamento social e de solidão (Matos, Branco, Carvalhosa, Fonseca, Silva, Nunes, & Carvalhosa, 2005).

Modelo transteórico de mudança

Idêntica da promoção de saúde e elemento basilar da mudança, a motivação designa o envolvimento, investimento e aderência realizado pelo indivíduo nas estratégias de mudança de comportamentos alcançando estilos de vida saudáveis. De facto, a motivação é extrínseca e nem sempre constante e, nesta perspetiva, o conhecimento sobre as consequências de comportamentos prejudiciais à saúde, transmitem a sensação de vulnerabilidade e a necessidade de mudança (DGS, 2001). O modelo transteórico de Prochaska e DiClemente revela a sua utilidade neste objetivo, orientando o profissional na prática. Os autores identificaram e caracterizaram as diversas etapas do processo de mudança e as mudanças internas que delas advêm, possibilitando a estruturação de intervenções adequadas ao estágio identificado. As etapas deste modelo não são lineares e a evolução do indivíduo pode implicar recuos ou recaídas, não considerando o trabalho alcançado até ao momento como perdido. Cada estágio mostra a dimensão temporal da mudança e o grau de motivação para efetuar-la (Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2004).

Na pré-contemplação, estágio inicial do modelo, a mudança de comportamento não foi contemplada nem existe intenção de adotar alterações num futuro próximo. Os indivíduos nesta etapa tendem a apresentar maior resistência e pouca motivação, que pode decorrer da falta de informação sobre as consequências do comportamento ou das tentativas frustradas no passado. No estágio de contemplação o indivíduo reconhece a

existência de um problema e começa a ponderar a mudança comportamental sem um prazo estabelecido. Apesar de ter conhecimento dos benefícios da mudança ainda não existe um comprometimento para a mudança (Toral & Slater, 2007).

Assumido o compromisso, define-se um prazo para a mudança, ao mesmo tempo, que supera as tentativas anteriores frustradas. A preparação envolve pequenas mudanças bem como a adoção de um plano de ação, sem comprometimento sério. Quando entra no estágio de ação o indivíduo altera o seu comportamento e as barreiras para o alcançar. Revela dedicação para a mudança e a motivação necessária para evitar recaídas. Após a manutenção destes comportamentos por mais de seis meses, o foco é na prevenção de recaídas e consolidação dos benefícios alcançados durante a ação (Prochaska & DiClemente, 1982).

Psicoeducação

Num sentido mais lato, a psicoeducação é a transmissão de conhecimento ou informação, facultada a pessoas ou familiares sobre doenças mentais, emocionais ou comportamentais. A base da abordagem psicoeducacional passa pela compreensão da condição mental e do autoconhecimento dos próprios pontos fortes, dos recursos comunitários e da capacidade de *coping*, a pessoa estar melhor preparada para lidar com a situação e contribuir para o seu próprio bem-estar emocional (Lukens & McFarlane, 2004). O princípio central da psicoeducação é que a educação tem um papel na mudança emocional e comportamental. Com um entendimento apurado das causas e efeitos do problema, a psicoeducação aumenta a perceção e a interpretação do problema da pessoa e esta visão refinada influencia positivamente as emoções e o comportamento do indivíduo. Consequentemente, a consciencialização das causas e efeitos conduz a uma melhoria da autoeficácia, pois a pessoa acredita que é capaz de gerir a situação e, esta melhoria conduz a um elevado autocontrolo. Por outras palavras, a pessoa sente-se

menos impotente sobre o problema e com mais controlo sobre si (Xia, Merinder & Belgamwar, 2013).

Educar sobre os problemas mentais, emocionais ou comportamentais pode ser uma forma de intervenção eficaz para as pessoas terem conhecimento dos fatos e desenvolverem estratégias necessárias para lidar com a situação no sentido de ajudarem-se. A psicoeducação não é um tratamento mas, em contexto clínico, pode ser considerado o primeiro passo de um plano de tratamento. A psicoeducação abrange toda a comunicação que informe sobre os problemas de saúde. Nesta perspetiva, a saúde não é definida como a ausência de doença mas a capacidade de autoconhecimento sobre como agir perante os problemas. Em contextos clínicos, as metas da psicoeducação têm como objetivo quer o paciente quer a família. A educação dos principais membros da família visa a compreensão do que está a acontecer com o paciente e ajudá-los, treiná-los para cuidar dele na doença. A psicoeducação não é novidade para as escolas teóricas. Na realidade, desde a década de 1970, que faz uso da teoria psicológica e dos métodos pedagógicos. Os modelos psicoeducacionais atuais, surgiram da conjugação das teorias psicológicas do desenvolvimento, da cognição e da aprendizagem (Bäumli, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006).

Psicoterapia de apoio

No exercício da sua profissão, o psicólogo clínico apoia a sua intervenção num quadro teórico atribuindo significado as inferências do ser psicológico, que permitam a diminuição ou reequacionamento dos problemas. A psicoterapia de apoio pela sua versatilidade permite ser usada por diferentes escolas e psicoterapeutas. De facto, a psicoterapia de apoio retira técnicas de vários modelos teóricos com o objetivo de “apoiar e fortalecer o potencial para um melhor e mais maduro funcionamento do ego tanto em tarefas de adaptação como de desenvolvimento” (Gilbert & Ugelstad, 1994 cit.

Bloch 1999). Na realidade, os objetivos da psicoterapia de apoio são definidos de acordo com o que o cliente deseja trabalhar. Restabelecer o equilíbrio psicológico do indivíduo, obter a máxima melhoria sintomática, reforçar as defesas e melhorar a adaptação ao meio foram os objetivos propostos para a psicoterapia de apoio e que melhor se adequa à população que tem sido referenciada e ao contexto (Lemperière e Féline, 1977 cit. Leal, 2005).

A diferenciação temporal da psicoterapia de apoio serve, meramente como critério de diferenciação da modalidade de apoio psicológico. Como tal, temos a psicoterapia de longa duração, que se destina a indivíduos com incapacitações do ego e a curto prazo, para controlar crises isolada em indivíduos adaptados. A psicoterapia de apoio de média duração é indicada para as situações que não se adequam a um modelo específico de terapia (Hellerstein, 1994 cit. Leal, 2005). Contudo é limitada em indivíduos com pouco insight suficiente para a psicoterapia de apoio, falta de motivação, incapacidade de estabelecer relação terapêutica ou, quando existe a indicação para empreender noutras terapias. O estabelecimento de relação terapêutica é fundamental sendo a partir dela e, do facto de sentir-se aceite, que estabelecerá a confiança e a expectativa de ajuda e, por vezes, a própria relação é suficiente para mudar o ânimo e perspetivas futuras (Cordioli, 2008).

Modelo cognitivo comportamental

Como referido anteriormente, a psicoterapia de apoio retira metodologia e técnicas de diferentes escolas teóricas. O modelo cognitivo comportamental caracteriza-se por pressupostos de abordagem comportamental que foram, posteriormente alargados a uma avaliação dos processos internos (Gonçalves, 2004). Tem vindo a ganhar espaço entre as diversas abordagens teóricas, principalmente pela sua objetividade e eficácia terapêutica, o que pode ser considerado uma vantagem no tratamento de diversos

problemas. O modelo cognitivo comportamental tem assim, como objetivo analisar o indivíduo à luz dos princípios da aprendizagem, realçando também a importância dos eventos cognitivos na geração dos problemas pessoais e perturbações psiquiátricas, considerando a relação destes princípios com outros sistemas, como o fisiológico (Dryden & Rentoul, 1991). Os diferentes enfoques desta psicoterapia variam de acordo com os diferentes graus de mudança comportamentais e/ou cognitivos, dependendo do *background* de cada psicoterapeuta (Shinohara, 1997).

A teoria cognitiva comportamental considera que os problemas psicológicos podem ser compreendidos em termos de sistemas de respostas intercaladas entre o cognitivo e o comportamental. O modo como a pessoa percebe e assimila o ambiente à sua volta (reação cognitiva) é seletivo e depende de um conjunto de regras e crenças adquiridas no desenvolvimento desta pessoa. As reações cognitivas influenciam e são influenciadas pelas reações afetivas, fisiológicas e comportamentais (Dryden & Rentoul, 1991). Assim, nas perturbações de ansiedade e na depressão, o indivíduo percebe e avalia a situação de forma distorcida, tendenciosa (distorção cognitiva), propiciando a ocorrência de afetos desagradáveis como angústia e desânimo, com reações fisiológicas correspondentes (suores, taquicardia, tonturas, fraqueza, etc.), e de comportamento (bloqueio, colapso, tremor, fuga, evitamento, etc.), que acabam por confirmar as hipóteses negativistas acerca da situação e da autoimagem (Gonçalves, 2000).

Orientada para a resolução dos problemas atuais, geralmente, tem curta duração, dependendo da progressão do paciente, e apresenta uma eficácia científica e experimental. A sua aplicação abrange as mais variadas perturbações como a depressão, as perturbações de pânico e as fobias, perturbações obsessivo-compulsivas, perturbação de ansiedade generalizada, fobias específicas, etc. No âmbito do processo terapêutico, o

psicólogo clínico oferece as ferramentas para que o paciente possa utilizá-las para seu benefício (Hendriks, Voshaar, Keijsers, Hoogduin & Balkom, 2008).

Nesta abordagem psicoterapêutica prática e dirigida para a mudança de pensamentos e comportamentos disfuncionais, trabalha-se ao nível do aspeto cognitivo identificando e modificando formas distorcidas e não realistas de pensamento, e ao nível dos aspetos comportamentais, ajudando o indivíduo a interromper comportamentos alterados e a substituí-los por comportamentos mais saudáveis. Assim, geralmente procede-se a uma avaliação do paciente e da indicação do tratamento, treino na identificação dos sintomas, listagem e hierarquização dos sintomas pelo grau de ansiedade associada, técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta, técnicas cognitivas para a correção de pensamentos e crenças disfuncionais (Leahy, 2003).

Ciclo de vida: adolescência e velhice

Erik Erikson foi o primeiro teórico a descrever o desenvolvimento humano do nascimento até à velhice. O seu contributo mudou a forma como era perspectivado o desenvolvimento, principalmente, na fase da adolescência e da velhice pelo seu carácter inovador. Ao contrário da teoria do desenvolvimento psicosexual de Freud, Erikson integra três dimensões: a biológica, a social e a individual, promovendo a compreensão da relação tríplice. Como ponto fulcral da teoria psicossocial, estabelece quatro conceitos fundamentais para o desenvolvimento: o princípio epigenético, a crise normativa, os estádios e a identidade (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

O princípio epigenético preconiza que o desenvolvimento ocorre progressivamente no crescimento, integrando as conquistas anteriores nos processos adaptativos e às novas situações. Desta forma, um ambiente rico em estímulos proporcionará maior capacidade de adaptação. Erikson fundamentou a sua teoria numa conceção ampliada do ego e na qual sugere a existência de 8 estádios psicossociais ao longo do ciclo de vida.

Em cada estágio ocorre uma crise característica da fase em que se encontra, contribuindo para a formação da personalidade, dependendo da sua resolução. Ou seja, o desenvolvimento do indivíduo emerge através da resolução positiva ou negativa dos estágios, sendo que a positiva leva a um equilíbrio mental e bom relacionamento social e a resolução negativa, a sentimentos de ansiedade e fracasso. A crise normativa, conceito instituído por Erikson, refere-se ao momento em que o indivíduo escolhe que percurso seguir, avançando para o estágio, durante o qual resolve as crises e as tarefas, podendo perante o fracasso refazer as suas vivências posteriormente (Sprinthall e Collins, 1999).

Durante o primeiro ano de vida, no estágio confiança *versus* desconfiança, o bebé adquire um sentimento de segurança, através da satisfação das suas necessidades básicas, papel desempenhado pela mãe, a primeira relação social do bebé. O vínculo formado é o elemento preponderante desta crise e a resolução positiva favorece um sentimento fundamental de confiança em si próprio e ao meio que o rodeia, proporcionando a construção de um modelo relacional positivo com os outros. Quando a satisfação das suas necessidades básicas não são correspondidas, instala-se a desconfiança (Costa, 1991). No estágio seguinte, autonomia *versus* vergonha e dúvida, a criança tem algum controlo sobre os movimentos musculares e coordenação motora e investe em atividades exploratórias na tentativa de adquirir autonomia. No entanto, será confrontado com regras sociais que terá de respeitar e integrar no seu ser, numa conjugação entre manutenção muscular, conservação e controlo. Neste processo, a criança experiencia sentimentos de vergonha ou dúvida em parte porque, como enfatiza Freud, os pais fazem uso da vergonha, ao mesmo tempo que encorajam a autonomia (Elkind, 1970).

O dilema enfrentado no estágio iniciativa *versus* culpa, coloca-se quando a criança tem a iniciativa de explorar o ambiente, ao mesmo tempo que experimenta sentimentos de culpa, produto da punição. A criança vê-se como um ser autônomo e independente com capacidade de focar a sua energia para atingir objetivos e, o sucesso deste estágio é essencial para o desenvolvimento da identidade pelo ideal de si que constrói. Marcado pelo controle, tanto físico como intelectual, o quarto estágio diligência *vs* inferioridade, consiste numa tentativa de equilibrar as regras sociais no principal contato social além do familiar como, por exemplo, a escola. O seu sucesso envolve o sentido de concretização que, no inverso quando a sua performance não corresponde às expectativas, está a sua inferioridade. O sentimento de incapacidade pode bloquear a definição dos objetivos de vida, daí este estágio ser visto como a base para proporcionar o desenvolvimento de uma identidade profissional (Costa, 1991).

Adolescência: identidade, vinculação e autoconceito

A adolescência é uma fase decisiva e, pela sua importância, são vários os autores que se debruçaram sobre a temática criando modelos explicativos, tendo como referência as estruturas estabelecidas por Freud (Ferraz, 2000). Define-se como um período de mudança, no qual se questiona a continuidade psíquica, os mecanismos de defesa, a organização da identidade e as relações sociais, revelando a sua importância no desenvolvimento humano (Braconnier & Marcelli, 2000). De acordo com a teoria psicossocial, na resolução do quinto estágio identidade *versus* confusão de identidade, o adolescente adquire o sentido de identidade bem como um quadro de valores, ideias e objetivos pessoais. Para alcançar este objetivo, sintetiza as informações dos papéis que desempenha, integrando-os num todo, atribuindo continuidade e perspectiva para o futuro. A má resolução da crise neste estágio pode conduzir a uma confusão acerca de

quem é, dos seus objetivos e um comprometimento dos valores que o definem (Elkind, 1970).

Erikson foi o primeiro psicanalista a estudar profundamente a formação de identidade, conceptualizando-a numa estrutura interdisciplinar em que a construção biológica, a organização pessoal da experiência e o meio cultural atribuem significado, forma e continuidade à existência do indivíduo. Evidencia a importância da interação social com os pais, a família, as instituições sociais e a cultura no desenvolvimento do indivíduo (Erikson, 1968). A formação de identidade possui duas dimensões: um desenvolvimento psicológico adequado e um social, numa estrutura realista e adaptada à sociedade em que se insere e em constante evolução. A dimensão individual e a social estão interligadas e refletem a relação entre o indivíduo e a sociedade. Na realidade, as alterações da dimensão social intervêm na identidade individual, pois somos influenciados pelo contexto histórico e sociocultural em que nos inserimos (Campos, 1990).

A construção de identidade é um processo contínuo que não começa nem termina na adolescência. Contudo é a crise na adolescência que determinará, com referência no desenvolvimento passado, o seu sentido de identidade futuro. Os primeiros anos de vida revelam-se essenciais para o desenvolvimento da identidade (Kacerguis & Adams, 1980). A família é o elemento central no processo de socialização e a sua ausência ou desequilíbrio, coloca em risco o desenvolvimento da criança, podendo mesmo potencializar comportamentos desviantes. Pelo contrário, quando existe uma relação estruturada na família, na escola e na sociedade, maior a probabilidade de se adaptarem socialmente e às normas estipuladas (Casey, 1996). Neste contexto, os pais assumem um papel relevante sendo a primeira relação que o bebé estabelece na procura de segurança e conforto (Sá, 1999).

Segundo a teoria da vinculação de Bowlby, a interação com os pais é resultado da qualidade da interação e dos cuidados providos pelos pais. Preconiza que, no decorrer da interação com os pais, a criança constrói modelos internos dinâmicos, constituindo-se em representações de si próprio e dos outros (Waters & Sroufe, 1983). Estes modelos determinam posteriormente a organização da sua atuação com as pessoas e com o ambiente à sua volta. Desta forma, uma interação adequada ou inadequada providenciada pela mãe determinará o modelo interno desenvolvido pela criança. O estabelecimento de um autoconceito positivo ou negativo assim como a confiança ou desconfiança, definir-se-á pela disponibilidade dos pais e do contexto em geral, possibilitando uma ação adaptada na realidade física e social. Os modelos internos que cada um formula a seu respeito e dos outros decorrem, em grande parte, da representação da relação de vinculação que estabeleceu com a mãe, criando expectativas sobre como os outros vão agir e como será bem-sucedido para que os outros gostem de si (Bowlby, 1969).

A criança que representa os pais como pessoas disponíveis e providenciadas de experiências agradáveis tendem a esperar o mesmo dos outros e a sua atuação estará em concordância, mantendo uma relação efetiva e competente. Isto é, a criança vinculada estabelece facilmente relações interpessoais, sendo que possui confiança em si e nos outros. Bowlby concluiu, através da observação da interação mãe-criança, que o tipo de interação e de relação estabelecida afeta o desenvolvimento da vinculação, um dos fatores mais importantes no primeiro ano de vida (Bowlby, 1981). Também a figura parental adquire progressivamente um papel significativo no desenvolvimento da criança, segundo alguns teóricos. Principalmente ao envolver-se emocionalmente desde a gravidez até ao nascimento e, mesmo nos cuidados iniciais, o bebé investe não só na

mãe como no pai através do reconhecimento, enquanto figura diferenciada da mãe (Lebovici & Crémieux, 1971).

A vinculação estabelecida com a figura parental enquanto cuidador oferece ao bebê um melhor controlo do comportamento e das emoções, facilitando a adaptação aos diversos sentimentos vivenciados e situações emergentes. A confiança na criança também surge através da observação do comportamento do pai e das suas expressões faciais (Balacho, 2003). Foram realizados diversos estudos com o objetivo de compreender a relação entre a figura parental e o desenvolvimento da criança e, concluíram que o pai promove o desenvolvimento positivo da mesma forma que a mãe estabelecendo uma relação de qualidade com proximidade e calor (Lamb, 1997). Embora diferenciada e única, a vinculação criada com a mãe e com o pai tem impacto no desenvolvimento da criança e a combinação da vinculação com ambos, determinará a forma como se relaciona com o mundo e com ela própria (Grossmann, Grossmann, & Kindler, 2005).

A representação que a criança constrói de si mesma, tendo como base as interações com os outros nos diferentes contextos da vida e através das interpretações realizadas das mesmas interações, designa-se por autoconceito (Hattie, 1992). Começa a sua formação na infância e adquire um papel central durante a adolescência, momento em que surge as crenças pessoais e os padrões de comportamento e não se reinterpreta em termos de comparação social. Estes recursos permitem a reconstrução da identidade e, por sua vez, a reorganização da representação que tem de si próprio, ou seja, do autoconceito. Deste modo, as capacidades e limitações criadas em cada etapa do desenvolvimento determinam como as autorrepresentações, enquanto processo cognitivo, são organizadas (Harter, 2006).

De acordo com o autor Hattie, a formação do autoconceito é multidimensional, sendo influenciado por relações intersubjetivas e interpessoais e a relação com a dimensão social e cultural (Hattie, 1992). As diversas dimensões comportadas pelo autoconceito são reforçadas por duas premissas básicas: a diferenciação ou a capacidade de realizar diferentes autoavaliações nos diferentes contextos e a integração. A integração é o conceito global de si próprio, do seu valor quando alcança generalizações mais complexas do *self* (Harter, 1998). A autoestima é uma dimensão do autoconceito que representa, numa vertente afetiva, a perceção individual do valor próprio (Baumeister, 1997). A autoestima desempenha um papel relevante na consolidação da identidade na adolescência, ou seja, o grau de realismo associado ao autoconceito determina a capacidade de adaptação do indivíduo (Emler, 2001). Um desenvolvimento normal antevê a formação de um conceito de si realista e basicamente positivo, diminuindo a vulnerabilidade às perturbações emocionais (Blatt 1990).

Os estudos realizados sobre o autoconceito nos adolescentes demonstraram os diversos fatores associados como as dificuldades escolares, as perturbações do comportamento, o suporte social e a influência da posição na fratria (Clemente, 2008; Nunes, 2010). Na comparação entre géneros, verificaram a sua importância na estruturação da personalidade, no desenvolvimento e no comportamento ao longo da vida. A correlação entre o autoconceito e o género é elevada, especialmente nas raparigas adolescentes (Veiga, 1996). Segundo Gilligan, os rapazes apresentam um autoconceito mais autónomo enquanto as raparigas desenvolvem um mais interdependente. A explicação está na diferente educação dada, sendo as raparigas orientadas para valorizar o cuidado com o outro e as relações interpessoais e os meninos, educados para serem autónomos e competitivos (Gilligan, 1982). O desenvolvimento do autoconceito na adolescência envolve diferentes níveis de

informação e a inclusão de particularidades discrepantes que não eram notórias nas fases anteriores. Com a passagem para a idade adulta, estas diferenças desaparecerão, produzindo uma imagem congruente e estável (Harter, 2006).

Velhice: envelhecimento, qualidade de vida e depressão

Na continuação da teoria psicossocial, o sexto estágio intimidade *versus* isolamento, tem como tarefa para o jovem adulto, o estabelecimento de relações de partilha e de cooperação. Segundo Erikson, a intimidade não se define pela realização sexual, sendo que pode funcionar como um meio para a resolução do conflito de identidade, mas também com o estabelecimento de relações de amizade. A incapacidade de estabelecer relações íntimas com os outros comprometerá relações futuras estereotipando-as com um profundo sentimento de isolamento (Erikson, 1968). O sétimo estágio, generatividade *versus* estagnação, define-se pela necessidade do adulto orientar a geração seguinte, pelo investimento na sociedade em que está inserido. Pelo contrário, o adulto que não acompanha este ideal e foca-se em si próprio estagna (Campos, 1990).

No final do ciclo de vida, o idoso sente necessidade de realizar uma reflexão sobre a vida, integrando o passado através da aceitação do sentido vital. A resolução do estágio integridade *versus* desespero pressupõe a aceitação sem remorsos pelas decisões e ações que tomou enquanto o desespero ocorre quando confrontado com a diminuição das capacidades físicas, sociais e cognitivas (Elkind, 1970). Perante a inevitabilidade da morte, este estágio revela-se o mais angustiante. Contudo o envelhecimento é uma fase integrante do ciclo de vida. Até recentemente, a definição de idoso ou terceira idade referia-se a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, inserida numa representação mental comum (Pinho, 2005). Com o aumento da esperança média de vida, surge um novo conceito que requer novas atenções sociais: a quarta idade para idosos com idade

maior ou igual a 80 anos. São, na sua maioria, pessoas dependentes, com doenças crónicas e pouca mobilidade (INE, 2011).

Envelhecimento envolve um processo progressivo de transformação da organização biológica, psicológica e social (Sequeira, 2007). O termo obteve uma representação negativa, principalmente no século XIX, tendo evoluído com o contínuo conhecimento sobre o mesmo. Para Freud, o envelhecimento era parte de um percurso contínuo, que se podia exprimir num envelhecimento normal ou patológico. O envelhecimento normal acarreta imensas alterações biológicas que ocorrem com a idade e não são atingidas por doenças. Por sua vez, o envelhecimento patológico descreve-se pela presença de um estado senil ou demencial (Sequeira, 2007). O que diferenciava o percurso de vida de cada indivíduo era a celeridade com que alcançava o estado patológico (Fontaine, 2000).

O envelhecimento da população conduz inevitavelmente à gradual dependência dos membros familiares, principalmente, do cônjuge ou dos filhos. São eles que lidam, muitas vezes de forma funcional, com o comprometimento cognitivo e sensorial bem como com as mudanças de comportamento e de personalidade (Tooth, Russell, Lucke, Byrne, Lee, Wilson & Dobson, 2008). Durante o envelhecimento, o conceito de identidade é, novamente, questionado pela mudança e perda de papéis como a perda do estatuto profissional, a mudança nas relações familiares e das redes sociais. A cessação da atividade laboral demonstra ter repercussões sérias nesta fase do envelhecimento, sobretudo pela alteração das rotinas diárias. O idoso entrega-se progressivamente a um estado de inatividade e isola-se comprometendo a sua saúde e bem-estar psicológico. Associada à reforma existe a crença que o idoso inicia um processo de declínio, de perda e deterioração das capacidades funcionais. De fato, a reforma marca o declínio e a

perda do papel social ativo que detinha anteriormente mas não marca o início da deterioração mental (Figueiredo, 2007).

O desafio principal do envelhecimento revela ser o confronto com essas perdas, que exige um esforço por parte do idoso na adaptação à situação com o propósito de manter a qualidade de vida desejada. Com a evolução do conceito, o envelhecimento passou a ser considerado como uma oportunidade de melhorar ou manter a qualidade de vida, através do desenvolvimento de práticas assistenciais e políticas públicas (Fontaine, 2000). A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998). Os estudos realizados demonstram a existência de uma correlação muito forte entre a situação económica, profissional, social e a saúde da pessoa idosa. Também indicam que a qualidade de vida é determinada pela autonomia para a realização de tarefas, pela manutenção de relações familiares e sociais, pelos recursos económicos e pela constante realização de atividades recreativas (Jacob, 2007).

A qualidade de vida varia de pessoa para pessoa dependendo do contexto social, das experiências de vida, de determinantes pessoais inclusive a própria percepção da pessoa. Outros autores referem que a mesma depende do estilo de vida, dos apoios sociais, da saúde, da espiritualidade, do bem-estar físico, emocional, cognitivo e das redes de suporte social (Fonseca & Paúl, 2005). As redes de suporte social estão associadas à percepção de qualidade de vida no idoso, podendo proporcionar uma adaptação saudável ao envelhecimento. Pelo contrário, a sua inexistência proporciona o aumento do isolamento social e os sentimentos de solidão com consequências na integração social e familiar bem como na saúde física e psicológica (Melo & Neto, 2003). Num estudo realizado com uma amostra de 3915 indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 75

anos, revelou-se a existência de potenciadores da solidão como a frágil saúde física, a viuvez. O mesmo estudo refere que as causas mais comuns entre quem sofre de solidão envolve as doenças, a morte do companheiro e a falta de amigos (Savikko cit. Fernandes, 2007).

A morte do cônjuge é um dos maiores traumas experienciadas pelas pessoas idosas, principalmente se não dispuserem de boas redes de suporte social (Neto, 1999). Surgem conseqüentemente associados à viuvez sentimentos de tristeza e melancolia, pela perda de uma relação íntima significativa. O isolamento da vida social ativa é, frequentemente, a escolha realizada pelos próprios idosos conduzindo à solidão e depressão (Fernandes, 2007). Encontram-se habitualmente determinadas patologias e sintomatologias associadas ao idoso de componente depressiva e ansiogénica (Grilo, 2012).

A Organização Mundial de Saúde refere que a depressão é hoje a principal causa de invalidez no mundo. Nos dados oficiais apresentados, a depressão atinge mais de 350 milhões de pessoas, incidindo sobretudo em mulheres e com idades inferiores a 45 anos (OMS, 1996). Em idades mais avançadas, a depressão atinge níveis elevados de morbilidade e mortalidade pelos sintomas inespecíficos que assume, pela negação da doença e, conseqüentemente, pela falta de tratamento. Os sentimentos de melancolia e tristeza são associadas às perdas afetivas, económicas, sociais ou doenças crónicas sendo o diagnóstico de uma depressão difícil de realizar e podendo passar despercebido para os incautos (Hughes, 2005).

O diagnóstico da perturbação depressiva persistente prevê um grupo de sintomas psíquicos como (a) humor depressivo durante pelo menos 2 anos, a maior parte do dia e mais de metade dos dias assim como, (b) na presença de estado deprimido dois dos seguintes sintomas: (1) apetite diminuído ou aumentado, (2) insónia ou hipersónia, (3)

baixa energia ou fadiga, (4) baixa autoestima, (5) falta de concentração ou dificuldade na toma de decisões e (6) sentimentos de desesperação. Os critérios referidos devem estar presentes por mais de dois meses de cada vez e, neste período, não pode ter existido um episódio maníaco ou hipomaníaco, nunca preenchendo os critérios para a perturbação ciclotímica (APA, 2013). Outro critério importante no diagnóstico da perturbação depressiva persistente refere que nenhum destes sintomas pode advir de outra condição médica, sendo frequente entre a população idosa a personificação das doenças físicas e psicológicas (Martins, 2008). O diagnóstico da depressão nos idosos revela-se ambígua, principalmente, considerando a experiência vivencial. Um exemplo interessante é o caso do luto, que também conduz a sentimentos de tristeza intensos, à ruminação sobre a perda, insónia, perda de apetite e perda de peso, critérios idênticos aos da depressão (APA, 2013).

Não existe uma única teoria explicativa do desenvolvimento de uma depressão. O modelo da dinâmica tensão-vulnerabilidade é particularmente útil para a compreensão da depressão em pessoas mais velhas sendo que incorpora elementos do domínio biológico, psicológico e social (Dobson & Dozois, 2008). Qualquer depressão resulta geralmente da interação de diversos fatores de risco em um ou mais desses domínios. Foram realizados vários estudos sobre as causas da depressão em pessoas idosas e destacaram como fatores predisponente a perda do papel tradicional da dona de casa devido à debilidade física, a passagem à reforma, a morte do cônjuge e a falta de apoio familiar. O isolamento social é outro fator contributivo para a sintomatologia depressiva, por exemplo na impossibilidade de realizar passeios de convívio por restrições financeiras. Por fim, os autores referem ainda a perda do papel de mãe e de matriarca quando a família opta por uma acomodação alternativa como um lar (Wilson, Mendes de Leon, Bennett, Bienias, & Evans, 2004).

Outros autores apontaram, por exemplo, a ligação entre os relacionamentos sociais, a qualidade de vida, a capacidade funcional com a existência de uma depressão. Também o local de residência é um fator significativo, sendo que os idosos residentes em áreas urbanas apresentam sintomas mais significativos de depressão do que os idosos residentes no meio rural. No meio urbano, após a reforma, é mais fácil a pessoa reduzir a sua participação na comunidade potenciando a solidão e os sentimentos de desvalorização, quer social como no seio da família (Blazer cit. Fernandes, 2000). Na solidão, a atividade mental é diminuta e conseqüentemente irá interferir no desempenho da memória. O idoso descreve frequentemente a sensação de cansaço e fadiga quando tenta fazer uso das capacidades cognitivas, fatores também associados à depressão (Lezak, Howieson e Loring cit. Nunes, 2008).

Objetivos de Estágio

O principal objetivo do estágio académico focou a aquisição de novas aprendizagens, o desenvolvimento de competências técnicas e específicas no contexto comunitário bem como a solidificação de conhecimentos adquiridos, oferecendo um contributo positivo e de qualidade enquanto estagiária. Os objetivos definidos para o estágio tiveram em consideração, após realização de uma observação e análise, as necessidades dos utentes e da instituição Pró-Alcântara Associação de Apoio e Solidariedade Social. São os seguintes:

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

Método

Este capítulo pretende apresentar os acompanhamentos individuais e de grupo realizados e os instrumentos qualitativos e quantitativos utilizados. No procedimento, são descritas as atividades desenvolvidas e executadas ao longo do estágio académico, que tiveram em consideração o contexto a intervir, nomeadamente o comunitário.

Participantes

A intervenção psicológica incluiu o acompanhamento individual ao domicílio no Pró-Alcântara, local do estágio académico e na instituição parceira, o Alkajuda após solicitada a intervenção do psicólogo clínico numa população mais jovem. Os acompanhamentos realizados recorreram ao modelo cognitivo-comportamental, ao modelo transteórico de mudança e à psicoeducação.

A intervenção em grupo foi realizada através do programa de promoção de competências nos utentes do Pró-Alcântara. Os nomes dos intervenientes são fictícios com o propósito de proteger a sua identidade e confidencialidade e, dois dos acompanhamentos são descritos detalhadamente na exposição de casos clínicos. Na tabela 1 é apresentado sucintamente todos os acompanhamentos realizados.

Tabela 1 - Acompanhamentos psicológicos realizados durante o estágio

| Caso | Nome | Idade | Instituição | Motivo da consulta | Antecedentes clínicos | Intervenção | Hipótese diagnóstica | Indicações gerais | Sessões |
|-------------|--|---------------|--------------------|--|--|---|---|--|----------------|
| 1 | Beatriz | 7 Anos | Alkajuda | Comportamentos agressivos dirigidos à irmã de 1 ano | Acompanhada pelo psicólogo educacional há 1 ano, após relato de furtos de material escolar e agressões aos colegas. Pais divorciados com novos companheiros e bebês com menos de 1 ano | Psicoterapia de apoio e psicoeducação na integração do novo elemento na família | Não preenche os critérios para o diagnóstico de perturbação antissocial da personalidade. Porém os comportamentos revelados são considerados de risco | Dificuldade no comprometimento com as sessões e foi reportado e confirmado pela Beatriz, a tortura e morte de animais pelas suas mãos. O caso foi reportado e encaminhado para a CPCJ também por comportamentos sexuais promíscuos | 8 |
| 2 | Lúcia | 17 Anos | Alkajuda | Dificuldade na adaptação social e isolamento Baixa autoestima | Nunca foi acompanhada por profissionais de saúde mental | Psicoterapia de apoio e práticas de promoção de autoestima e autoconceito | Não preenche os critérios para o diagnóstico das perturbações depressivas. Demonstra sintomas depressivos, consequência da mudança sofrida | O caso será apresentado detalhadamente no estudo de caso 2 | 15 |
| 3 | Josefina | 72 Anos | Pró-Alcântara | Dificuldades na integração e na aceitação das normas institucionais | Internamento no Hospital Miguel Bombarda e Hospital Júlio de Matos no serviço de psiquiatria | Psicoterapia de apoio | Perturbação antissocial da personalidade | As sessões foram suspensas com a retirada da utente da instituição após diversos conflitos físicos e verbais com outros utentes e funcionários | 5 |
| 4 | Maria | 82 Anos | Pró-Alcântara | Solidão e isolamento social | Nunca foi acompanhada por profissionais de saúde mental | Aconselhamento | Não possui | O atendimento pontual teve como objetivo a preparação para a integração nas atividades de grupo no âmbito do programa de promoção de competências pessoais e sociais | 5 |
| 5 | Glória | 82 Anos | Pró-Alcântara | Acompanhamento na solidão, perspetivando a diminuição do isolamento social | Nunca foi acompanhada por profissionais de saúde mental. Seguida pela médica de clínica geral por problemas cardíacos, de obesidade e de diabetes. | Psicoterapia de apoio e modelo transteórico para a mudança | Perturbação depressiva persistente | O caso será apresentado detalhadamente no estudo de caso 1 | 21 |
| 6 | Francisco | 89 Anos | Pró-Alcântara | Acompanhamento na doença da esposa | Nunca foi acompanhada por profissionais de saúde mental | Aconselhamento e psicoeducação da doença de Alzheimer | Não possui | As sessões foram interrompidas após a integração da esposa num lar | 2 |
| 7 | Programa de promoção de competências: Combater a solidão | Média 80 Anos | Pró-Alcântara | | Sem informação | Cognitiva, social, emocional e psicomotora | Não possui | O programa será apresentado detalhadamente em procedimentos e em anexo | 19 |

Instrumentos

A avaliação psicológica é o processo científico que permite a recolha, integração e avaliação de dados recorrendo a diversas fontes, através de dois métodos. O processo designa as etapas que o avaliador deverá realizar com o propósito de formular objetivos, colocar hipóteses diagnósticas, formular um plano terapêutico. Outro método da avaliação psicológica é o procedimento, o qual utiliza instrumentos, testes e outras técnicas de medição qualitativas como a entrevista (Fernández-Ballesteros, De Bruyn, Godoy, Hornke, Laak, Vizcarro & Zaccagnini, 2001). De seguida, irão ser apresentados os instrumentos utilizados ao longo do estágio.

Provas psicológica

O mini exame do estado mental (Mini Mental State Examination) é um dos testes mais empregue e estudado no rastreio do declínio cognitivo. Traduzido em várias línguas, foi criada uma versão modificada, adaptada para pessoas com défice auditivo. Utilizado isoladamente ou integrado numa bateria é adequado a pessoas com curtos períodos de atenção pela sua simples e rápida aplicação, aproximadamente 5 a 15 minutos (Spar & La Rue, 2005). Desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh em 1975 é composto por 11 questões, que avaliam a orientação temporal e espacial, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação e linguagem, obtendo uma pontuação entre 0 e 30. Uma pontuação de 0 indica um severo comprometimento das capacidades cognitivas enquanto o total máximo de 30 pontos corresponde ao bom funcionamento cognitivo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

A tradução e adaptação realizada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, determinaram os valores normativos e psicométricos do MMSE à população portuguesa. Os valores de corte estipulados foram analfabetos ≤ 15 , 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 , mais de 11 anos de escolaridade ≤ 27 (Freitas, Simões, Alves &

Santana, 2014). Desde a sua criação, o MMSE tem sido validado e utilizado em contextos clínicos e de investigação. Segundo Folstein et al. apresenta uma fiabilidade de $k = 0,98$ e, ao longo dos anos, a consistência interna variou entre pobre com um alfa de Cronbach de 0,54 a excelente ($\alpha = 0,96$) (Folstein et al., 1975; Tombaugh & McIntyre, 1992). Apesar das vantagens referidas, também apresenta limitações como falha na discriminação entre demência ligeira ou focal e não demenciados conduzindo a falsos-positivos. Por ser um instrumento que depende fortemente da resposta verbal, da leitura e escrita, pessoas com deficiência auditiva ou visual ou com pouca escolaridade podem ter um pobre desempenho, mesmo com as funções cognitivas intactas elevando a taxa de falsos-positivos (Spar e La Rue, 2005).

O questionário de estado de saúde (MOS SF-36) foi desenvolvido a partir do projeto Medical Outcomes Study ou estudo dos resultados médicos. Tinha como missão desenvolver instrumentos práticos de medição do estado de saúde, podendo ser aplicados em diversas situações sem ser especificamente para uma faixa etária, doença ou tratamento (Ware & Sherbourne, 1992). O seu objetivo é medir e avaliar conceitos de saúde significativos à funcionalidade e ao bem-estar dos indivíduos com ou sem doença. Permite a monitorização e comparação de doentes com múltiplas condições e o seu estado de saúde com a população saudável em geral. Frequentemente, investigado e estudado quanto às suas características psicométricas, foi aceite e validado a sua aplicação no âmbito do estado de saúde e qualidade de vida, sendo um dos mais utilizados para estimar a perceção do estado de saúde (Pais-Ribeiro, 2005).

O SF-36 é um questionário rápido de administrar quer por entrevista, telefone ou autopreenchimento, a qualquer individuo a partir de 14 anos. Constituído por oito escalas baseadas em conceitos de saúde, que podem ser agrupadas em duas dimensões: a saúde mental e a saúde física. A função física, o desempenho físico, a dor corporal e a

saúde em geral formam a componente física, enquanto o desempenho emocional, vitalidade, função social e saúde mental, a dimensão mental (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993). A escala de mudança em saúde pede, baseando-se na experiência vivida, que avalie o nível de mudança, não constituindo uma dimensão. A validação do questionário para a população portuguesa respeitou os critérios exigidos pelo Scientific Advisory Committee do Medical Outcomes Trust, apresentando padrões e valores idênticos às versões originais. A consistência interna da versão portuguesa é considerada satisfatória com um coeficiente α de Cronbach superior ou igual a 0,70 (Ferreira, 2000).

O inventário de depressão de Beck (Beck Depression Inventory) construído por Aaron Beck e colaboradores em 1961 para medir a severidade e intensidade dos sintomas depressivos, tem sido estudado e documentado exaustivamente permanecendo atualizado. O BDI pode ser aplicado em entrevista ou preenchido pela própria pessoa, com um tempo de aplicação entre 5 a 10 minutos. É composto por 21 itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas, organizado em seis parâmetros que avaliam manifestações depressivas do tipo afetivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e funcional. Organizado numa escala de Likert de 3 pontos, a soma dos itens determina o grau de severidade da sintomatologia depressiva num total máximo de 63 pontos (Richter, Werner, Heerlein, Kraus e Sauer, 1998).

A versão portuguesa, avaliada quanto ao conteúdo, constructo, critério, sensibilidade à mudança e a sensibilidade entre populações, foi realizada numa amostra com doentes psiquiátricos deprimidos. A cotação do inventário afere a intensidade da sintomatologia depressiva, com os seguintes valores de corte: sem sintomas depressivos: 0-13; sintomas depressivos leves: 14-19; sintomas depressivos moderados: 20-28; sintomas depressivos graves: pontuação global superior a 29 (Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973). Mais

recentemente, com o propósito de testar a validade numa amostra sem patologia psiquiátrica, foi elaborado um estudo cujo resultado indica uma validade elevada com um alfa de Cronbach médio de 0,86 (Figueiredo, Fernandes, Martins, & Ramalho 2007). Contudo a aplicação isolada do inventário depressivo de Beck não é suficiente para realizar um diagnóstico clínico de depressão mas confirmar a presença de sintomatologia depressiva (McIntyre & McIntyre 1995).

Inserido no Achenbach System of Empirically Based Assessment ou sistema de avaliação empiricamente validado, o Youth Self-Report (YSR) é um questionário de autoavaliação destinado a jovens entre os 11 e os 18 anos. As questões elaboradas permitem, através da perceção do adolescente, um relato dos problemas individuais ou grupais e competências desenvolvidas (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001). O YSR está dividido em duas partes, sendo que a primeira parte integra 17 questões referentes a competências, atividades e interesses sociais. A segunda parte é composta por 119 itens e 103 são descrições de problemas e atitudes positivas que o jovem deve responder com 0 (a afirmação não é verdadeira), 1 (a afirmação é algumas vezes verdadeira) ou 2 (a afirmação é muito verdadeira), considerando os últimos seis meses (Fonseca e Monteiro, 1999).

As análises fatoriais realizadas por Achenbach permitiram agrupar os itens em 8 síndromes, possibilitando ao avaliador traçar um perfil comportamental, sendo elas: retraimento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas com o relacionamento social, problemas com o pensamento, problemas com a atenção, comportamento delinvente e comportamento agressivo. A última síndrome, autodestruição ou problemas de identidade, destina-se exclusivamente a adolescente do sexo masculino. Através do agrupamento das síndromes, o autor extraiu duas escalas, externalização incidindo em conflitos com o ambiente e internalização ou conflitos com o *self*

(Achenbach, 1991). A versão original do Youth Self-Report apresenta um alfa de Cronbach com valores entre 0,70 e 0,80 e a análise da consistência interna na versão portuguesa realizada por Fonseca e Monteiro varia entre 0,65 e 0,91 (Pestana e Gageiro, 2008).

Entrevista Clínica

Conjunto de técnicas de investigação, a entrevista clínica ou entrevistas dependendo dos objetivos estabelecidos, é dirigida por profissionais treinados que usam os seus conhecimentos em psicologia para descrever e avaliar aspetos pessoais relacionais ou sistémicos (Tavares, 2002). Permite o acesso a informações atuais ou passadas sobre o funcionamento psíquico, a personalidade e ainda, as aptidões ou dificuldades do indivíduo em apreender a mudança (Bénony & Chahraoui, 2002). Instrumento fundamental da investigação científica em psicologia, a entrevista clínica possui especificidades próprias, nomeadamente por assentar numa relação terapêutica entre o psicólogo e a pessoa ou pessoas que necessitam de intervenção (Bleger, 1991). Mais do que um processo de investigação, é uma experiência emocional que, num sistema bidirecional, explora as ansiedades, defesas, estilos de relação de cada um dos participantes (Aguilar, Oliva & Marzani, 2003).

As conceções existentes sobre a entrevista em psicologia preconizam a clínica de mãos nuas e a clínica instrumental. A expressão mãos nuas é utilizada pelos teóricos que defendem a entrevista pura apoiada num quadro teórico com aplicação das técnicas específicas enquanto a clínica instrumental, além da relação terapêutica, considera os dados obtidos nas provas psicológicas (Leal, 2008). Ferramenta qualitativa, a entrevista clínica estrutura-se tendo em conta a população com que intervém, nomeadamente, adolescentes. O psicólogo desempenha um papel importante contendo e apoiando o ego, que é incapaz de gerir as angústias sozinho e reformular a desordem que apresenta. Ao

contrário do adulto, o adolescente não tem autonomia total e está dependente dos pais sendo outro sistema que o psicólogo gere. Ainda neste contexto, a entrevista clínica adquire uma vertente educativa na intervenção, ou seja, o psicólogo transmite informações ao adolescente que permitem formar uma opinião ou pensamento próprio e clarificar situações e angústias provenientes da ignorância (Birraux, 1994).

Por sua vez, na entrevista clínica com a população idosa, o psicólogo deve ter em atenção as referências sociais e a sua representação, consciente ou não delas. A associação entre determinadas patologias e a idade ou o conceito de idoso não podia ser mais errónea. Desta forma, o psicólogo em toda a sua atividade profissional deve permanecer neutro e livre de preconceitos. (Cyssau, 2005). A entrevista de estudo de caso é metódica na recolha de dados, não só por ser mais longa no tempo mas por fazer uso de instrumentos psicométricos com o propósito de complementar tópicos considerados importantes. Na sua essência, o estudo de caso revela características da investigação qualitativa, guiando-se pela lógica das etapas de recolha, análise e interpretação da informação, permitindo o estudo intensivo. A sua aplicabilidade a situações humanas e contextos da vida real possibilitam que outras disciplinas façam uso da investigação de estudo de caso (Meirinhos & Osório, 2010).

Em suma, as características do enfoque qualitativo enfatizam a liberdade de juízo profissional, defendendo a liberdade na seleção das situações de exame, de forma a recolher dados, processar e comunicar os resultados. Pelo contrário, no uso de ferramentas psicométricas, designam-se uma série de normas, a adoção de condutas semelhantes para todos os sujeitos, o uso de testes estandardizados e instrumentos tipificados, recolha de informação igual para todos os sujeitos, ponderação e elaboração mecânica de dados e procedimentos uniformes de comunicação de resultados. Entre

estes instrumentos encontramos os questionários, os inventários e os testes psicológicos (Cunha, 2003).

Observação clínica

A entrevista e a observação clínica estão, inevitavelmente, ligadas e são duas das técnicas fundamentais para a realização da avaliação psicológica, que permite enriquecimento da informação recolhida (Cowie, 2009). Não se entenda, porém, que se trata de um meio complementar das outras técnicas. Pelo contrário, é em si um meio de investigação e de recolha de dados (Bogdan & Taylor, 1975). A observação é “a ação de olhar com atenção (...) os fenómenos para os estudar, examinar e para deles retirar conclusões” (Bernaud, 2000). A observação do comportamento verbal e não-verbal em entrevista, por parte do psicólogo, sustenta a avaliação e o diagnóstico em conjunto com as provas psicológicas (Almeida, 2004).

Anamnese

Um dos instrumentos iniciais, o objetivo primordial da anamnese é reunir dados sobre o utente pelo mesmo, família ou pessoas com quem vive, sendo na sua essência uma entrevista diretiva e estruturada. A recolha centra-se nos dados de identificação como o nome, data de nascimento, idade, por exemplo bem como a queixa principal, historia clinica, familiar e social e outros elementos significativos para a avaliação do individuo. Durante o processo de recolha de dados, avalia-se as atitudes, crenças e tendências bem como o comportamento expressado na interação com o terapeuta (Barros, 2004).

Exame do estado mental

O exame do estado mental é, por definição, baseado no referencial teórico fenomenológico. Isto significa que, no decorrer da entrevista clinica, o profissional observa o comportamento verbal e não-verbal, avaliando o funcionamento mental da

pessoa. Ao longo deste exame, é avaliada a aparência física como a maneira de vestir, condições de higiene, apresentação e postura, o seu comportamento e a atividade motora. A nível cognitivo, permite analisar a orientação no espaço e no tempo, a percepção, o pensamento, a atenção, a memória, linguagem e inteligência. Por fim, durante esta recolha, observa-se as alterações de humor, a afetividade, a atitude e o juízo crítico (Daniel & Gurczynski, 2010).

Procedimentos

Este segmento tem como finalidade tecer algumas considerações relativo às atividades desenvolvidas e propostas sob orientação ao longo do estágio curricular realizado no Pró-Alcântara, Associação de Apoio e Solidariedade Social. Teve início a 22 de Setembro de 2014 numa reunião realizada com o representante do local de estágio e a Junta de Freguesia de Alcântara, com o intuito de esclarecer todos os objetivos e formalidades inerentes ao trabalho a ser desenvolvido, passando também pela apresentação de toda a equipa. O trabalho realizado atravessou períodos diferentes, designadamente de observação, intervenção e de conclusão. Os primeiros meses definiram-se pela observação e integração do profissional na instituição e nas atividades em decurso, providenciando o maior número de experiências através do contato com os diferentes contextos de intervenção na freguesia. O acompanhamento dos técnicos de segurança social nas visitas domiciliares e a observação das necessidades da instituição e da população que a integra, permitiu delinear estratégias e respostas adequadas. Através da realização de uma pesquisa extensa, delimitou-se formas e técnicas de intervenção no meio comunitário adequado à população idosa.

Durante o período de intervenção, iniciou-se os acompanhamentos individuais ao domicílio, analisando as redes de apoio existentes e criando uma ligação com a instituição. A regularidade das visitas domiciliares diminuiu progressivamente

permitindo o desenvolvimento de outras atividades como o programa de promoção de competências, proporcionando um espaço de convívio e promovendo uma vida social ativa e com qualidade. No desfecho do estágio curricular, efetuou-se o encerramento dos acompanhamentos individuais e de grupo, realizando uma reflexão e avaliação sobre os objetivos alcançados, terminando efetivamente a 28 de Maio de 2015.

O horário de estágio acompanhou a evolução do período de trabalho. No início, foi incluído o contato com diferentes instituições que intervêm na freguesia de Alcântara. Considerando a estabilidade necessária para os acompanhamentos, determinou-se um horário fixo por quatro dias semanais, mediante as atividades a realizar como exposto na tabela 2.

Tabela 2 - Horário de estágio

| Horas | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta |
|--------------|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 10h00 | Pró-Alcântara | Pró-Alcântara | | Pró-Alcântara | Alkajuda |
| 11h00 | Pró-Alcântara | Pró-Alcântara | | Pró-Alcântara | Alkajuda |
| 12h00 | Pró-Alcântara | Pró-Alcântara | | Pró-Alcântara | Alkajuda |
| 13h00 | | Pró-Alcântara | | | |
| 14h00 | | Pró-Alcântara | | | |
| 15h00 | | Pró-Alcântara | | | |
| 16h00 | | Pró-Alcântara | | | |

Inserido num contexto privilegiado, o estágio académico beneficiou de diversas atividades de intervenção comunitária, que permitiram a aquisição de novos conhecimentos. As atividades estão apresentadas na tabela 3 e posteriormente, explicadas em detalhe.

Tabela 3 - Atividades realizadas durante o estágio académico

| Nome | Atividade | Objetivo | População alvo | Participantes |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| Visitas domiciliare | Visitas ao domicílio da população referenciada com mais de 65 anos | Identificação das dificuldades e necessidades da população idosa da perspetiva social e psicológica Realização do relatório bimensal das visitas domiciliare e considerações psicológicas Mediação e aproximação entre a população e os serviços oferecidos pela Junta de Freguesia Sinalização e acompanhamento de casos | População com mais de 65 anos residentes na Freguesia de Alcântara | Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara Estagiárias de psicologia clínica Estagiárias de serviço social |
| Dia do idoso | Entrega de flores com atributos positivos sobre ser idoso | Envolvente lúdica que objetiva a inclusão social e a partilha de sentimentos Reflexão sobre os atributos Promoção de debate Princípio do pensamento positivo e da motivação | Utentes do Pró-Alcântara | Estagiárias de psicologia clínica Funcionárias e voluntários da Pró-Alcântara |
| Venda de Natal | Venda de peças produzidas pelos utentes e voluntários com materiais doados | Promoção do sentimento de pertença nos utentes Convívio entre membros da Pró-Alcântara Visibilidade da instituição na freguesia Angariação de fundos para a instituição | Utentes do Pró-Alcântara | Estagiárias de psicologia clínica |
| Cabaz solidário de Natal | Recolha de alimentos | Angariação de alimentos com o propósito de serem distribuídos em cabazes por famílias carenciadas | Famílias residentes na freguesia de Alcântara | Junta de Freguesia de Alcântara Estagiárias de psicologia clínica Estagiárias de serviço social Alunos das escolas da freguesia |

Tabela 3: Atividades realizadas durante o estágio académico (cont.)

| Nome | Atividade | Objetivos | População alvo | Participantes |
|-------------------------------------|---|--|---|---|
| Feira Mercado de Alcântara | Venda de peças produzidas pelos utentes e voluntários com materiais doados | Angariação de fundos para a associação Divulgação e integração da associação Pró-Alcântara na comunidade Sentimento de pertença dos utentes | Público geral | Estagiárias de psicologia clínica Funcionários e voluntários do Pró-Alcântara |
| Jantar comunitário | Apoio na organização e distribuição das refeições | Auxílio a cidadãos da freguesia com dificuldade económicas e sociais Momento de partilha e convívio | Famílias carenciadas Sem abrigos | Empresa <i>Serve the city</i> Voluntários Estagiárias de psicologia clínica Funcionários da associação Pro-Alcântara |
| Acompanhamentos psicológicos | Intervenção psicológica ao domicílio pelo Pró-Alcântara e na instituição Alkajuda | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo e desenvolvimento cognitivo Sinalização e encaminhamento para as entidades competentes | Utentes da Pró-Alcântara Jovens integrados na instituição Alkajuda | Estagiária de psicologia clínica |
| Poster científico | Execução e apresentação do poster científico | Apresentação da intervenção psicológica realizada em contexto comunitário | Comunidade científica | Estagiárias de psicologia clínica |

Tabela 3: Atividades realizadas durante o estágio académico (cont.)

| Nome | Atividade | Objetivos | População alvo | Participantes |
|---|---|--|---|---|
| Visitas domiciliare | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas Sinalização e acompanhamento de casos | Residentes com mais de 65 anos do Bairro do Alvito-velho | Estagiária de psicologia clínica Coordenadora do Alkajuda |
| Psicologia do Luto | Ação de formação | Adquirir competências adequadas à intervenção no luto Compreender a importância da intervenção psicológica no luto | Profissionais das ciências sociais e da saúde | Estagiárias de psicologia clínica Junta de Freguesia de Alcântara Instituições pertencentes à freguesia |
| Visitas domiciliare | Visitas ao domicílio de utentes sinalizados no Pró-Alcântara | Atualização de dados referentes a utentes inscritos Reintegração da população Sinalização e acompanhamento de casos | Residentes da freguesia de Alcântara inscritos no Pró-Alcântara | Estagiária de psicologia clínica Assistente social do Pró-Alcântara Representante a associação |
| Programa de promoção de competências | Exercícios cognitivos, emocionais, sociais e psicómotores | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicómotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Utentes da Pró-Alcântara | Estagiárias de psicologia clínica |

No âmbito do programa social Intergerações da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, as visitas domiciliares encetadas pela Junta de Freguesia de Alcântara tinham como propósito sinalizar e prevenir situações de isolamento de idosos residentes em Lisboa. Simultaneamente, o contato junto da população não institucionalizada com mais de 65 anos, foi utilizado para atualizar dados obtidos em 2011 e identificar problemas e necessidades na freguesia. Estabelecida a parceria com a Junta de Freguesia de Alcântara, as visitas contaram com a cooperação entre a assistente social da junta e as estagiárias de psicologia clínica do Pró-Alcântara e, posteriormente as estagiárias de serviço social.

Com o desígnio de facilitar a recolha de dados, as visitas domiciliares realizaram-se recorrendo ao questionário de triagem social, o qual recolhia informação referente a dados biográficos, à situação económica como o valor da reforma e da renda e às barreiras físicas e arquitetónicas com que se deparavam diariamente. Além deste, os profissionais possuíam as fichas do complemento solidário de idoso nas situações de carência económica, teleassistência, entre outros. Foram formadas equipas mistas entre psicólogos clínicos e assistentes sociais sendo que, à medida que se foi adquirindo autonomia e destreza no contato com a população, as visitas foram realizadas por uma equipa exclusivamente constituída por psicólogas.

O papel adotado pelo profissional de psicologia clínica nas visitas domiciliares foi empático e mediador entre a população e as suas necessidades e os serviços prestados pela junta bem como a sinalização e acompanhamento de casos. O contributo da perspetiva psicológica culminou num relatório bimensal de atividades, que apresentava uma síntese do trabalho realizado nas datas compreendidas entre 22 de Setembro a 27 de Novembro de 2014. No relatório foram identificadas as patologias frequentemente encontradas como depressão, ansiedade, autoestima e problemas sociais como violência

conjugal, dificuldades profissionais, vulnerabilidade económica. A existência de risco psicossocial, nomeadamente pela ausência de apoio familiar, manifestou-se nas expressões de solidão e isolamento.

Numa fase inicial, as visitas domiciliares foram realizadas três dias por semana, que coincidiu com o período de observação do profissional. A intensidade das visitas foi diminuindo progressivamente, ocorrendo uma vez por semana, nomeadamente à quinta-feira, cessando devido a incompatibilidade com outras atividades desenvolvidas no local de estágio.

No dia 1 de Outubro, a associação Pró-Alcântara realizou um convívio que assinalou o dia internacional do idoso. As estagiárias de psicologia clínica utilizaram as festividades e colocaram em prática uma atividade lúdica, iniciando a intervenção junto dos utentes. Em colaboração com os funcionários, produziu-se manualmente flores recorrendo a materiais doados à instituição e foram escritas nas pétalas diferentes qualidades positivas de ser idoso como, por exemplo, ser idoso é sabedoria. Pretendia-se com a iniciativa a partilha de sentimentos, através da reflexão e debate sobre as qualidades referidas bem como a fundação de uma perspetiva positiva. O objetivo pretendido a longo prazo assentou na inclusão social dos utentes na instituição e na sociedade e a formação de motivação para atividades futuras.

Durante a época natalícia, foi organizada uma venda de Natal nas instalações da associação com peças criadas e pintadas pelos funcionários e estagiárias de psicologia. Recorrendo a materiais doados à associação, confeccionou-se diversos elementos decorativos como velas, ornamentos para a árvore de Natal, coroas natalícias entre outros. A venda de Natal contou com a parceria de particulares que colaboraram mostrando a sua atividade como doçaria e artesanato. A iniciativa tinha como objetivo a notabilidade e aproximação da comunidade à associação e, em última instância, a

angariação de fundos. Os objetivos definidos pelas estagiárias de psicologia clínica assentaram no convívio realizado entre os utentes e os funcionários num contexto diferente, a promoção do sentimento de pertença e autorrealização pelo que alcançaram.

Também na época natalícia, as estagiárias de psicologia clínica colaboraram com a Junta de Freguesia de Alcântara na companhia de recolha de alimentos para os cabazes solidários. Durante um fim-de-semana de Dezembro, em turnos de quatro horas, as equipas formadas com 4 ou 5 elementos, apelaram à participação ativa de cidadãos através da doação de produtos alimentares. Concluída a recolha, os alimentos seriam distribuídos por cabazes e oferecidos a famílias sinalizadas pelas dificuldades económicas. A iniciativa contou com a colaboração, além das estagiárias de psicologia, de alunos das escolas da freguesia e elementos da Junta de Freguesia.

Com o propósito de divulgar a existência da associação Pró-Alcântara na freguesia e a integração dos seus utentes na comunidade os funcionários, voluntários e as estagiárias de psicologia, participaram na feira Mercado de Alcântara realizada no mercado Rosa Agulhas. Além dos objetivos referidos, a participação teve um fim lucrativo através da venda de peças produzidas para a venda de Natal realizada anteriormente, revertendo os fundos para a associação. Simultaneamente pretendeu-se estimular o sentimento de pertença dos utentes na comunidade expondo as peças criadas pelos mesmos.

No decurso do estágio, foram realizados acompanhamentos psicológicos no Pró-Alcântara que, devido às condições físicas da associação, decorreram num contexto distinto, o domicílio. O foco da intervenção psicológica abrangeu os utentes da associação sinalizados como acompanhamento na solidão ou isolamento social e perturbações psicológicas como ansiedade e depressão. Mediante as necessidades, ocorreram diferentes desfechos dos acompanhamentos como a interrupção abrupta,

sinalização e encaminhamento para as entidades competentes ou a conclusão do acompanhamento. Posteriormente, com a integração de jovens socialmente desfavorecidos na instituição Alkajuda, foi solicitado a realização de apoio e acompanhamento psicológico nas instalações. Os objetivos terapêuticos centraram-se no ajustamento psicológico, na promoção do bem-estar afetivo e desenvolvimento cognitivo.

Outra atividade executada no decurso do estágio académico foi a participação voluntária nos jantares comunitários, um projeto de solidariedade social intitulado Serve The City. Os jantares comunitários realizam-se quinzenalmente nas instalações da Câmara Municipal de Lisboa situada em Alcântara, com o propósito de apoiar residentes e sem abrigo da freguesia em dificuldade. Através da organização de grupos de voluntários, é proporcionada uma refeição acompanhada por um momento de convívio e partilha.

Através da colaboração com a Junta de Freguesia de Alcântara, iniciou-se o contato com a instituição Alkajuda. Associação sem fins lucrativos, os seus objetivos envolve a promoção da saúde, o apoio à família, o desenvolvimento de competências pessoais, a integração social e comunitária e a autonomia individual de pessoas carenciadas. Neste contexto, as visitas domiciliárias efetuadas tinham como objetivo o combate à solidão e isolamento social bem como a sinalização e acompanhamento individual aos utentes da associação.

No âmbito do 6º Congresso de Psicologia da Criança e do Adolescente, as estagiárias de psicologia clínica elaboraram um poster científico com o objetivo de apresentar a intervenção psicológica concretizada em contexto comunitário. O poster com o título Psicologia Clínica em Instituição Particular de Solidariedade Social descrevia o local de

estágio, a população alvo da intervenção e as atividades desenvolvidas para a promoção da qualidade de vida e bem-estar psicológico.

As visitas domiciliare realizadas na instituição Alkajuda pretendiam o acompanhamento da população idosa do bairro do Alvito-Velho em risco de solidão e isolamento social. Pretendiam ser uma resposta às necessidades de uma população sem recursos e acesso a determinados serviços e entidades. No início, em conjunto com a coordenadora da instituição, realizou-se uma avaliação e referenciação de possíveis casos de acompanhamento psicológico assim como o levantamento das necessidades e possíveis respostas.

No dia 11 de Fevereiro de 2015, decorreu a formação Psicologia do Luto, nas instalações da Junta de Freguesia de Alcântara. Foi proposto aos profissionais de saúde e de ciências sociais da freguesia a participação na formação, beneficiando do contato próximo com a população para uma intervenção imediata. A formação esteve ao encargo da Associação Portuguesa dos Profissionais do Sector Funerário e do Dr. Vítor Sebastião que apresentou os módulos: o sentido da vida e o que significa morrer (perspetiva social, psicológica e cultura); a vinculação e a perda; o modelo de transição e adaptação à morte; o processo de morrer e ver morrer e aceitar a morte; o apoio social e profissional (intervenção na crise, grupos de apoio e a experiencia emocional corretiva); como comunicar a morte; o luto dos cuidadores.

As visitas domiciliare pelo Pró-Alcântara foram realizadas na companhia da assistente social da associação e pretendiam a reintegração de utentes anteriormente inscritos assim como a sinalização e acompanhamento de casos. Nas visitas domiciliare foram atualizados os dados biográficos da população referenciada como isolada socialmente. Também tinham como propósito apresentar as novas instalações e o desenvolvimento de novas atividades.

O programa de promoção de competências foi desenvolvido como resposta às necessidades dos utentes da associação Pró-Alcântara. A pesquisa realizada indicou que o envelhecimento sem estimulação conduzia ao declínio das capacidades sociais, cognitivas e emocionais e consequentemente ao isolamento social, falta de motivação e depressão. A noção inicial do programa abrangia o domínio cognitivo, emocional e social e, posteriormente, perante as dificuldades físicas expressas nas tarefas diárias, foi introduzido o domínio psicomotor. Através da criação de um espaço terapêutico, pretendeu-se promover uma vida ativa e com qualidade, a criação de redes de suporte social entre utentes e com a instituição e a satisfação com a vida proporcionando um envelhecimento normal.

As atividades cognitivas e emocionais tinham como objetivo a manutenção e melhoria das capacidades mentais como a memória, atenção e orientação, a melhoria da capacidade de comunicação e de relação com o outro, na criação de um espaço que permita a expressão de ideias, opiniões e sugestões. As atividades do módulo emocional incentivaram o interrelacionamento no grupo, a troca de experiências, o aumento da capacidade de insight e autoestima e o estímulo de pensamentos positivos. O módulo psicomotor centrou a reestruturação das funções mentais, a melhoria da motricidade fina e aperfeiçoamento da conduta consciente com o ato mental. O programa de competências Combater a Solidão foi planificado para um prazo de dois meses, com duas sessões semanais de 60 a 90 minutos. As atividades realizadas nas sessões e os respetivos objetivos serão apresentados, sucintamente, na tabela 4.

Tabela 4 - Sessões realizadas do programa de promoção de competências

| Combater a Solidão | | | |
|---------------------------|------------------|--|--|
| Sessão | Módulo | Atividade | Objetivo |
| 1 | Social | Apresentação do programa aos utentes Exposição do cartaz de promoção das atividades “Mente Sã e Corpo Sã” | Apelar ao interesse dos utentes na adesão às atividades Esclarecimento de dúvidas referentes às atividades e áreas a desenvolver |
| 2 | Psicomotricidade | Introdução à psicomotricidade | Avaliar a destreza física dos utentes |
| 3 | Cognitivo | Jogo de apresentação | Promover a expressão do autoconceito Interação e partilha de características pessoais Debate sobre a implementação ou modificação de regras na instituição Promover a expressão de crenças concebidas sobre a memória |
| 4 | Psicomotricidade | Memória: balão ou caixa de ferramentas Motricidade | Clarificar preconceitos existentes sobre a memória Estimulação da motricidade pela dança |
| 5 | Cognitivo | Jogar com as palavras | Estimular a memória, a comunicação verbal e a integração dentro do grupo Estimular o pensamento e o raciocínio lógico |
| 6 | Psicomotricidade | Flexibilidade | Aquisição de autonomia nas tarefas diárias |
| 7 | Psicomotricidade | Motricidade | Incremento da dificuldade da estimulação muscular |
| 8 | Cognitivo | Biografia de acontecimentos positivos | Estimulação e manutenção cognitiva da memória a longo prazo. |

Tabela 4 – Sessões realizadas do programa de promoção de competências (cont.)

| Sessão | Módulo | Atividade | Objetivo |
|--------|------------------|---------------------------------------|--|
| 9 | Psicomotricidade | Obstáculos | Incrementar a capacidade de marcha Execução de exercícios de marcha com recurso a obstáculos |
| 10 | Social | Círculo para partilhar | Expressão e partilha de sentimentos e experiências dentro do grupo Promoção da comunicação, escuta ativa e atenção Estimulação da confiança no grupo |
| 11 | Psicomotricidade | Motricidade | Prossecução dos exercícios de marcha estimulando o sentimento de confiança nos utentes |
| 12 | Psicomotricidade | Motricidade | Estimulação da autoestima e segurança através da concretização de exercícios de maior complexidade com obstáculos |
| 13 | Emocional | Jogo das Cores | Utilização do jogo na abordagem aos sentimentos e emoções Promoção do sentimento de união e do pensamento positivo no grupo |
| | | Roda positiva | Expressão do sentimento de gratidão |
| 14 | Psicomotricidade | Motricidade fina | Promoção da criatividade Promoção do sentimento de inclusão e partilha Treino da motricidade fina |
| 15 | Psicomotricidade | Motricidade | Habilitar a relação entre reflexos físicos e a memória |
| 16 | Social | Roda com novelo – Os quatro elementos | Momento lúdico para melhorar a coordenação entre movimento e pensamento |
| | Emocional | Como saio da cama de manhã | Trabalhar a capacidade de recordação através repetição Promoção de debate sobre as dificuldades de mudança |

Tabela 4 – Sessões realizadas do programa de promoção de competências (cont.)

| Sessão | Módulo | Atividade | Objetivo |
|--------|------------------|--------------|--|
| 17 | Psicomotricidade | Motricidade | Melhoramento da marcha com recurso ao circuito de obstáculos |
| 18 | Emocional | Qualidades | Estimulação do conhecimento intergrupar no grupo Promoção do pensamento positivo Uso da atividade lúdica para estimular a autoestima |
| 19 | Social | Encerramento | Reflexão das metas alcançadas pelos utentes Despedida e entrega de um postal em agradecimento |

O programa de promoção de competências teve início com a apresentação do cartaz promocional das atividades aos utentes intitulado *Mente São, Corpo São*. A sessão tinha como objetivo estimular o interesse e a adesão às atividades demonstrando os benefícios da realização das mesmas. Perante o entusiasmo na participação e a aceitação do programa pelos utentes, investiu-se no esclarecimento de dúvidas. A segunda sessão iniciou o módulo de psicomotricidade com o propósito de avaliar a destreza física dos utentes. Estes expressaram no decurso do estágio dificuldades na execução de tarefas diárias principalmente de marcha. Através da avaliação da sua agilidade desenvolveu-se posteriormente, exercícios que trabalhassem essas áreas.

O módulo cognitivo teve início na terceira sessão com a realização de duas atividades. O objetivo definido para o jogo da apresentação era a interação entre os utentes e a partilha de características pessoais ao mesmo tempo que promovia a expressão do autoconceito. No final do exercício, realizou-se um debate sobre a implementação ou modificação de regras na instituição, no qual foi definido por exemplo, o desuso da expressão *dona* ou *senhor*. A atividade seguinte trabalhou as

crenças existentes sobre a memória conceptualizando-a como um balão ou uma caixa de ferramentas. Os utentes expressaram unanimemente concordar com a perspetiva da caixa de ferramentas, sendo que criavam diariamente estratégias. No final da sessão, foram clarificados preconceitos existentes sobre a memória.

A quarta sessão trabalhou a motricidade, recorrendo à dança. Através do uso de músicas populares realizaram-se movimentos repetitivos, aumentando a flexibilidade e a circulação. Concluiu-se a sessão com um exercício de marcha executando uma roda acompanhada da música popular malhão. O módulo cognitivo foi novamente trabalhado na quinta sessão com o exercício jogar com as palavras. O utente era convidado a pensar em palavras começadas com determinada letra, estimulando a memória, o pensamento e o raciocínio lógico. As dificuldades demonstradas e a concretização da atividade foram usadas no sentimento de partilha e igualdade no grupo, integrando e unindo o grupo.

As sessões seguintes foram realizadas no âmbito do módulo de psicomotricidade. Os utentes tinham previamente apontado dificuldades de locomoção e rigidez dos membros com maleabilidade dos músculos. Desta forma, a sessão seis visou a aquisição de autonomia nas tarefas diárias, recorrendo a exercícios com uma bola aumentando a flexibilidade. Por sua vez, a sétima sessão pretendeu o desenvolvimento da massa muscular dos membros inferiores e superiores. A oitava sessão, inserida no módulo cognitivo, visou o favorecimento de sentimentos positivos e satisfação pela vida realizando uma biografia de acontecimentos positivos. Os utentes descreviam por décadas, acontecimentos que consideravam positivos, estimulando a sua memória a longo prazo. Revelou ser a atividade mais prazerosa pelos utentes, demonstrando orgulho exposição do resultado.

A atividade seguinte do módulo de psicomotricidade recorreu ao uso de obstáculos, aumentando a dificuldade do trabalho. Os exercícios realizados maioritariamente em pé

pretendiam desenvolver a capacidade de marcha, estimulando a musculação dos membros inferiores. A décima sessão iniciou o módulo social através da atividade círculos para partilhar. A expressão e partilha de sentimentos e de experiências dentro do grupo permitiram a estimulação de confiança assim como o sentimento de pertença. Adicionalmente, a gestão das psicólogas clínicas da sessão em grupo permitiu o desenvolvimento da comunicação, da escuta ativa e da atenção dos membros do grupo entre si.

As sessões seguintes realizaram-se no âmbito do módulo de psicomotricidade, sendo uma continuação do trabalho anterior com acréscimo de dificuldade. Desta forma, o objetivo da sessão onze pretendeu incrementar o sentimento de confiança nos utentes ao executar os exercícios moderadamente. Alcançado este objetivo, a sessão seguinte tinha como objetivo a estimulação da autoestima, aumentando a complexidade dos exercícios com obstáculos e a sua concretização. As atividades do módulo emocional realizadas na sessão treze intitulavam-se jogo das cores e roda positiva. Os seus objetivos colocavam-se com a promoção da expressão dos sentimentos e emoções e o sentido de pertença e união no grupo. Desenvolvido o pensamento positivo promoveu-se a expressão de acontecimentos pelos quais estavam gratos.

As sessões catorze e quinze realizaram-se no âmbito da psicomotricidade e pretendiam o desenvolvimento da motricidade fina e da memória. Na motricidade fina, o trabalho desenvolvido pretendia a estimulação da criatividade recorrendo à técnica do desenho e o treino da motricidade fina fazendo uso da tesoura no recorte de figuras. Esta atividade permitiu promover o sentimento de inclusão. A atividade seguinte da sessão quinze pretendeu através do uso da bola e da nomeação de objetos habilitar a ligação entre os reflexos físicos e a memória.

A décima sexta sessão envolveu os exercícios roda com novelo e como saiu da cama de manhã pertencentes ao módulo social e emocional. Fazendo uso de um momento lúdico foi trabalhado a coordenação do movimento e do pensamento. A atividade seguinte do módulo emocional pedia a expressão de fatos pelos quais estavam gratos. Foi exigido a recordação de acontecimentos e, ao mesmo tempo, era promovido um debate sobre as dificuldades de mudança.

Foi realizada a última sessão do módulo de psicomotricidade na sessão dezassete. No seguimento das sessões anteriores, a dificuldade dos exercícios realizados foi acrescida com o objetivo de melhorar a marcha através do desvio de obstáculos. A última sessão do módulo emocional propôs a realização do exercício qualidades que pretendia a estimulação do conhecimento grupal no grupo. A atividade coincidiu com a integração de novos membros e promoveu o pensamento positivo, estimulando a autoestima dos utentes. Foi executada a última e décima nona sessão do programa de competências que visou o encerramento das atividades desenvolvidas. Foi pedido aos utentes a reflexão das metas alcançadas, estimulando a autoestima e o pensamento positivo. No final, foi entregue o postal de agradecimento pela participação e colaboração no programa.

Realizada a reflexão final da aplicação do programa, verificou-se a melhoria significativa em todas as áreas trabalhadas nomeadamente a cognitiva e psicomotora. Na área cognitiva confirmou-se o desenvolvimento da memória através da sua estimulação e da atenção. No módulo psicomotor os utentes expressaram a diminuição das dificuldades encontradas nas tarefas diárias. Além disso, foi possível observar no término de cada sessão de psicomotricidade o desprendimento de objetos que ajudavam na mobilidade como as bengalas. O programa promoveu nos participantes a aquisição de competências e estratégias bem como momentos de convívio, de partilha e pertença. A diminuição do isolamento social e solidão levou conseqüentemente à melhoria da

qualidade de vida embora existissem condições de vida que não eram possíveis alterar. A satisfação expressa dos participantes sobre as atividades e o programa mostra a importância da continuidade das intervenções comunitárias junto da população idosa.

Estudo de Casos

Estudo de caso 1

Dados biográficos

Nome: Glória

Idade: 82 anos

Estado Civil: Viúva

Escolaridade: Sem escolaridade

Referência: Pró-Alcântara como acompanhamento na solidão, perspetivando a diminuição do isolamento social.

Glória de 82 anos, viúva, sem instrução académica e reformada, apresenta uma situação económica precária. Não sai de casa há 4 anos, após o diagnóstico de uma doença cardiovascular e apresenta problemas de excesso de peso, descuido com a higiene pessoal, dificuldades cognitivas e um discurso pobre.

Motivo da consulta: Glória expressou sentir tristeza e frustração pela falta de mobilidade, estando restrita ao espaço da casa. Percebeu-se que a existência de problemas cardíacos associado às barreiras arquitetónicas estimulam o isolamento social e, conseqüentemente a solidão.

Os sentimentos de solidão e tristeza expressos estiveram presentes ao longo da sua vida porém intensificaram-se nos últimos quatro anos, após o falecimento do marido e o surgimento do seu diagnóstico clínico, não sendo realizada qualquer intervenção, em parte devido às limitações físicas referidas. Tem presente um luto incompreendido sobre o falecimento de um filho e do marido e em última instância da sua pessoa.

História clínica

Ao longo dos anos, a saúde de Glória foi deteriorando-se. Durante a prática da sua profissão experienciou sintomas como tonturas, visão turva, cansaço, náuseas e dores no

peito. Acorrida às urgências, após um desmaio, recebeu o diagnóstico de hipertensão arterial, agravado pelo seu excesso de peso, sedentarismo e stress. Como consequência de uma alimentação descuidada e um estilo de vida exigente, este quadro clínico evoluiu para uma doença cardiovascular com risco de vida. Simultaneamente, desenvolveu outras patologias como diabetes, degenerescência macular da idade que pode conduzir à cegueira, e anemia recorrente. Perante o quadro clínico conjuntamente com a sua condição habitacional, foi aconselhado pelo médico um estilo de vida tranquilo e saudável, que albergasse estratégias específicas a este estilo. A interpretação realizada por Glória das estratégias indicadas pelo médico culminou no isolamento social, evidenciando uma distorção cognitiva.

Internada devido a insuficiência cardíaca inaugural em 2013, regressou a casa com apoio domiciliário ao nível da higiene pessoal. Acompanhada no domicílio pela médica de clínica geral, realiza análises mensais e medicação para problemas cardíacos, anemia, para a diabetes e recentemente para regulação do sono. As últimas análises clínicas indicaram a presença de infeção na corrente sanguínea e a médica de clínica geral retirou os medicamentos para a tensão. Contrariando a recomendação médica, Glória cessou a medicação para o sono explicando que não faz efeito e, associou a retirada dos medicamentos para a tensão com o surgimento de manchas na pele. Demonstra uma dependência desmesurada sobre a quantidade de fármacos receitados principalmente, sobre doenças com sintomas visíveis. Glória contraria a opinião médica quando esta não se encontra em concordância com a sua, especialmente quando envolve a alteração da quantidade de medicação.

Não apresenta ideação suicida nem planos suicidas embora tenha meios e oportunidade por permanecer longos períodos de tempo sozinha, indicando uma rede de suporte precária. Tem presente fatores de risco para a saúde como problemas cardíacos,

obesidade extrema e diabetes e comportamentos de risco como a falta de atividade física, automedicação e alimentação descuidada. Não revela pensamentos futuros sobre a adoção de um estilo de vida saudável. Pelo contrário, expressa desânimo através da interjeição “para quê?”, sendo a linha de pensamento porquê ter uma vida saudável e cuidados de saúde “depois de velhos, só a morte”.

História do desenvolvimento psicossocial

Glória nasceu de uma relação extraconjugal a 24 de Setembro de 1932 em Lisboa. A gravidez não era desejada e durante a gestação, a progenitora manteve comportamentos negligentes como beber. O tempo de gestação não foi concluído e nasceu prematura. Os pais eventualmente juntaram-se e da união nasceu outro filho, nado-morto que precipitou a separação do casal quando Glória tinha 4 anos. As recordações de infância que possui estão relacionadas com o alcoolismo severo do pai e as dificuldades económicas que viveu. Nunca frequentou o ensino básico, começou a trabalhar muito cedo por necessidade. Acrescenta que não se importou de vender flores nas ruas de Alcântara porque contribuía para as despesas da casa.

Criada pelo pai que descreve como uma pessoa violenta mas “era justo e havia respeito”, ao contrário da mãe com quem mantinha uma relação conflituosa. Na sua perspetiva, o pai sempre lhe deu o devido valor e até certo ponto carinho. Cresceu num ambiente inseguro e instável não tendo uma residência permanente e conviver com o alcoolismo de ambos os progenitores. Após o falecimento do pai devido a um acidente de trabalho foi viver com a mãe aos 14 anos. Sobre a morte do pai, refere que se sentiu triste mas “é a vida”, não tinha tempo para fazer o luto porque teve de adaptar-se a um novo estilo de vida. Foi viver para casa da mãe que tinha casado com outra pessoa e da qual teve duas filhas, irmãs de Glória com quem nunca socializou. Recorda esta época

como penosa, chorava constantemente por sentir-se maltratada e desejava “desaparecer” daquela casa.

As irmãs prosseguiram a instrução acadêmica enquanto Glória continuou a trabalhar como vendedora para ajudar a sustentar a casa. Durante a prática profissional, conheceu o futuro marido mas não foi amor imediato de contrário nem gostava muito dele, achava-o insistente. Este aguardava até à hora de expediente para acompanhá-la a casa e aos poucos foram “avançando no namoro até que me deixei levar e fiquei grávida”. Glória toma a decisão de casar aos 17 anos, explica que desejava sair de casa porque o ambiente era insuportável e “acabei por juntar o útil ao agradável”. O casamento foi marcado pela adição do esposo ao álcool e a prática de violência psicológica pelo mesmo. “Preferia que ele me desse uma chapada do que chamar o que ele me chamava e magoava muito mais”, refere.

Teve oito filhos em intervalos de 3/4 anos, tendo um deles falecido aos 6 meses e outro aos 39 anos, toxicodependente com o vírus da imunodeficiência humana. Devido ao seu analfabetismo, Glória impôs que todos frequentassem o ensino escolar, dando-lhes oportunidade de “serem alguém na vida”. Revela com orgulho que dos oito filhos, só nasceu uma menina e foi ela quem alcançou mais nos estudos concluindo o 9º ano. Foram gradualmente formando as suas próprias famílias, nunca tendo que preocupar-se porque “seguiram a ordem das coisas e eles é que sabiam o que queriam da vida”. Explica que, da mesma forma que aceitava as decisões do marido, o mesmo aconteceu em relação aos filhos. Contudo quando o marido tentou expulsar o filho toxicodependente de casa, Glória revoltou-se contra ele pela primeira vez, esclarece.

Desde o diagnóstico do vírus da imunodeficiência humana, Glória apoiou o filho até o estado de saúde agravar-se, tendo sido necessário recorrer ao internamento hospitalar. Acompanhou-o e lamenta não ter ajudado mais que, se pudesse curava “daquela doença

maldita, que tanto mal lhe fazia. Ninguém imagina como eles ficam quando têm falta daquilo. Qualquer outra mãe tinha desistido!”. Quando o filho faleceu, Glória culpou o marido associando o alcoolismo e a violência psicológica à toxicod dependência do filho. Ficou encarregue da educação do neto órfão, que educou até aos 16 anos, não tendo tempo para lidar com a morte do filho. Além disso, ficou com a dívida do filho sobre uma casa para pagar. Lembra que foi uma época conturbada por ter muitas preocupações, inclusive o “mau feitio” do marido e o agravamento da adição de álcool. Profissionalmente, Glória estabeleceu o seu negócio como vendedora e “foram os anos mais felizes, puder falar com toda a gente e todos se conheciam”, recorda com saudade. Fica visível a satisfação pelo trabalho exerceu e o contato social que mantinha, apesar dos inconvenientes como ficarem a dever dinheiro. Na sua opinião, era uma profissão que não rendia muito mas dava para sustentar a casa e acompanhar os filhos à escola.

Em 2010 foi diagnosticado cancro do pulmão ao marido, que sentia os efeitos secundários da quimioterapia e Glória tentava ajudar no sentido de aliviar a dor. Manteve a sua adição ao álcool e num momento de embriaguez revela a existência de uma filha ilegítima. Apesar de revoltada, continuou a apoiar o marido e quis conhecer a filha para que ela pudesse acompanhar o pai. Nutria um carinho especial pela menina que ficou a viver com eles até à morte do pai. Devido aos problemas cardíacos de Glória, o esposo omitiu a gravidade da doença atribuindo o seu internamento a exagero médico. Da mesma forma que procedeu para o filho, também apoiou e acompanhou o seu internamento hospitalar apesar dos seus problemas de saúde. “Nossa Senhora foi preciso eu faltar um dia para ele morrer” associa, sendo que tomou conhecimento da gravidade da doença no dia anterior. Veio mais tarde a saber que o marido tinha pedido à filha para não o visitarem, referindo “parece que estava a prever”.

Novamente, não teve tempo para gerir o luto devido aos conflitos entre os filhos. A decisão tomada pela filha contra vontade expressa de Glória e dos irmãos sobre o funeral do pai revoltou-os. No entanto, não manifestou a sua opinião aceitando a decisão da filha. Optou pela imparcialidade perante as discussões e agressões entre os filhos, mentalizando-se que “sou mãe de todos”. Glória ausentou-se durante um ano e explica que chorava muito e não conseguia voltar a casa, sentia falta das rotinas, de conversar com o marido, “afinal sempre são 48 anos de casamento”. Decide regressar a casa perante o agravamento do seu quadro clínico e por necessitar de sossego, que não tinha em casa da filha. Refere que os netos “eram muito barulhentos e tinham a sua vida...e já não me sentia bem lá em casa dela”.

Após o falecimento do esposo, a rede de suporte familiar que Glória possuía desestruturou-se, deixando-a revoltada e frustrada. Naturalmente isolou-se em casa até que um dos filhos foi viver com ela por necessidade e para poder acompanhá-la. “Que companhia? Se for preciso morro e só às duas da manhã é que ele chega a casa. Já vai tarde”, diz transmitindo o seu desagrado. De fato, a presença do filho é um fator de preocupação pelos conflitos existentes entre irmãos e a gestão realizada nas visitas durante as épocas festivas. Glória expressa veemente a necessidade de sossego assim como a preferência por estar sozinha sem preocupações.

Situação atual

Glória permaneceu sozinha em casa após o falecimento do marido. Tem uma relação próxima com 3 dos 7 filhos que concedem apoio informal, por exemplo na realização de compras. Recentemente um dos filhos veio viver com ela. Além da rede de suporte familiar, possui o serviço de apoio domiciliário ao nível da higiene pessoal e tarefas domésticas. A sua situação financeira é precária sendo que em tempos beneficiou de ajuda em géneros alimentares. A junção da sua reforma com a do marido paga o serviço

da agência de apoio domiciliário assim como a dívida do filho que faleceu e da qual era fiadora. Glória ficou progressivamente isolada nos últimos três anos, perdendo o contato que mantinha com vizinhos e a restante família. Sente-se ofendida por desvalorizarem a sua opinião e frustrada pela incapacidade de estabelecer uma relação de proximidade com os netos. “Cada um tem a sua vida” é a afirmação que repete continuamente para si mesma.

Os comportamentos negligentes adotados por Glória, nomeadamente os maus hábitos alimentares e a falta de mobilidade, são uma reflexão dos sentimentos de frustração e desânimo. Recorre a fármacos para adormecer e manter por poucas horas um sono tranquilo. Apresenta descuido na higiene pessoal refletido na imagem pessoal e no asseio das roupas que apresenta. Os sentimentos de frustração e desânimo aumentaram face às frequentes discussões dos filhos assim como o isolamento social e a falta de comunicação, conduzindo a um desinteresse geral por atividades lúdicas e sociais.

Exame de estado mental

As sessões foram realizadas na sala de Glória, um espaço pequeno com pouca luz. Figura atarracada, obesa, rosto mole e largo com pescoço curto e maciço mostra poucos cuidados na aparência. Nas sessões iniciais, apresentou-se de cabelo desalinhado em camisa de dormir e robe com vestígios de sujidade sem realizar a higiene pessoal. A postura encurvada e enterrada no sofá indicia afeto triste acompanhado da expressividade pesada do rosto, aparentando ser mais velha. Mantém os braços unidos em defesa e evita o contato visual com o terapeuta. Permanece durante longos períodos de tempo no sofá e na mesma posição, apresentando dificuldade e lentidão dos movimentos e pouca gesticulação.

Demonstra uma atitude amigável e cooperativa, referindo que “nada tem a esconder”. Todavia fica defensiva e reservada, pelo emprego de respostas monossilábicas, quando

abordado a recorrência de sentimentos das suas experiências pessoais, mostrando-se desconfiada. Durante o diálogo, hesita e observa a reação como se estivesse a escolher o que deve ou pode contar, apoiando o anteriormente referido. Desta forma o discurso, além de lento, fica tenso e monótono com desabafos emotivos despertando no ouvinte sentimentos de tristeza bem como desejo de ajudar. Glória demonstra uma morosidade na resposta aos estímulos e pouco interesse no meio envolvente, inserido no estado de confusão. Acompanhando o seu estado de consciência, a sua capacidade de manter o foco numa atividade é reduzida, mostrando-se hipovígil e distraída. Não revela alteração sensoperceptiva nomeadamente alucinação de presença, embora diga que sente o marido ao seu lado na cama.

Referente à orientação no espaço e no tempo bem como a memória, não consegue estruturar acontecimentos em momentos cronológicos distintos, sobretudo eventos no passado. Como referido anteriormente, Glória não frequentou o ensino oficial para trabalhar, sendo que apresenta um vocabulário e capacidade de abstração pobre, considerando mesmo a privação social. No decurso da entrevista, foi observado a expressão de emoções na descrição dos acontecimentos e é possível referir a existência de humor deprimido e embotamento afetivo. O pensamento desorganizado, transmite confusão mental e ideias ruminantes, expressas num tom alto e agressivo. Glória demonstrou um estado de permanente frustração, quer pela dificuldade na evocação de acontecimentos passados, quer pela limitação física e de saúde.

Análise psicológica

Em diferentes momentos, Glória expressou pensamentos de fracasso referindo a situação familiar existentes e o isolamento social em que vive. A perda de autonomia e a dependência dos filhos reforçou esta crença, culminando na revelação “não valho a pena, desista... tou só à espera da morte”. Perante a incapacidade de mudar a realidade

demonstra uma falsa aceitação, exposta pela fantasia que uma mudança habitacional solucionaria os seus problemas. Dirige também a sua frustração para o filho, considerando inútil a sua presença sendo que não a apoia e contribui para as despesas, agravando as preocupações da Glória. Desta forma, demonstra pouco tolerância à frustração e o desenvolvimento de pensamentos automáticos depreciativos, sustentando a crença de desvalor.

Demonstra ao nível da maturidade, dificuldade em reconhecer e gerir as suas emoções bem como compreender o estado emocional ou ser sensível às necessidades dos outros. O discurso apresenta vários culpados que determinaram a condição em que se encontra, responsáveis pelos seus fracassos. Possui dificuldade em recordar eventos específicos da vida como o nascimento dos filhos, descrevendo-os sem conteúdo emocional de forma geral, sintética e difusa. O comprometimento da orientação temporal não se apresenta exclusivamente na recordação de eventos passados mas também nos recentes como a marcação de sessões. A sua motivação para a mudança e a capacidade para tomar decisões é inexistente, consequência da baixa autoestima e dos pensamentos autodestrutivos, transferindo as suas incertezas e ansiedade em relação ao futuro.

Avaliação psicológica

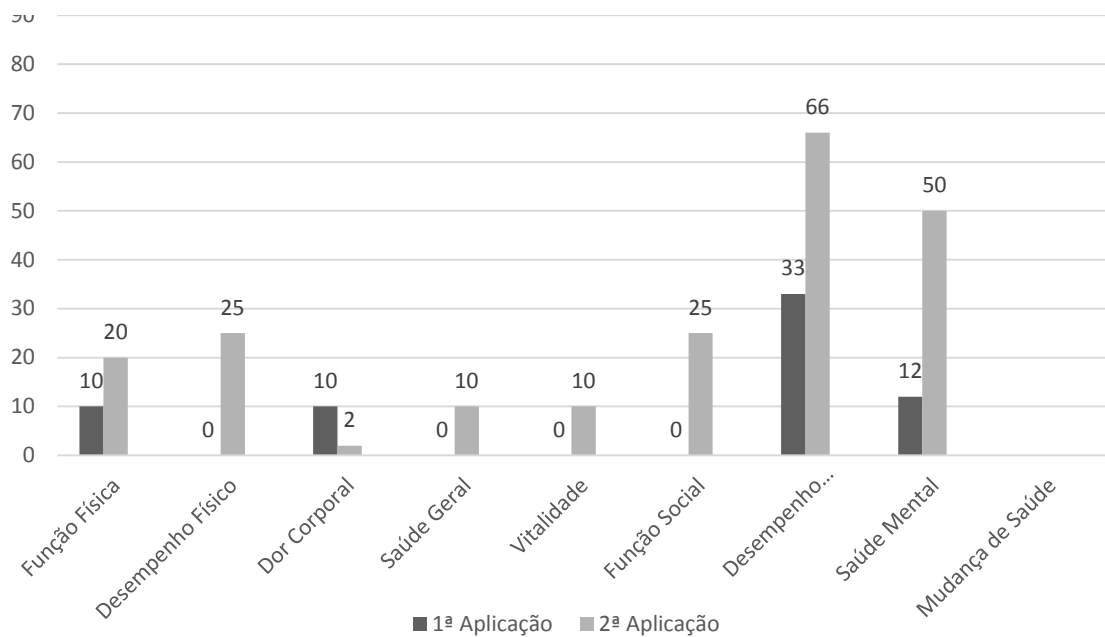
Foi aplicado o mini exame de estado mental (MMSE), o questionário de estado de saúde (SF-36) e o inventário depressivo de Beck (BDI). Na tabela 6 são apresentados os indícios observados que conduziram à aplicação das provas e os respetivos resultados.

Tabela 5 - Síntese da avaliação psicológica realizada no caso 1

| Prova psicológica | Observação | Objetivos | Resultados | Indicações gerais |
|--------------------------|--|---|---|--|
| MMSE | Dificuldade na memória recente e passada Solidão e isolamento social há 4 anos Sintomas depressivos | Avaliar a presença de declínio cognitivo | Inserido nos parâmetros definidos para pessoas analfabetas na população portuguesa ≤ 15 | Foi tido em consideração a influência de instrução académica e a idade na pontuação. |
| SF-36 | Isolamento social Condições de vida precária Problemas de saúde debilitantes | Medir e avaliar conceitos de saúde significativos à funcionalidade e ao bem-estar dos indivíduos com ou sem doença. | 1ª Aplicação Saúde física - 20% Saúde mental - 45% 2ª Aplicação Saúde física - 57% Saúde mental - 151% | Dois momentos de aplicação com 6 meses de intervalo. Administrado por entrevista. |
| BDI | Sintomas depressivos Solidão e isolamento social Auto-depreciação Sentimentos de fracasso, tristeza e culpa | Medir o conjunto de sintomas que correspondem aos critérios de diagnóstico de uma depressão e a sua severidade. | 1ª Aplicação - 55 pontos 2ª Aplicação - 35 pontos | Dois momentos de aplicação com 6 meses de intervalo. Administrado por entrevista. |

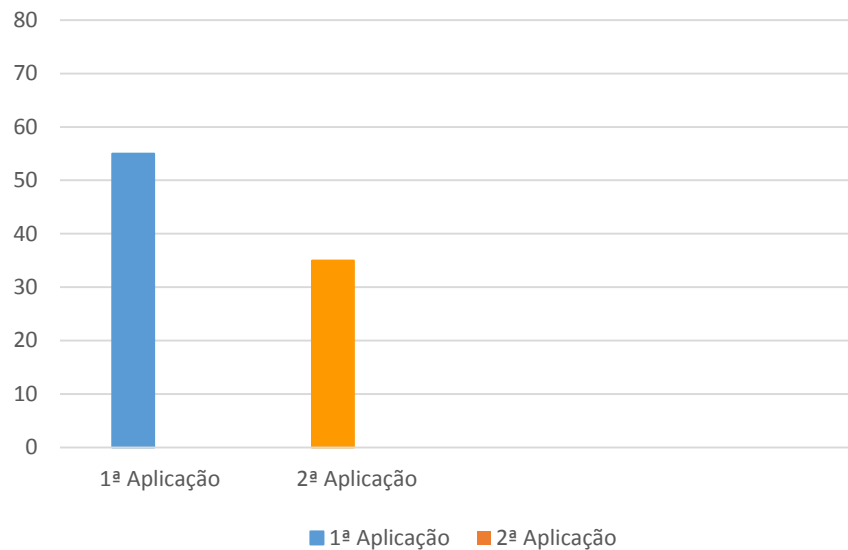
Durante o processo de recolha de dados anamnésicos, Glória demonstrou dificuldade na recordação de eventos significativos passados e presentes gerando a suspeita de deficit cognitivo. Revelou também possuir problemas na retenção de informação imediata. Não obstante foi tido em consideração o isolamento social em que vive há quatro anos. Desta forma, ponderou-se os testes a aplicar no despiste do comprometimento cognitivo. Foi tido em consideração o seu analfabetismo, optando pela aplicação sob a forma de entrevista do mini mental state examination versão modificada. A pontuação final da prova insere-se dentro dos parâmetros definidos para a população analfabeta, surpreendendo nos elementos em que errou. Dos 11 itens que constituem a prova, Glória revelou desorientação nas questões temporais e espaciais e dificuldade na capacidade visuo construtiva.

O discurso de Glória transmitiu um sentimento de desesperança sobre o futuro, principalmente no que refere à saúde. Realizada a observação e através da entrevista clínica, compreendeu-se que a situação precária em que vive adicionalmente com os problemas de saúde debilitantes contribuem para esse sentimento de desesperança. Perspetivando a futura intervenção nos comportamentos de risco, reconheceu-se a necessidade de compreender e confirmar a perceção de Glória sobre a sua saúde e o nível de comprometimento com a mudança. Desta forma, recorreu-se ao questionário de estado de saúde SF-36 que permite a monitorização de pessoas com múltiplas condições e a avaliação dos conceitos de saúde considerados significativos à funcionalidade e ao bem-estar. Durante a sua aplicação, Glória adotou uma atitude cooperante e revelou mais da sua história de vida, consolidando a relação terapêutica. Os resultados obtidos são apresentados na ilustração 1.

Figura 1 - Resultados da aplicação do MOS-SF36 em percentagem (%)

Analisando os resultados obtidos, constata-se que a percepção de Glória sobre a sua saúde e qualidade de vida é diminuta. A primeira aplicação revelou que a componente saúde física apresenta-se com uma pontuação de 20%, significativamente mais baixo do que a saúde mental com 45%. Examinando as dimensões isoladamente, observa-se que Glória não pontuou no desempenho físico, na saúde geral, na vitalidade e na função social estando em concordância com o seu discurso. A mudança para a saúde não é considerável em parte devido à dificuldade em perspetivar um futuro.

A avaliação psicológica foi concluída com a aplicação do inventário depressivo de Beck (BDI) com o propósito de confirmar a depressão e avaliar a severidade da mesma medindo os sintomas que correspondem aos critérios de diagnóstico de uma depressão. Os resultados de ambas as aplicações são apresentados na ilustração 2.

Figura 2 - Resultados da aplicação do Inventário Depressivo de Beck

Na primeira aplicação, Glória obteve 55 pontos em 100 representando um valor significativo e indicativo de sintomas depressivos graves. Dos 21 itens do inventário, os resultados mais expressivos foram de tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, culpa, auto depreciação, insónia, perda de libido e mudança na imagem do corpo.

Hipótese diagnóstica

A observação, entrevista e os testes psicológicos aplicados indicam o diagnóstico de perturbação depressiva persistente. Os critérios da DSM-V que sustentam o diagnóstico referem a presença de humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias da semana, pelo menos durante dois anos (critério A). Glória apresenta apetite aumentado, dificuldade na manutenção do sono, baixa autoestima. Também demonstrou falta de concentração, cansaço ou fadiga, dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança (critério B). Incentivada à reflexão refere “sempre fui assim, não há nada a fazer”, indicando a integração como parte da experiência quotidiana, nunca estando mais de dois meses de cada vez, sem os sintomas referidos anteriormente.

A análise realizada verificou a presença de critérios para a perturbação depressiva major, que podem estar presentes continuamente durante dois anos (critério D) que, segundo a DSM-V pode preceder a perturbação depressiva persistente. Durante o acompanhamento psicológico não manifestou no presente ou passado episódio maníaco ou hipomaníaco e não foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica (critério E). O quadro apresentado não é melhor explicado por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou do espectro da esquizofrenia (critério F). Apesar os problemas de saúde referidos por Glória, os sintomas não são atribuídos a efeitos fisiológicos de uma substância nem a uma condição médica (critério G) e resultam num mal-estar clínico significativo comprometendo a vida social e relacional (critério H).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial proposto pelo DSM-V sugere a perturbação depressiva major sendo que Glória preenche os critérios. Contudo o diagnóstico depende da duração de dois anos e um episódio depressivo não persiste esse tempo. Existe a possibilidade da perturbação depressiva persistente ser precedida pela perturbação depressiva major ou apresentar sintomas que preencham os critérios, o que não se verificou. Ao contrário dos critérios indicados na perturbação esquizóide da personalidade, Glória tem prazer nas relações próximas e deseja integrar-se, nomeadamente na familiar embora possua dificuldades no estabelecimento da relação com o outro. Um dos critérios refere a indiferença ao elogio e à crítica, contrário ao demonstrado sendo por vezes a força motivacional. Por fim, não existe frieza emocional mas embotamento afetivo. Foi considerado como diagnóstico o luto normal porém desacreditado porque Glória revela a incapacidade de sentir alegria e prazer, sintomas pertencentes à depressão. No luto, os sentimentos predominantes são vazio e perda e a

autoestima é preservada, contrário ao demonstrado por Glória. Um diagnóstico emergente na DSM-V é a perturbação de luto complicado persistente facilmente desconsiderada porque Glória não revelou saudades persistentes do falecido, nem preocupação após a morte.

Plano terapêutico

Os objetivos terapêuticos estabelecidos tiveram em consideração as limitações de tempo e as restrições de setting. A intervenção ao domicílio não permite o aprofundamento exaustivo de determinadas questões ou incongruências. Centrou-se no presente e foi direcionada a melhorar a qualidade de vida de Glória através da diminuição da sintomatologia depressiva e do aumento da autoestima. A intervenção incidiu no modelo cognitivo comportamental com base na premissa que a forma como processamos, percebemos e atribuímos significado às situações influenciam as emoções e os comportamentos. Foi utilizado conjuntamente o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, orientando um processo de tomada de decisão para a mudança.

Os objetivos terapêuticos foram definidos em conjunto perante a dificuldade de Glória perspetivar planos e melhorias futuras. Definiu-se os seguintes objetivos terapêuticos:

- Trabalhar a capacidade de insight e a expressão de sentimentos;
- Desenvolver competências de relacionamento interpessoal;
- Estimular a capacidade de tomada de decisão;
- Diminuir sintomatologia depressiva;
- Promoção da autoestima e autoconceito;
- Motivação para a mudança: promoção de exercícios de locomoção e de hábitos alimentares saudáveis;

Sessão 1

No contato inicial ao domicílio, Glória apresentou-se de robe e camisa de dormir com vestígios de sujidade e cabelo desalinhado, um semblante zangado mas atitude amigável. O objetivo da sessão comportava o início da relação terapêutica e o estabelecimento de formalidades. Definiu-se regras e limites, foram esclarecidas dúvidas sobre o papel do psicólogo clínico e estabeleceu-se um contrato verbal sobre o horário e regularidade das sessões com a Glória e com o filho. Prosseguiu-se dando início ao estabelecimento da relação terapêutica.

Glória mostrou desconfiança analisando a reação do terapeuta ao que expressava, criando um ambiente tenso, existindo a necessidade de reassegurar a inexistência de julgamento. Assegurado um espaço de compreensão e não juízo, através da escuta ativa e atitude empática, continuou explicando que não sai de casa há 4 anos, sempre no mesmo espaço, está “farta e mais valia morrer”, desabafo expresso num choro copioso. Oferecido o apoio empático, esclarece que não teria coragem para concretizar o ato mas desejava que acontecesse rápido por motivos de saúde.

Mantem uma relação conflituosa com o filho, representativo da sua rede de suporte, não perspetivando esperança no futuro. Ao finalizar a sessão, Glória ficou apreensiva perante a marcação de sessão futura. Esclarece estar disponível para a mesma, sendo que o motivo que preocupação é a dificuldade em memorizar. Como estratégia inicial, assegurou-se a realização de um telefonema antes das sessões.

Sessão 2

Glória apresentou um descontrolo emocional devido à falha no apoio domiciliário. Enquanto chorava, contou o ocorrido aos gritos expressando a sua irritação até ficar sem fôlego. Quando devolvido o comportamento observável “vejo que ficou muito irritada”, retomou um discurso calmo e direcionou os seus sentimentos para a doença física.

Recorreu-se à psicoeducação para transmitir a informação necessária à mudança de comportamentos prejudiciais à saúde. A informação previamente preparada indicava as causas e os riscos da obesidade, os cuidados a ter com a alimentação em diabéticos. Esta prática permitiu explorar as crenças de saúde e dos hábitos alimentares.

Glória revelou estar preocupada com a realização de uma avaliação da agência de apoio domiciliário. Adotou-se uma abordagem de resolução de problemas imediata, ao que se simulou um discurso telefónico e trabalhou-se em conjunto o discurso assertivo, ao invés do agressivo. Foram recolhidos dados anamnésicos ao longo da sessão e reforçou-se a relação terapêutica através da empatia e escuta ativa.

Nota: Houve necessidade de reforçar as regras e os limites das sessões terapêuticas assim como do papel do psicólogo clínico devido as interrupções do filho do discurso de Glória.

Sessão 3

A progressão na anamnese criou a suspeita de deficit cognitivo, nomeadamente na recordação de eventos considerados significativos como quantos filhos teve e a sua ordem de nascimento. Anteriormente, Glória tinha mencionado problemas em reter informação mas mesmo a memória passada aparenta estar comprometida. Ao longo da sessão, revelou dificuldade na expressão verbal de sentimentos, revelando apenas a sua frustração e comentários depreciativos. Limita a narrativa a fatos da sua história de vida, evitando determinados temas como a morte do marido. Prosseguiu-se com o trabalho das competências sociais e de relação com o outro, sendo compreensível que haja dificuldade no desenvolvimento devido ao isolamento social de quatro anos. Recorreu-se à técnica do psicodrama do duplo e complementou-se o que Glória não expressou ou não deu conta que expressou. Desta forma, foi possível estruturar-se um contrato verbal a aplicar com a nova empregada sobre o que é esperado de ambas.

Sessão 4

Considerando informações transmitidas anteriormente, iniciou-se a avaliação psicológica com a aplicação do mini mental state examination versão modificada avaliando as funções cognitivas. A prova foi concluída com dificuldade em 45 minutos. Concluída a aplicação, Glória teve necessidade de expor o conteúdo da conversa com a empregada, demonstrando estar contente. Reforçou-se positivamente o comportamento desenvolvimento, mais concretamente a competência social e a relação com o outro.

Sessão 6

Averiguou-se os objetivos a trabalhar possibilitando estruturar um plano terapêutico. A falta de motivação e pessimismo obstrói a perspectiva do futuro em Glória, reagindo com desinteresse ou desilusão. “Já não faço nada aqui! P’ra quê sofrer tanto?” foram algumas das expressões que Glória gritou em desabafo. Revela descrença na possibilidade de ser ajudada e que seja “motivo” de ajuda. Ultrapassada esta barreira, estabeleceu-se os objetivos com aprovação da Glória, sendo notória uma mudança na expressão facial. No decurso das sessões, começa a ser perceptível a existência de pensamentos automáticos de desvalorização, podendo culminar na presença de uma crença.

Sessão 7

A sessão tem como propósito trabalhar a memória, com recurso da técnica linha do tempo que permitiu também o acesso às emoções que Glória controlava. Pela primeira vez, desde o início do processo terapêutico expressou sem solicitação, sentimentos indicativos de culpa e remorso referentes à incapacidade de ajudar o filho. Explorada a origem destes sentimentos, compreendeu-se a existência de distorções cognitivas. Foram expostos os fatos dos acontecimentos e formuladas explicações alternativas, colocando a cognição e os consequentes pensamentos automáticos de desvalorização em

causa. No final da sessão, fez-se uso da visita da filha na época natalícia para reforçar o processo de mudança, motivando-a. Numa fase inicial, recorrendo do modelo transteórico de mudança, pretende-se que Glória contrarie a falta de energia e vontade, movimentando-se em pequenas distâncias.

Sessão 9

Contrariando a evolução aparente, Glória revelou-se irritada e frustrada como consequência de uma falha na consulta médica ao domicílio. A situação conduziu ao aumento de expressões ofensivas dirigidas ao filho e de expressões depreciativas sobre si. Percebeu-se a necessidade descarregar a frustração existente e, como tal, foi dado o tempo. Quando acalmou, foram apontados os diferentes comentários que Glória exprimiu, fazendo notar que tinham um conteúdo negativo e pejorativo. Revelou não ter consciência dos mesmos, que sempre “foi assim...então, que é que vou dizer?”. Pelo fato de Glória ser analfabeta, ao longo da sessão enumerou-se com uso das mãos os comentários depreciativos que tinha realizado, fortalecidos através da imagem. Foi-lhe explicado o que eram pensamentos automáticos, ao que confirmou que sempre foi assim e procurou-se desconstruir os pensamentos automáticos que Glória formulava.

Sessão 10

Glória retornou ao seu estado apático e aos sentimentos de desilusão e falta de interesse após a interpretação errónea da visita da filha na época natalícia. Incentivada a analisar o que foi dito e o que o seu pensamento formulou, conclui que compreendeu erradamente o que a filha lhe disse. Retomou-se o processo de mudança tendo como suporte a visita da filha e a possibilidade de movimentar-se para a receber.

Sessão 11

Glória apresentou-se em pé apoiada numa bengala envergando roupas de sair. A mudança foi reforçada e consciencializou-se para a necessidade da manutenção da

mudança realizada. O estado de felicidade não permanece por muito tempo. O discurso expressa angústia pela frágil rede de suporte que possui, nomeadamente os três filhos. Devido à relação conflituosa que mantêm, Glória é obrigada a gerir as visitas revelando que esta situação a deixa triste e preferia que não a visitassem ou que se esquecessem dela. Diz que “mais valia desaparecer, morrer d’uma vez”, quebrando num choro compulsivo. Refletiu-se sobre este pensamento, recorrendo à empatia e escuta ativa, concluindo que não é o motivo da discórdia e o seu “desaparecimento” não acabaria com a mesma.

Sessão 13

Nesta sessão, Glória centrou as suas preocupações no neto que a visitou recentemente. Constatou-se a existência de inúmeros pensamentos automáticos que Glória formula e reserva para si, causando-lhe angústia e desalento em relação ao futuro. Na realidade, apesar da frustração com a família, coloca a esperança futura do seu bem-estar na mesma, isto é, a união familiar e uma vida correta para os netos conduz a sentimentos de contentamento e apaziguamento. Tendo orientado o discurso para uma preocupação que tinha, a intervenção foi mínima e, mesmo a expressão de sentimentos não ter sido requisitada, realizou-a com fluência. O pensamento automático que formulou sobre o neto trabalhou-o sozinha na presença da terapeuta procurando a aprovação do seu raciocínio e discurso.

Sessão 15

Prosegiu-se com o trabalho iniciado na sessão anterior, referente aos sentimentos desenvolvidos sobre a morte do filho. Contudo a abordagem de Glória tinha um propósito: falar da culpa e remorso sobre a morte do marido. Demonstrou sentimentos contraditórios, revelando que o seu matrimónio foi marcado pelo alcoolismo ativo do marido e pela violência psicológica exercida. Refere com vergonha que aceitou porque

instituíram-lhe o sentido de dever e obrigação da mulher de respeitar o marido em “todos os sentidos”. Percebeu-se que o baixo autoconceito advinha sobretudo da violência doméstica exercida pelo marido, à imagem da sua figura parental. Definiu-se como objetivo para a sessão trabalhar o baixo autoconceito, perspetivando a sua influência nos pensamentos automáticos de desvalorização, na falta de motivação e, conseqüentemente, na depressão. Deseja-se a integração da identidade e a adaptação a diferentes situações relacionais, conduzindo ao envelhecimento saudável. Recorrendo da linha do tempo já realizada, promoveu-se a reflexão do seu percurso pessoal, a importância das emoções passadas no presente e o autoconhecimento. Glória demonstrou uma postura tranquila e de investimento na tarefa, revelando interesse. No final da sessão, marcou num calendário a data da próxima sessão, demonstrando um controlo ativo das atividades.

Sessão 16

Recorrendo a um programa desenvolvido para trabalhar o autoconceito, propôs-se o exercitar uma atitude otimista. Apresentou-se a atividade, dizendo que, “ao longo da vida, ouvimos comentários maldosos que nos desencorajam e, por vezes, nós próprios fazemos comentários negativos contra nós. Começamos a duvidar de nós próprios e das nossas capacidades. Temos que contrariar essa tendência!”. Inicia-se pedindo para referir três características positivas sobre si e, apesar da dificuldade revelada por Glória, conseguiu concluir. Observou-se uma modificação na sua relação conflituosa com o filho para uma relação cordial. Desta forma, reforçou-se o trabalho realizado anteriormente de relação com o outro, conseguindo perceber o outro.

Sessão 17

Um dos problemas éticos que se coloca quando se realiza sessões ao domicílio é a confidencialidade. A sessão de hoje foi comprometida pela presença da senhora da

agência do apoio domiciliário, pelo que optou-se por outra dinâmica. Explicou-se que a prática de exercício físico interfere com a perceção de bem-estar e que é benéfica para a saúde. Foram demonstrados pequenos exercícios que Glória podia realizar mesmo sentada. Apesar de hesitante, foi acompanhando, terminando cansada mas satisfeita por ter concretizado. As expectativas que Glória prossiga com os exercícios por sua iniciativa são poucas, apesar disso ficou a demonstração e a crença de que é capaz.

Sessão 18

A mudança comportamental de Glória é impressionante. Tem sido reforçada a sua mudança de comportamento, mantendo a mobilidade, deslocando-se pela casa e, inclusive indo até ao terraço. Contou com satisfação que conseguiu apanhar a roupa, tarefa difícil por exigir um grande esforço físico e de equilíbrio. Durante a sessão, manteve um discurso fluido e estruturado, sem orientação externa da conversa. Ao longo desta, estava visivelmente animada, rindo-se por diversas vezes. Abordou-se a aproximação do encerramento das sessões, reforçando a evolução que Glória desenvolveu. Um marco significativo é a forma como Glória refere-se ao marido, tratando-o pelo nome e não como o falecido.

Sessão 20

A análise das últimas três semanas demonstra que Glória foi capaz de travar pensamentos negativos e automáticos e realizar uma interpretação dos mesmos. A manifestação de sentimentos está cada vez mais rica e simplificada e, os sentimentos de culpa deram lugar a expressões como “fiz tudo o que podia, mais não pude”.

Sessão 21

É a sessão de encerramento, o seu objetivo é reforçar os comportamentos saudáveis e a mudança alcançada, evitando a regressão. De acordo com o modelo transteórico de

mudança, estamos na fase de manutenção. Desta forma, recordou-se as metas atingidas e os benefícios que as mudanças proporcionaram.

Discussão de caso

Na análise do presente caso clínico, constatou-se falhas relevantes na infância e adolescência, que tiveram impacto no seu desenvolvimento. É na família, primeiro e principal grupo de referência, que a pessoa desenvolve e estrutura a sua identidade e o autoconceito. Os primeiros anos de vida de Glória foram marcados pela incerteza e insegurança, principalmente por ser constantemente confrontada com o facto de ser filha ilegítima. Na realidade, enquanto criança, a necessidade de afeto e proteção foi relevada para segundo plano, primando a relação parental disfuncional. A expressão de amor e carinho foi atribuída à figura parental, não havendo vinculação com a mãe e, embora fosse uma figura agressiva, Glória refere o respeito que existia com o pai.

Curiosamente, viria a casar com uma pessoa com a mesma adição, revivendo a sua infância mas exercendo violência psicológica, a mesma “ferramenta” da mãe. Após a morte do pai, os sentimentos de tristeza característicos do luto foram substituídos por um desânimo profundo quando começou a viver com a mãe. Através do seu relato, inferiu-se que começou a desenvolver sintomas depressivos na adolescência. A sua intensidade foi aumentando ao longo dos anos com a diminuição da autoestima e constante frustração perante a vida.

A aplicação do mini mental state examination não confirmou a existência de comprometimento das capacidades cognitivas. A pontuação baixa insere-se na indicada para a população analfabeta, abaixo de 15 sendo importante, analisar as questões em que errou, que não apelam a um desenvolvimento escolar. Glória revelou desorientação nas questões temporais e espaciais e dificuldade na capacidade visuo construtiva. Este último pode ser explicado pelo facto de envolver movimentos motores finos, aptidão

adquirida durante o processo de alfabetização e os resultados baixos na orientação temporal e espacial, pelo fato de estar isolada em casa há 4 anos. Contudo ao longo das sessões apresentou um declínio das funções cognitivas. Durante a aplicação, foi necessário realizar intervalos em consequência do cansaço que Glória apresentava, demorando 45 minutos para finalizar.

Complementando este quadro, a aplicação do SF-36 indicou que a percepção de qualidade de vida de Glória é baixa e, em certos aspetos, ausente. Os seus problemas de saúde e a falta de mobilidade tiveram um impacto significativo na sua autoestima. Na segunda aplicação, os resultados revelaram uma percepção positiva, perspetivando motivação no futuro. As dimensões de desempenho físico, na saúde geral, na vitalidade e na função social, nas quais Glória não pontuou apresentaram uma evolução credibilizando a intervenção realizada e o apoio da relação terapêutica. O inventário depressivo de Beck confirmou a existência de um quadro depressivo severo. Posteriormente, com a segunda aplicação e realizada a intervenção verificou-se a diminuição da sintomatologia depressiva pontuando 35 no inventário, não deixando de ser significativo.

Como Rui Grilo refere, uma das patologias mais comuns nos idosos é a depressão. A perda de identidade profissional, o abandono da família e isolamento social assim como a fragilidade perante a doença são acontecimentos que potenciam o surgimento de um quadro clínico depressivo. Como experiencia esta etapa depende do desenvolvimento pessoal passado, isto é alguém bem resolvido experiencia uma velhice ativa e saudável. Considerando a história de vida de Glória, não surpreende a frustração e tristeza observada e o seu desânimo em relação ao futuro.

Tendo presente a observação, a recolha de dados anamnésicos, as provas aplicadas e o desenrolar das sessões conclui-se que Glória enquadra-se no diagnóstico de

perturbação depressiva persistente, sendo que preenche os critérios desta perturbação. Como referido no DSM-V, a perturbação depressiva persistente é a junção da perturbação distímica e dos episódios depressivos major, daí que preencha também os critérios para a perturbação depressiva major. Porém, esta não dura 2 anos ou mais no caso da Glória. Os sintomas mais relevantes para a atribuição deste diagnóstico foram o tempo, não sendo possível afirmar com início precoce, e a ausência de autoestima. Esta foi importante para desconsiderar o luto como perturbação possível bem como não mostrar saudade ou lamentar a perda mas sim as circunstâncias em que ocorreram. O fato de esta sintomatologia estar tão enraizada e ser tão intrínseca a Glória dificultou o diagnóstico clínico. Neste sentido, foi necessário analisar cuidadosamente o seu discurso bem como procurar o apoio das provas psicológicas.

Os objetivos propostos tiveram em consideração a severidade do quadro clínico e as limitações da intervenção ao domicílio e no tempo. Ao longo das sessões foi necessário a adaptação constante do plano terapêutico quer em função de novos objetivos quer em consideração dos fatores externos. A confidencialidade foi a questão ética testada ao longo das sessões no domicílio, exigindo a adaptação referida anteriormente. Apesar dos contratemplos, salienta-se que durante a intervenção psicológica, Glória apresentou a diminuição dos sintomas depressivos. Trabalhando os sentimentos de culpa, de frustração e desânimo mas, principalmente, o seu autoconceito foi possível a diminuição do quadro depressivo. As metas atingidas ao nível físico contribuíram para a sensação de bem-estar, promovendo a autoestima e possibilitando a continuação do trabalho nas relações sociais de Glória.

Estudo de caso 2

Dados biográficos

Nome: Lúcia

Idade: 17 anos

Estado Civil: Solteira

Nacionalidade: Brasileira

Escolaridade: 3º ano ensino médio (12ª ano)

Referência: Alkajuda como um caso de acompanhamento na adaptação social, contrariando a tendência ao isolamento

Lúcia de 17 anos à data da avaliação, de nacionalidade brasileira, é a terceira filha de uma fratria de cinco. Tem o 3º ano do ensino médio incompleto e tirou um ano sabático após ter terminado o namoro. Vem de uma família de estatuto económico médio-baixo, apresenta uma imagem bastante cuidada e postura corporal tímida e retraída.

Motivo da consulta: Lúcia veio para Portugal a pedido da tia, deixando a rede de suporte familiar que possuía. Foi esclarecido que, considerando as recentes mudanças, Lúcia tinha tendência a isolar-se, não se integrando adequadamente no espaço com os outros utentes. Na sua opinião, não existe motivo para preocupação, responde quando falam com ela mas não faz um investimento na relação com os outros porque irá regressar ao Brasil. Revela sentir saudades da família e, quando a menciona, chora facilmente. Recentemente, manifestou problemas de manutenção do sono e falta de apetite.

História clínica

Em bebé, Lúcia esteve internada em risco de vida após ter ingerido a medicação do irmão para a esquizofrenia. Posteriormente descreve que o pai alcoolizado deixou-a “cair de cabeça” no asfalto durante uma tentativa de fuga. O relato contínuo dos dois

acontecimentos culmina no receio de possuir sequelas neurológicas. Aos 11/12 anos surgiram pensamentos suicidas devido ao desespero perante a violência doméstica existente e os sentimentos de desprezo desenvolvidos sobre o padrasto, como Lúcia explica.

O uso da expressão “podia cometer uma doideira...bastava cortar os pulsos” revela que houve ideação suicida assim como disponibilidade de meios. Apesar da conceção do ato, reconsiderou ao imaginar o sofrimento passado e presente da mãe e não desejava acrescentar ou ser o motivo de mais sofrimento. Todavia acrescentou que, quando surgiram os pensamentos, começou a arranhar-se nas pernas com as unhas. Atualmente refere que estes pensamentos de autodestruição pertencem ao passado, sendo incapaz de magoar-se intencionalmente porque adquiriu “novas forças”.

Em adolescente, esteve mais uma vez em risco de vida após a mordida de uma aranha venenosa. Expressa novamente preocupação por existir a possibilidade de sequelas neurológicas, associando ao fato de não conseguir concentrar-se como antigamente. Aos 15 anos foi diagnosticada uma anemia e infeção urinária, recebendo o tratamento adequado, estando restabelecida. Esta ocorrência médica foi relatada seguidamente à narração da sua vida amorosa e o final do namoro, indicando a associação dos acontecimentos.

A viver em Portugal, está mais nervosa e tem frequentemente dores de cabeça e estomago. Simultaneamente começa a ter problemas na manutenção do sono e falta de apetite.

História do desenvolvimento psicossocial

Lúcia nasceu a 24 de Abril de 1997 de gravidez de termo e, embora não tivesse sido planeada, foi uma gravidez desejada pelos pais e os três irmãos. O desenvolvimento apresentou-se regular, alcançando as etapas nos tempos esperados como o controlo dos

esfíncteres, aprender a gatinhar e os primeiros passos. Existiram dois acontecimentos traumáticos na sua infância que lhe foram descritos pela tia na adolescência, nomeadamente, o internamento devido à ingestão de medicação para a esquizofrenia e a negligência do pai enquanto alcoolizado por a ter deixado cair. Os primeiros anos de vida foram marcados pelo alcoolismo severo do pai e a existência de violência doméstica.

Aos 4 anos, acompanhada da mãe e da tia, encontra o pai morto na via pública como retaliação de um negócio de droga. A mãe grávida de 5 meses entrou em trabalho de parto devido ao choque nascendo o irmão mais novo. Um ano após o falecimento do pai, a mãe une-se com um homem que perpetuará a violência doméstica. Da relação nasceu mais uma menina e, quando Lúcia tinha 7 anos a relação familiar deteriorou-se, sendo apontada como causa a preferência do padrasto pela filha, desprezando os outros. A existência de violência doméstica perpetuada pelo padrasto e o conhecimento que a mesma era exercida pelo pai conduziu ao desenvolvimento de pensamentos suicidas, chegando a magoar-se.

O percurso académico iniciou-se aos 3 anos, quando ingressou na pré-escola, ensino centrado no desenvolvimento psicológico, intelectual e social da criança. Com 6 anos, frequentou o ensino fundamental, continuando para o ensino médio que compreende as disciplinas regulamentares nas quais revelou ser boa aluna. Com a conclusão do ensino médio, Lúcia foi encorajada pela família a ingressar pela formação técnica ao que, perante a incerteza da escolha, optou por desistir ficando o 3º ano do ensino médio por concluir.

Demonstra possuir ajustamento adequado ao mundo laboral, executando diversas funções em part-time para ajudar nas despesas da casa enquanto estudava.

Posteriormente, quando tirou o ano sabático, foi imposto que arranjasse um trabalho

com horário completo para que estivesse ocupada. Lúcia começou a trabalhar numa lavandaria que descreve como “aborrecido e cansativo”, acrescido do fato de sentir-se triste ao imaginar o seu futuro. Sonha ser educadora de infância porque, revela, gosta de crianças e pensa que é a melhor idade para intervir com eles. Refere que a desmotivação com o ensino escolar acontece porque acabando o ensino médio, não tem possibilidade financeira de frequentar o ensino superior concretizando o seu sonho.

Aos 15 anos tem o seu primeiro namoro sem o conhecimento da mãe, devido à ligação do rapaz ao mundo da droga desejando que a filha não experiencie o mesmo que ela. Mantém uma cumplicidade com as irmãs que serviram de confidentes e encobriram a Lúcia nos encontros que mantinha. Consciente que “não era boa pessoa” pelo uso de substâncias ilícitas revela que estava apaixonada acreditando que o conseguia mudar. Tomou a decisão de perder a virgindade com ele, ato que arrependeu-se porque ele desiludiu perpetuando o consumo de drogas e envolvendo-se em negócios obscuros. Com o término do namoro, expressa sentimentos de tristeza e desânimo que “não queria fazer nada, nem estudar... não sei, fiquei ah, assim triste mesmo”. Nesta fase, foi diagnosticada anemia assim como uma infeção urinária recebendo o tratamento adequado.

Nos últimos dois anos, Lúcia não retomou o ensino escolar começando a isolar-se dos amigos e familiares. Veio para Portugal acompanhar a prima durante a permanência da tia no estrangeiro por motivos profissionais. Lúcia revelou ficar contente com a oportunidade, permitindo afastar-se do ambiente que vivia. Inicialmente, a sua permanência em Portugal foi estipulada para 6 meses sendo posteriormente aumentada para 1 ano. Após saber da decisão tomada pela tia, revela que as saudades da família aumentaram assim como o sentimento de tristeza, chorando facilmente ao lembrar-se deles. Começou a sentir frequentemente dores de cabeça e barriga que associou as

saudades que sente mas, no geral, apresenta-se de boa saúde. As saudades foram acrescidas quando, durante o acompanhamento, festejou-se o dia da mãe ficando visivelmente fragilizada. Explicou a existência de uma tradição nas datas significativas que reúne a família em casa da avó, num convívio animado.

Condições de vida atuais

Até ao início do ano, Lúcia residiu com a mãe, o padrasto e os irmãos mais novos no Brasil. O irmão mais velho reside na mesma casa mas realiza amiudadamente internamentos devido à esquizofrenia. As irmãs vivem na mesma rua assim como as amigas “de coração” que cresceram com ela desde a pré-escola. Lúcia cresceu ajustada na sua rede de apoio mas revela que sempre teve problemas de confiança e autoconceito, sobretudo após o namoro. Não possui problemas legais e a sua situação económica é média-baixa. A mãe está reformada por invalidez e o padrasto é pintor.

Lúcia não frequenta o ensino médio há dois anos e ainda não tinha decidido se iria continuar os estudos ou trabalhar. Veio para Portugal a pedido da tia para ajudar a prima a cuidar da casa e fazer companhia enquanto está ausente a trabalho. Sempre teve dificuldade em manter um sono tranquilo e regular mas piorou desde a mudança, descrevendo que acorda várias vezes à noite. Revela falta de apetite e explica que está habituada e sente saudades da comida da mãe. Demonstra um cuidado obsessivo com a imagem, principalmente com o cabelo, denunciado no tique que perpetua através do constante ajeito.

Relacionamentos atuais

Lúcia contata a família semanalmente recorrendo ao Facebook para colmatar as saudades e ficar tranquila sobre os conflitos familiares, como a própria refere. Em Portugal a sua rede familiar limita-se à prima e, esporadicamente à tia por motivos profissionais. Não tem uma relação de proximidade com a prima, sente que não

consegue desabafar com ela mas mantêm uma relação amigável. Começou a frequentar o Alkajuda a pedido da tia e desenvolveu uma ligação com uma das coordenadoras. Contudo, se pudesse escolher, não ia por não identificar-se com os miúdos que frequentam o Alkajuda, investindo na relação com os utentes idosos. Acrescenta que fica ansiosa perante a possibilidade de deslocar-se nos transportes e perder-se.

Exame de estado mental

As sessões foram realizadas numa sala ampla do Alkajuda, um espaço com claridade e ruído por ser local de passagem. Lúcia é uma adolescente de estatura pequena, com traços africanos e demonstrou aprumo na apresentação denunciado pelo ajeitar constante do cabelo e das roupas. À exceção dos brincos e verniz nas unhas, não usa adornos nem maquilhagem mantendo-se discreta. No início do acompanhamento, mantém uma postura encurvada e retraída bem como pouco contato visual, estando em conformidade com a dificuldade de relacionamento. Possui uma atitude amigável com um humor predominantemente triste. Mostrou-se retraída e rígida sustentando a mesma postura nas sessões, sendo que extravasava o seu nervosismo enrolando o cabelo contendo os sentimentos. Adequou progressivamente a gesticulação ao processo psicológico assim como a postura.

A atitude face ao terapeuta era reservada, limitando-se a responder quando solicitado transmitindo vergonha ou timidez. No desenvolvimento da intervenção, as respostas monossilábicas alteraram para um discurso fluído acompanhado de expressões faciais e gesticulação apropriada. O discurso é lento e tenso com desabafos emotivos, despertando no ouvinte desejo de amparar. Lúcia demonstra prontidão de resposta apesar de analisar o conteúdo da mesma, revelando estar alerta e respondendo normalmente aos estímulos. Acompanhando o seu estado de consciência, a sua

capacidade de manter a concentração numa atividade está intacta e não revela alteração sensoperceptiva.

Apresenta estruturação da orientação no espaço e no tempo, inclusive na memória recente, revelando amnésia retrógrada sobre situações ocorridas no passado. Durante a aplicação da avaliação psicológica, foi analisada a postura e a escrita de Lúcia.

Referente à postura manteve tensão no corpo assim como no uso da caneta, exercendo pressão na escrita. Esta apresenta-se rudimentar com erros ortográficos. No decurso da entrevista, a expressão de emoções está em concordância com o conteúdo revelado. O sentimento expressado frequentemente foi de tristeza, por vezes acompanhado de choro. Apresenta um pensamento lógico com conexão com a realidade expresso num ritmo lento e com pobreza de conteúdo.

Demonstra capacidade de juízo crítico da realidade e dos sentimentos, apresentando fraca autoimagem. Existe alteração do apetite e do padrão de sono com insónia inicial, explicado pela diferença cultura e mudança de país.

Análise psicológica

Lúcia exprimiu em diferentes ocasiões, as saudades que sente da família, o desejo de regressar ao Brasil e não pondera a hipótese de viver em Portugal. Retrata-se como uma barreira física para a relação conflituosa existente entre o padrasto e o irmão mais novo, sendo um dos motivos da sua preocupação. Perante a extensão da sua permanência em Portugal, expôs receio e insegurança de não ver a família acabando por resignar-se. Quando abordada sobre a perceção de si própria, usa expressões como “ah eu... não sou nada demais” revelando uma pobre autoestima e autoconceito. Da mesma forma, quando pedido o parecer sobre como é vista pelos outros mantem a mesma desestima, ficando visivelmente nervosa.

Define-se como persistente, teimosa e bem resolvida, sendo que quando quer algo não desiste e luta, revelando boa tolerância à frustração. Detém boa capacidade de tomar decisões porém constata ser sobreposta pela vontade da família. Fica ansiosa quando a sua vontade não é respeitada e triunfa a dos outros mas ultrapassa, aceitando a realidade. Nas situações descritas demonstra elevado sentido de maturidade e autocontrolo, considerando a sua presença como mediadora por exemplo, no conflito entre o padrasto e o irmão.

A capacidade de insight é fraca revelando que nunca perdeu tempo a pensar como se sentia ou como se via, centrando-se em “viver e ajudar a minha família, principalmente a minha mãe”. A sua ausência do seio familiar causa nervosismo acompanhado de “palpitações no coração” e sente-se insegura, sem saber o que vai encontrar quando regressar. Deseja concluir o ensino escolar, arranjar um trabalho e a sua casa, formar uma família com estabilidade, despertando sentimentos ansiosos por estar “à espera de continuar”.

Avaliação psicológica

Na realização da avaliação psicológica foi ponderado o uso de instrumentos psicométricos não aferidos para a população e cultura em questão. Desta forma, a avaliação centrou-se principalmente na observação e recolha de elementos durante a entrevista clínica. Foi realizada uma pesquisa extensa de provas psicológicas aferidas para a população brasileira sem sucesso. A necessidade de confirmação de determinadas dúvidas sobrepôs-se, optando pela aplicação de provas aferidas para a população portuguesa e considerando a não fidelidade dos resultados.

Tabela 6 - Síntese da avaliação psicológica realizada no caso 2

| Prova | Youth Self-Report | Inventário Depressivo |
|--------------------|--|---|
| psicológica | (YSR) | de Beck (BDI) |
| Observação | <p>Apresenta dificuldade na expressão do conceito de si</p> <p>Apresenta embaraço quando elogiada</p> <p>Auto desvalorização</p> <p>Isolamento social</p> <p>Abandono da sua opinião quando confrontada</p> <p>Desistência do ensino escolar</p> | <p>Pensamentos suicidas no passado</p> <p>Sintomas depressivos</p> <p>Baixa autoestima</p> <p>Isolamento social</p> |
| Objetivos | <p>Perceber a percepção de Lúcia sobre si mesma e as suas competências ou dificuldades individuais</p> | <p>Avaliar um conjunto de sintomas que correspondem aos critérios de diagnóstico da perturbação de depressão</p> |
| Resultados | <p>Antissocial = 0</p> <p>Problemas de atenção = 6</p> <p>Ansiedade/depressão = 6</p> <p>Isolamento = 8</p> <p>Queixas somáticas = 7</p> <p>Problemas de comportamento = 2</p> | <p>Depressão moderada com uma pontuação global de 21.</p> |

Durante a aplicação das provas psicológicas, Lúcia teve uma atitude cooperativa e de empenho na tarefa. Manteve uma postura tensa, transpondo para a escrita carregada. O inventário depressivo de Beck foi preenchido rapidamente mas com cuidado, realizando

uma avaliação cuidadosa do que era perguntado. As provas foram de autoquestionário e o terapeuta criou o espaço adequado. Porém Lúcia demonstrou a necessidade de confirmação das suas respostas, realizando um monólogo em voz alta.

Hipótese diagnóstica

Não existe presença de psicopatologia no quadro clínico apresentado por Lúcia. Fundamentado na observação, entrevista e os testes psicológicos realizados, a adolescente apresenta dependência do grupo de apoio primário, nomeadamente a mãe e as irmãs. A dificuldade de quebrar o vínculo impede o investimento noutros relacionamentos sociais. Os sintomas depressivos sinalizados são atribuídos e explicados como reativos da recente mudança de país e a perda do grupo de referência. Os problemas de adaptação social assim como o baixo autoconceito serão trabalhados permitindo uma integração adequada da adolescente.

Plano terapêutico

O estabelecimento de objetivos terapêuticos teve em consideração as limitações de tempo e restrições do setting, não sendo possível aprofundar exaustivamente determinadas questões ou incongruências. As sessões tiveram início em Março e terminaram em Julho com o encerramento da instituição. A intervenção foi direcionada para o desenvolvimento das competências pessoais, emocionais e sociais de Lúcia, perspetivando a melhoria da qualidade de vida, de adaptação social e do autoconceito. Centrada no presente, a intervenção recorreu ao modelo cognitivo com base na premissa que a forma como processamos, percebemos e atribuímos significados às situações influenciam as emoções e os comportamentos.

A limitação temporal revelou ser um fator decisivo para a intervenção realizada. Desta forma, ao invés da implementação de um programa de competências na

totalidade, executaram-se exercícios direcionados para o proposto. Foram debatidos e definidos em conjunto com Lúcia os seguintes objetivos:

- Diminuição dos sintomas depressivos
- Aumento do autoconceito e autoestima
- Trabalhar a capacidade de insight
- Reestruturação dos pensamentos distorcidos
- Promoção do relacionamento interpessoal

Sessão 1

A primeira sessão tem como objetivo o esclarecimento do que motivou o pedido de acompanhamento, o estabelecimento de formalidades como as regras e limites e a elucidação de dúvidas que possam surgir. Lúcia concordou manter o acompanhamento apesar de discordar do motivo, o isolamento social. A primeira sessão também teve como propósito o estabelecimento da relação terapêutica. Demonstra estar nervosa e irrequieta na cadeira com uma postura tensa. A sessão prosseguiu com a recolha da história de vida de Lúcia e, devido à personalidade tímida e retraída, existiu participação ativa pelo terapeuta.

Quando fala da família tem dificuldade em conter o choro embora tente veemente. Diz não imaginar viver sem eles nem em Portugal.

Sessão 3

A sessão prosseguiu com o estabelecimento da relação terapêutica e a recolha de dados de história de vida, não sendo necessário a participação ativa do terapeuta. Lúcia mostrou-se confiante e participativa no decurso da sessão. O seu discurso revelou uma relação conflituosa com a tia e o convívio harmonioso com a prima. Começou a frequentar a instituição por imposição da tia e, apesar de apreciar as atividades realizadas, não consegue identificar-se com os jovens investindo na relação com as

peessoas mais velhas. Revela que o seu círculo de amizades abrangia as irmãs e amigas de escola, tendo sido confidentes durante o seu namoro. Reforça as saudades que sente da família acompanhado de um choro sustido. Perto do final da sessão, diz “Existe muita coisa na minha vida que eu já passei. Coisas que não conseguimos esquecer”. Certificada a importância da sua afirmação, assegurou-se que a próxima sessão retomaria a partir daí.

Sessão 4

Lúcia prosseguiu a sessão da afirmação anterior, esclarecendo que sofreu com o pai. Revelou que a mãe era vítima de violência doméstica e o pai estava frequentemente alcoolizado, mencionando o contexto em que faleceu como traumático. Concluiu afirmando não se recordar dele ou das situações reveladas mas que tomou conhecimento das mesmas através da tia, com quem mantém uma relação conflituosa. A imaginação de Lúcia dos acontecimentos proporciona sentimentos angustiantes, produzindo a imagem negativa da figura parental com quem não conviveu. A forte vinculação com a figura maternal leva a empatizar ao reportar um sofrimento sobre uma pessoa que não recorda. A expressão “tomar as suas dores” adequa-se a situação de Lúcia e foi explicado que era compreensível por a mãe ter sido sempre o seu porto de abrigo.

O choro intensificou quando recordou que a tia atribuiu a esquizofrenia do irmão ao alcoolismo do pai. Prosseguiu relatando o momento em que o pai embriagado a deixou cair desamparada no chão, tendo que receber tratamento médico. Por fim, revelou que foi ela quem encontrou o pai morto “à paulada”, desfigurado e quando sonha com ele, não consegue ver a cara. Os esquemas cognitivos desenvolvidos por Lúcia permaneceram no seu desenvolvimento preenchendo as lacunas do que lhe foi reportado com memórias falsas. Perante estas afirmações, compreende-se a necessidade de persistir em recordações criadas e esclareceu-se que o pensamento ao imaginar as

situações, isto é, ao criar memórias falsas, adquire uma perspectiva catastrófica, por vezes distante da realidade.

No final da sessão, realizou-se um momento de psicoeducação sobre a esquizofrenia esclarecendo as causas, fatores de risco e os sintomas. Lúcia termina afirmando que era assustador quando o irmão tinha as crises mas percebia que era consequência da doença e gostava dele na mesma.

Sessão 5

Lúcia apresenta uma mudança de comportamento, revelando estar mais participativa e alegre, interagindo com os outros jovens e investindo nas atividades desenvolvidas na instituição. Revela que tentou recordar-se do pai, não possui nenhuma fotografia como referência. Expressou o desejo de saber o que aconteceu mas perante o sofrimento da mãe retrai-se. “Parece injusto que quem sofreu no passado, agora tenha que sofrer ainda mais”, declarou Lúcia. Através da reformulação, continuou explicando que a relação com o padrasto é conflituosa, chegando a ser agressivo com ela e os irmãos mais novos. Considera a sua presença como mediadora nas discussões dos irmãos com o padrasto, revelando preocupação pela sua ausência do seio familiar. Perante o confronto de quem era a mediadora quando ela precisava, responde “tou habituada...ah assim a ajudar os outros...eu sei como não me meter em problemas mas os meninos é pior.”. Após um longo silêncio, conclui com “eu não sou nada demais”.

Nota: existe a necessidade de aplicar o YSR, confirmando a existência de problemas no autoconceito perante a afirmação proferida no final da sessão. Será tida em consideração a diferença cultural.

Sessão 7

O objetivo primordial da sessão é trabalhar os pensamentos automáticos sobre o autoconceito e, conseqüentemente diminuir os sintomas depressivos. Em conjunto com

Lúcia, averiguou-se a origem dos pensamentos depreciativos e concluiu que, embora sempre tenha tido complexos com a imagem, desde que terminou o namoro fica mais triste cada vez que se olha ao espelho. Pedido para esclarecer o que sente ou vê quando se observa no espelho, retoma a afirmação “nada demais”, sendo depois questionada sobre a época em que se sentia bonita. O trabalho realizado por Lúcia leva-a a concluir que essa época era quando namorava e revela emocionada que ficou desiludida com ele porque confiou nele. Revela que começou a desinteressar-se por tudo e só queria chorar e, quando percebe a ligação entre o término do namoro e a desistência da escola, apresenta como argumento que já estava cansada da escola. A identificação dos pensamentos automáticos em sessão pelo terapeuta conduziu à entrega de trabalhos de casa para Lúcia. Foi facultado um caderno intitulado diário de bordo com o propósito de identificar e registar os pensamentos automáticos e os sentimentos associados. Explicou-se que este era privado, podia partilhar com o terapeuta ou manter como um registo pessoal mas tinha que investir neste trabalho de casa.

Sessão 9

Em simultâneo com o acompanhamento foi realizado um trabalho com as coordenadoras, referente à estimulação criativa de Lúcia. De momento, é responsável pelo desenvolvimento de trabalhos manuais, acompanhando os mais jovens. Na sequência deste acontecimento apresenta-se alegre e participativa, investindo em relações de amizade com os jovens da instituição.

A sessão tem como objetivo a realização de exercícios que trabalhem o autoconceito. O primeiro exercício procura perceber e distinguir estados emocionais, a correspondência com expressões faciais distintas e a importância da comunicação não-verbal na relação com os outros. Lúcia revelou ser boa observadora e possuir boas capacidades comunicacionais. O exercício seguinte envolvia o uso de um cubo com

emoções escritas em todas as faces. Ao atirar o cubo era selecionada uma emoção que tinha que ser representada por Lúcia. Na segunda volta, ao atirar o cubo tinha que relatar uma situação associada com a emoção selecionada.

Sessão 10

O aumento do autoconceito e a diminuição de sintomas depressivos refletiu-se na relação com a tia, sendo que Lúcia reportou que consegue manter uma conversa com ela. Prosseguiu-se com a aplicação dos exercícios para o autoconceito. O exercício inicial intitulado linha de vida, promove o autoconhecimento através da revelação de interesses, decisão vocacional e suporte social. Consiste na marcação de acontecimentos significativos positivos e negativos e descrição das emoções associadas até ao presente. O segundo passo do exercício pede para projetar o futuro, as suas ambições e desejos vocacionais, estabelecendo metas para os alcançar. Lúcia revelou dificuldade na projeção futura e ponderou cuidadosamente.

Sessão 11

O exercício realizado nesta sessão pretende facilitar a expressão e partilha de opiniões e emoções. “Como eu sou e o que pensam de mim?” é a frase introdutória à reflexão. No exercício seguinte, foi pedido para atribuir elogios a si mesma, ou seja, qualidades de que gosta em si. Constrangida mostrou dificuldade no exercício, escrevendo só 4 qualidades que aprecia. A meio da sessão fomos interrompidas pelas coordenadoras porque precisavam da sala para uma reunião.

Sessão 12

Conclusão dos exercícios referentes ao autoconceito. A última atividade consiste na composição de uma carta a um futuro *self*. A regra define que só pode realizar elogios e falar dos seus sucessos, proibindo qualquer referência negativa. No final, Lúcia explicou o empenho que teve na tarefa por implicar uma perspetiva futura. Refere que não

pretende esquecer os planos delineados para o seu futuro profissional e pessoal. O investimento na tarefa ocupou o tempo da sessão.

Sessão 14

Lúcia descreve-se como confiante, demonstrando a eficácia dos exercícios desenvolvidos, alguns dos quais ainda prática em casa. Confirmou sentir-se melhor e mais contente mas, acima de tudo, quando repete as qualidades que usou para descrever-se, fica confiante do seu futuro. Desta forma, perante o desenvolvimento mostrado por Lúcia, iniciou-se o encerramento das sessões, realizando uma retrospectiva dos objetivos alcançados.

Sessão 15

Acompanhamento final. Mantem um bom autoconceito e a diminuição dos sintomas depressivos. Estabeleceu uma rede de amizades dentro da instituição e prossegue com os exercícios realizados em sessão.

Discussão de caso

Lúcia foi sinalizada para acompanhamento psicológico como um caso de adaptação social combatendo a sua tendência ao isolamento. A observação e a entrevista clínica inicial revelaram-se técnicas de avaliação psicológica essenciais à compreensão da origem de dilemas causais do isolamento. No decurso das sessões, verificou-se a diminuição da sintomatologia depressiva através do trabalho realizado das outras áreas como o autoconceito e a reestruturação de pensamentos distorcidos. Como descrito na história de vida de Lúcia, o seu desenvolvimento foi marcado pela negligência da figura parental e deixa transparecer no seu discurso a mesma hipótese quando ingeriu a medicação do irmão para a esquizofrenia. Como Erikson explica a construção de identidade é um processo contínuo que se inicia na infância. A negligência associada com a frágil figura maternal, impôs que Lúcia adota-se esse papel com os irmãos mais

novos, sendo a protetora deles perante a violência doméstica exercida pelo padrasto. O papel maternal desempenhado por Lúcia transpõe as barreiras do presente assumindo as dores do passado da mãe. Isto é, Lúcia não possui quaisquer recordações do pai, confirmado pela própria. Porém a criação de memórias falsas através dos relatos da tia, fizeram com que ela assumisse uma dor imaginária. De fato, a imaginação desempenhou uma função ativa na suposta recordação de atos negligentes ou violentos perpetrados pelo pai.

Na hipótese diagnóstica formulada considerou-se não existir evidência de um quadro psicopatológico mas a presença de questões de desenvolvimento. O recurso a provas psicológicas auxiliou no despiste ou confirmação de dúvidas, sendo tido em consideração a diferença cultural. No inventário depressivo de Beck, Lúcia obteve uma pontuação de 21 pontos, indicando depressão moderada. Concluiu-se que os sintomas depressivos sinalizados atribuem-se e são explicados como reativos da recente mudança de país e a perda do grupo de referência. A história de vida passada e recente sustenta estas problemáticas mas, a dependência de Lúcia da figura maternal aumenta os sentimentos revelados. Durante o preenchimento do YSR, as questões ligadas à figura parental não foram preenchidas nem sequer consideradas por Lúcia na figura do padrasto. As dimensões em que obteve uma pontuação elevada estão em concordância com o isolamento observado e as queixas somáticas como as dores de cabeça e barrigas reveladas por Lúcia.

A dependência do grupo de apoio primário e a dificuldade de quebrar o vínculo impede o investimento noutros relacionamentos sociais. Lúcia revela que quando quer algo luta por ela e tem boa tolerância à frustração, contudo perante a opinião da mãe anula-se, cumprindo a sua vontade. Os problemas de adaptação social assim como o baixo autoconceito foram trabalhados permitindo a integração adequada da adolescente.

Simultaneamente, desconstruiu-se todas as memórias falsas, compartimentando as distorções cognitivas e memórias falsas como suas ou pertencentes à mãe. No final da intervenção realizada com Lúcia verificou-se uma melhoria significativa com o aumento do autoconceito perpetrando os exercícios realizados em sessão assim como o ajustamento social envolvendo-se nas atividades realizadas na instituição.

Conclusão

Inserido no segundo ano do mestrado em psicologia clínica, o estágio acadêmico permite o desenvolvimento da formação assim como o acesso à prática clínica, sobretudo num contexto inovador como o comunitário. Os objetivos inicialmente estabelecido como conhecer a instituição, as suas características e necessidades até a implementação de um programa de promoção de competências foram cumpridos com primor. O contexto na qual a associação acolhedora à realização do estágio se inseria permitiu o contato com o contexto comunitário, que determinou o aumento dos conhecimentos teóricos articulando com a prática profissional nomeadamente no acompanhamento de casos ao domicílio. A variação de setting nos acompanhamentos exigiu do profissional a capacidade de adaptação quer pelas questões éticas como no estabelecimento de um plano terapêutico. Como refere Grilo (2012), durante o exercício das suas funções ao domicílio e no contato com a população idosa, o profissional não deve desmoralizar perante a falta de motivação e estabelecer objetivos adequados à mesma.

Durante os acompanhamentos realizados, técnicas como a observação, a entrevista clínica e a relação terapêutica revelaram-se fundamentais na intervenção com a população idosa, debilitada e sem esperança. O investimento do profissional e do utente foi o ponto de partida para atingir as metas terapêuticas e a constatação de metas atingidas a força motivadora. O estágio acadêmico permitiu, além do contato com uma realizada cada vez mais presente, o investimento e o desenvolvimento de atividades que, conseqüentemente contribuíram para a comunidade do Pró-Alcântara como a aplicação de um programa de competências.

Reflexão Final

Findo o ano letivo e, concomitantemente o estágio académico, é altura de refletir sobre o percurso realizado ao longo destes oito meses de aprendizagem e prática dos conhecimentos adquiridos anteriormente a nível teórico. Partindo de um balanço face à primeira experiência da prática profissional de um futuro psicólogo clínico, o estágio realizado no Pró-Alcântara Associação de Solidariedade e Apoio Social revelou-se positivo. Contudo existiram adversidades que foram ultrapassadas, reforçando todas e quaisquer expectativas e motivações idealizadas no início do estágio. O primeiro aspeto a assinalar remete para a oportunidade de participação e trabalho com uma população generosa e rica em experiência. Os laços de amizade com os utentes foram facilmente estabelecidos, tendo-se sentido uma integração e acolhimento célere e caloroso.

Como tal, agora que se coloca um ponto final no estágio académico e novas portas abrem-se para um percurso profissional, reconhece-se a importância de um caloroso agradecimento a todos os que de braços abertos, possibilitaram a realização deste estágio, nomeadamente aos utentes, que de uma forma estimulante e emotiva transmitiram o seu saber bem como o seu interesse e incentivo diário. Este estágio providenciou uma aprendizagem vasta, exigindo a adaptação constante às condições específicas de intervenção e da população. A intervenção em contexto comunitário e o domiciliário proporcionaram um crescimento pessoal muito significativo, tendo sido reforçado o gosto para praticar e aprender cada vez mais com a profissão.

Referências Bibliográficas

- Abreu, M. (1990). *Os primeiros laboratórios de psicologia em Portugal: Contexto e sentido da sua criação*. *Jornal de Psicologia*, 9 (1), 3-7.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aguilar, J., Oliva, M., & Marzani, C. (2003). *A Entrevista Psicanalítica*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, N. (2004). *A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo*. *Revista de Psicologia*, vol. 5, n.1, p. 34-39.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (1998). *Clinical Psychology*. Retrieved January 2015 from <http://www.apa.org/>
- Associação dos psicólogos portugueses (1995). *Princípios éticos da APPORT*. In www.snp.pt.
- Balancho, L. (2003). *Ser pai, hoje*. Lisboa: Editorial Presença.
- Barros, I. C. (2004). *Examinando pacientes – A anamnese*. In *A História Clínica*
- Baumeister, R.F. (1987). *How the self became a problem: A psychological review of historical research*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 163–176.

- Baüml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). *Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families*. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (S1), pp. S1 – S9.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*, Lisboa, Climepsi.
- Bernaud, J. (2000). *Métodos de avaliação da personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores
- Birraux, A. (1994). *L'adolescent face à son corps*. Paris: Bayard Editions. Blehar,
- Blatt, S. J. (1990). *Interpersonal relatedness and selfdefinition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy*. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Bleger, J. (1991). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos* (5th ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bogdan, R., & Taylor, S. (1975). *Introduction to qualitative research methods*. New York: John Wiley & Sons
- Bonfim, C. J., & Veiga, S. M. (2008). *Serviços de apoio domiciliário - Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento*. Guiões Técnicos (Vol. 7). Lisboa: Núcleo de documentação técnica e divulgação.
- Borges, I. P. (1986). *História da psicologia em Portugal (VII): Antecedentes das faculdades de psicologia e de ciências da educação*. *Jornal de Psicologia*, 5(1),7-12.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Braconnier, A., Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Brito, S. (2003). *A psicologia clínica - Procura de uma identidade*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, 5(1).
- Campos, B. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens (11-20)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J. et al. (2006). *Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para portugueses de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Cassey, J. (1996). *História da família*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Clemente, I. F. (2008). *Autoconceito e problemas de comportamento em crianças com dificuldades de aprendizagem*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapia: abordagens actuais* (3rd ed.). Artmed.
- Corney, R. (2003). *Counseling psychology in primary care settings*. Handbook of counseling psychology. Sage publications
- Cortes, L. (2004). *Home-based family therapy: A misunderstanding of the role and a new challenge for therapists*. *Family Journal*, 12 (2)184-188.
- Costa, M. E. (1991). *Contextos sociais de vida e desenvolvimento da identidade*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

- Cowie, N. (2009). *Observation*. In: Heigham, J. & Crocker, R. A. Qualitative research in Applied Linguistics: a practical introduction. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Cunha, J. A. (2003). *Psicodiagnóstico - V* (5th ed.). Brasil: Artmed Editora.
- Cyssau, C. (2005). *A entrevista em clínica* (5th ed., Vol. 38). Lisboa: Climepsi Editores.
- Daniel, M., & Gurczynski, J. (2010). *Mental status examination*. In Diagnostic Reasoning. Springer: USA. doi: 10.1007/978-1-4419-1320-3_4.
- DGS (2001). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Ministério da saúde, direção-geral de saúde, 13.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2008). *Risk factors in depression*. Academic Press
- Dryden, W., & Rentoul, R. (1991). *Adult clinical problems: A cognitive behavioural approach*. N.P.: Routledge.
- Elkind, D. (1970). *Children and adolescents; interpretive essays on Jean Piaget*. Oxford University Press.
- Emler, N. (2001). *Self-esteem: The costs and consequences of low self-worth*. York, England: York Publishing Services.
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York. Norton & Company.
- Fedida, P. (1968). *Perception et compréhension clinique en Psychologie*. Casa do psicólogo.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E. E. J., Godoy, A., Hornke, L. F., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H. & Zaccagnini, J. L. (2001). *Guidelines*

for the assessment process (GAP): A proposal for discussion. European Journal of Psychological Assessment, 17(3), 187-200.

Ferraz, J. L. (2000). *Pulsão e Libido: Um estudo comparativo de teoria psicanalítica* (Vol. I). Mauad Editora.

Ferreira-Borgues, C. (2004). *Alcoolismo e toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira, P. L. (2000). *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação*. *Ata Médica Portuguesa, 13(3): 119-27.*

Ferreira P. L., Ferreira L. N., Pereira L. N. (2012). *Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(2): 163-171.*

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.

Figueiredo, A. C., Fernandes, S., Martins, C. & Ramalho, V. (2007). *Estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de Psicologia*. *Revista Semestral da Área de Psicologia da Universidade São Francisco 12, 2: 239 - 248.*

Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). *Mini-mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *Journal of Psychiatric Research, 12(3); 189-198.*

Fonseca, A. C. & Monteiro, C. M. (1999). *Um Inventário de problemas para crianças e adolescentes: o Youth Self-Report de Achenbach*. *Psychologica, 21, 76-96;*

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I. e Amado, J. (2005). *Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal*. In *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi.

- Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica* (2.^a edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2014). *Mini mental state examination (MMSE): Normative study for the portuguese population in a community stratified sample*. *Applied Neuropsychology: Adults*. doi: 10.1080/23279095.2014.926455.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Góis, C. W. L. (1993). *Noções de psicologia comunitária*. Fortaleza: Edições UFC.
- Gonçalves, O. (2004). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Grilo, R. (2012, Setembro). *Acompanhamento psicológico em contexto de domicílio e suas particularidades. Abordagens psicoterapêuticas*. In Fundação Cardeal Cerejeira. Retrieved from <http://www.fccerejeira.com/>.
- Grilo, R. (2014, Maio). *Integração do psicólogo no serviço de apoio domiciliário (Intervenção com o idoso)*. *Revista Psicologia na Atualidade*, 18.
- Grossmann, K., Grossmann, K.E. & Kindler, H. (2005). *Early care and the roots of attachment and partnership representation in the Bielefeld and Regensburg longitudinal studies*. In K.E Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp.98-136). New York: Guilford Press.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade* (4th ed.). Artmed.

- Harter, S. (1998). *The development of self-representation*. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development* (5th ed., pp. 553-617). New York: Wiley.
- Harter, S. (2006). *The Self*. In N. Eisenberg, W. Damon, & M. Lerner, *Handbook of child psychology*, 505-570. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hattie, J. A. (1992). *Self-concept*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hendriks, G. J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & van Balkom, A. J. L. M. (2008). *Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403–411.
- Hughes, C. (2005, July). *Depression in older people*. *Elsevier Health*, 529-554.
- INE, I. P. (2011). *Censos 2011 – Resultados provisórios*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatísticas.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: atividades*. Porto: Âmbar.
- Jerónimo, L; (2000). *O trabalho interdisciplinar com idosos: Da avaliação à intervenção. O papel do psicólogo nas equipas de apoio domiciliário*. Estudo de um caso, 13, 123 (17-25), Lisboa.
- Jesuino, C. (1994). *Psicologia*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Kacerguis, M. A., Adams, G. R. (1980). *Erikson stage resolution: The relationship between identity and intimacy*. *Journal of Youth and Adolescence*, 9(2), 117-126.
- Laham, C. F. (2004). *Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipa*. *Psicologia Hospitalar*, 2(2).
- Lamb, M. (1997). *The role of father in child development*. New York: Wiley.
- Lauka, J. D. (2012). *Attitudes of counselors regarding ethical situations encountered by in-home counselors*. Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses.

- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica - Técnica, teoria e clínica* (2nd ed.). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Lebovici, S. & Crémieux, R. (1971). A propos du role et de l'image du père. *Psychiatrie de l'enfant*, XIII, (2), 341-447.
- Lukens, E.P., & McFarlane, W. R. (2004). *Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy*. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 4(3), 205-225.
- MacKay, D. (1975). *Clinical Psychology: Theory & therapy*. London: Methuen Publishing.
- Marques, M. E. (2001). *A Psicologia clinica e o rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. & Carvalhosa, J. (2005). *Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).
- Mattingly, C. (1991). What is clinical reasoning? *The American Journal of Occupational Therapy*, 45, 979-986. doi:10.5014/ajot.45.11.979.
- McIntyre, T., & McIntyre, S. (1995). *Versão portuguesa do Beck depression inventory (BDI)*. Braga, Portugal: University of Minho.
- Meirinho, M. & Osório, A. (2010). *O estudo de caso como estratégia de investigação em educação*. *EDUSER: Revista de educação*, Vol 2(2), Inovação, Investigação em Educação, pp. 49-65.

- Melo, L. e Neto, F. (2003). *Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo*. Psicologia, Educação e Cultura, III, 1, 107-121.
- Neto, F. (1999). *As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento*. Psicologia, Educação e Cultura, III, 2, 297-322.
- Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, M. (2010). *Auto-conceito e suporte social em adolescentes em acolhimento institucional*. Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- O'Donnell, M. (1989). *Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the Definition*. American Journal of Health Promotion: Winter 1989, Vol. 3, No. 3. doi: 10.4278/0890-1171-3.3.5
- Organização Mundial de Saúde. *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Promoción de la salud: uma antologia. Washington: OPAS, 1996. p.367-72.
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Programme on mental health – WHOQOL User Manual*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses*. Diário da República, 2.ª série, 78, 20 de Abril de 2011, 17931- 17936.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária - Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3(XV), 375-388.
- Ornelas, J. (1998). *II Congresso europeu de psicologia comunitária: Sessão de abertura*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pettifor, J. L. (2004). *Professional Ethics Across National Boundaries*. *European Psychologist*, Vol 9(4), 264-272. Doi:10.1027/1016-9040.9.4.264
- Pinho, M. M.N. (2005). *Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do lar "x", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Pinto, A. C. (2002). *Uma leitura comentada de dois artigos de J. Ferreira Marques sobre a psicologia em Portugal e uma reflexão sobre cenários futuros*. In *Homenagem ao Prof. Doutor J. Ferreira Marques* (p.23-28). Lisboa: Stória Editores.
- Pró-Alcântara (2011). *Pró-Alcântara, Associação de Solidariedade e Apoio Social*. Retrieved from <http://proalcantara.wix.com/ipss>.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *Search of how people change: Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa: Vega. Saúde para todos.
- Pais Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do estado de saúde*. Lisboa: Fundação Merck.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. P. (1996). *Psicologia clínica da saúde. Análise Psicológica*, 4 (XIV), 589-599.

- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). *On the validity of the beck depression inventory. A Review*. *Psychopathology*, 31, 160-168. doi: 10.1159/000066239
- Routh, D. K. (2000, February). *Clinical psychology training: A history of ideas and practices prior to 1946*. *American Psychologist*, 55(2), 236-241. doi:10.1037/0003-066X.55.2.236
- Sá, E. (1999). *Manual de instruções para uma família feliz*. Lisboa: Fim de Século
- Schmidt, M. L. S. (1987). *Aconselhamento psicológico: questões introdutórias*. In Rosenberg, R. L. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: EPU.
- Sequeira, C., (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- Shinohara, H. O. (1997). *Conceituação da terapia cognitivo-comportamental*. In R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: aspetos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 1-5). São Paulo: ARBytes.
- Smail, D. (2010). *The rocky path from clinical to community psychology - A personal view*. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20, 455-461. doi:10.1002/casp.1068.
- Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Tavares, M. (2002). *A entrevista clínica*. In: J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico - V*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Tombaugh, T. N. & McIntyre, N. J. (1992). *The mini-mental state examination: a comprehensive review*. *Journal of American Geriatric Society* 40: 922-935.
- Tooth, L., Russell, A., Lucke, J., Byrne, G., Lee, C., Wilson, A., & Dobson, A. (2008). *Impact of cognitive and physical impairment on career burden and quality of life*. *Quality Life Research*, 17, 267-273.
- Toral, N., & Slater, B. (2007). *Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar*. *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, n. 6, vol.12.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. (2000). *Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: intervenção privilegiada em psicologia da saúde*. *Análise Psicológica*, 1(XVII), 3-14.
- Vaz Serra, A., & Pio da Costa Abreu, J. (1973). *Aferição dos quadros clínicos depressivos: I.-Ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos*. *Separata de Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Veiga, F. (1996). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa: Fim de Século edições (2ª edição).
- Ware J. E., Sherbourne C. D. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection*. *Medical Care*, 30:473-83.
- Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. (1993). *SF-36 Health survey: Manual & interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D. (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual*. Boston, MA: The Health Institute.

- Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2001). *Home visiting procedures for helping families* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Waters E, Sroufe LA. *Social competence as a developmental construct*. Dev Rev 1983; 3:79–97.
- WHO (1996). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva, World Health Organization.
- Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Bennett, D. A., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2004). Depressive symptoms and cognitive decline in a community. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 75, 126-129.
- Wolman, B. B. (1965). *Handbook of clinical psychology* (pp. 125-140). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Woolfe, R., Dryden, W., Strawbridge, S. (2003). *Handbook of Counselling Psychology*. London: Sage Publications.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2013). *Psychoeducation for schizophrenia*. Cochrane schizophrenia group.
doi:10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice - Aspectos Biopsicossociais*. São Paulo: ArtMed.

Anexos

Anexo A

Protocolo de Consentimento Informado

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

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

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

Nome _____

Assinatura _____

Data ___/___/___

Anexo B

JUNTA DE FREGUESIA DE ALCANTARA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

MESES DE SETEMBRO – NOVEMBRO 2014

Técnicos Responsáveis:

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

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

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

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

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

Termino o período de observação, com a perspectiva clara sobre a disponibilidade e motivação por parte dos habitantes, a equipa de estagiárias de Psicologia Clínica compromete-se a transmitir toda a informação recolhida através do questionário “SF-36 v2 - MOS Short Form Health Survey – 36

Item (version 1) ”. Permite medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença, monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

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

Anexo C



Programa de Intervenção: Combater a Solidão

Estagiárias de Psicologia Clínica:

Ana Martins nº11052201

Rita Santos nº 11038008

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

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

- Verificar se a implementação do programa produz alterações no grupo participante em relação aos sentimentos de solidão e qualidade de vida.

- Perceber a importância do processo de auto monitorização neste tipo de intervenção, quer pelos resultados obtidos nas folhas de registo quer pela opinião dos idosos.
- Perceber a importância deste tipo de intervenção, quer pela opinião dos idosos, quer pelos resultados obtidos no questionário de qualidade de vida.

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

Com uma amostra significativa de utentes no Pró-Alcântara, prevê-se a aplicação deste programa num prazo de dois meses, com duas sessões de 60 a 90 minutos por semana. As sessões decorreram à terça-feira das 14h às 16h e à quinta-feira das 10h30 às 11h30, na sala de convívio do Pró-Alcântara. Cada sessão foi preparada com atividades que

incidiram essencialmente na estimulação cognitiva, social, emocional e física. As sessões do programa de competências pessoais e sociais foram dispostas em módulos com temáticas diferentes: Módulo Cognitivo (duas sessões), Módulo Social (três sessões) e Módulo Emocional (três sessões).

Tabela 7 - Apresentação dos objetivos dos módulos

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

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

Sessão 1

Atividade – Psicomotricidade

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

Sessão 2

Atividade 1 - Jogo de Apresentação

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

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

Lista de provérbios:

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

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

- Motivos pelos quais esta no grupo,

- Contributos concretos que desejaria que o grupo lhe desse ao longo de um determinado período de tempo,
- Aspectos que mais valoriza nas pessoas,
- Aquilo que atualmente mais o preocupa,
- Os contributos que esta disposta a dar.

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

Atividade 2 – Memória: balão ou caixa de ferramentas

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

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

Desenvolvimento: depois de explicado o objetivo da sessão, o animador diz: “a memória pode ser entendida de duas formas: como um balão. Nesta perspetiva, o balão vai perdendo ar, assim como a memória vai enfraquecendo. Consequentemente, o funcionamento da memória vai, inevitavelmente, piorar com a idade e não há nada a fazer para impedir este facto. Na outra perspetiva, a memória é concebida como uma caixa de ferramentas. Nesta conceção, a memória pode melhorar desde que estejamos disposto a fazer um esforço para utilizar estratégias e instrumentos que nos possam ajudar a treinar e prevenir o declínio da memória”. Os participantes dividem-se de acordo com as suas atitudes para com a memória e vão para junto da imagem correspondente a “memória balão” ou a “memória caixa de ferramentas”. De seguida, cada um explica os motivos da sua opção. Finalmente, cada grupo, balão ou caixa de ferramentas, tenta convencer os

elementos do grupo contrário de que a sua perspectiva é a correta. Finaliza-se o exercício, esclarecendo eventuais dúvidas sobre a memória.

| |
|----------|
| Sessão 2 |
|----------|

Atividade 1 – Jogar com as palavras

Objetivo: estimular a memória, comunicação verbal e integração dentro do grupo.

Incentivar o pensamento e o raciocínio lógico.

Material: nenhum.

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

Atividade 2 – Biografia de acontecimentos positivos

Objetivo: Estimulação e manutenção cognitiva: memória a longo prazo

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

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

Sessão 3

Atividade 1 – A teia de aranha

Objetivo: Facilitar o início do conhecimento interpessoal num grupo, contribuindo para quebrar constrangimentos e resistências habituais à interação quando se começa a trabalhar com um grupo constituído por membros que não se conhecem entre si.

Representar fisicamente o sentido de unidade e de coesão entre os membros do grupo.

Facilitar a expressão de sentimentos.

Material: novelo de lã.

Desenvolvimento: Pedir aos participantes para formarem uma roda (em pé ou sentados em cadeiras ou no chão). Com o novelo da mão o monitor diz que se vai apresentar ao grupo (nome e uma característica pessoal ou alguma circunstância que considera pertinente) e, que de seguida irá atirar o novelo a outro participante (ficando com a ponta do cordel segura na sua mão ou noutra parte do corpo) que deverá apresentar-se igualmente ao grupo e atirar o novelo a outro membro (devendo, também, ficar a segurar o cordel na mão) assim sucessivamente até que todos os participantes se apresentem. Se o grupo já se conhecer poderá dizer o nome da pessoa a quem vai passar o novelo e uma qualidade ou algo positivo de que goste ou que aprecie nessa pessoa. Entretanto, sem se soltarem, podem fazer-se observações sobre a imagem plástica que representa a “teia de aranha”. Seguidamente repete-se o processo ao contrário: o último a receber o novelo devolve-o ao anterior, indicando o seu nome, e assim sucessivamente até que o novelo (todo enrolado) volte de novo ao monitor. No fim, cada um deverá refletir sobre a dinâmica, e partilhar com o grupo como se sentiu sobre o que os outros lhe disseram.

Atividade 2 - O primeiro passo

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

Material: nenhum.

Desenvolvimento: na roda, os sujeitos viram-se para o lado, de maneira a formarem pares. Sentados dois a dois, é-lhes sugerido que conversem sobre os relacionamentos interpessoais e sobre as atividades de tempos livres que lhes dão gosto e são positivas e que não fazem por um motivo ou outro. Estas atividades podem ser acessíveis como dar um passeio todas as noites, serem mais simpáticas ou jogar as cartas ou, mais complexas, como fazer uma viagem ou pintar um quadro. Cada par deve escolher uma atividade para cada elemento do par, mas que seja viável. Depois, cada membro, por sua vez, levanta-se e dá o primeiro passo. Deve dá-lo simbolicamente ou, caso seja possível, realizar a primeira tarefa para a realização da atividade. Por exemplo, se o objetivo da dona Dora e fazer um passeio todos os dias, pode andar um pouco pela sala. Se objetivo da senhora Sra. Maria for fomentar novas amizades, pode levantar-se e ir falar com alguém do grupo com o qual desejaria ter um contacto mais próximo. Cada realização (cada passo) levado a cabo pelos elementos do grupo deve ser reforçado pelos demais.

| |
|----------|
| Sessão 4 |
|----------|

Atividade 1 - Roda com novelo: Os quatro elementos

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

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

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

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

| |
|----------|
| Sessão 5 |
|----------|

Atividade 1 - Círculos para partilhar

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

Material: depende do tema a debater.

Desenvolvimento: as pessoas dispõem-se em círculo. O monitor introduz o tema do dia (já anunciado na sessão anterior) e explica ou revê a ideia geral das atividades destinadas a partilhar. Em seguida, dá a cada um a oportunidade de acrescentar algo, ora seguindo o sentido do círculo, ora cada um falando quando quiser. Pode estipular-se um limite de tempo por intervenção, ainda que convenha tentar que a comunicação seja o mais fluido e flexível possível. Trata-se essencialmente de uma sessão de conversação. Esta discussão será devidamente agendada com os idosos para que estes possam pensar sobre o tema em casa e até podem informar-se sobre o mesmo. O tema ou temas a discutir também poderão ser escolhidos previamente pelos participantes do grupo, assim, será mais fácil envolvê-los e impedir que tenham um papel passivo nesta atividade. Após o tema ter sido escolhido, pode-se procurar, por exemplo, um artigo sobre o assunto, ou preparar um texto e expô-lo aos idosos para que estes possam discutir o assunto e ouvir as opiniões dos participantes individuais, aproveitando para criar um ambiente recreativo, relaxado. Num contexto de partilha pessoal, seguem-se dois exemplos de tema que pode-se usar nesta atividade:

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

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

| |
|----------|
| Sessão 6 |
|----------|

Atividade 1 - Jogo das Cores

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

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

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

Atividade 2 - Roda positiva

Objetivo: aumentar o pensamento positivo, agradecer.

Material: nenhum.

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

Sessão 7

Atividade 1 - Como saio da cama de manhã

Objetivos: mudar, refletir sobre o que nos motiva.

Material: nenhum.

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

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

Sessão 8

Atividade 1 - Qualidades

Objetivos: Favorecer o conhecimento interpessoal num grupo, contribuindo para quebrar constrangimentos e resistências habituais a interação do grupo; favorecer o pensamento positivo; fomentar a autoestima de uma forma lúdica; e provocar uma situação grupal positiva.

Material: folhas de papel e esferográficas

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

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

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

Anexo D

FOLHA DE SUMÁRIOS

Designação do Programa: Promoção de Competências Pessoais e Sociais

Nome da Sessão:

Nome das Formadoras:

Local: Pró Alcântara

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

Anexo E

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

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 corretamente repetida)

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

Pera _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. 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 correta.)

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

Pera _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

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: _____

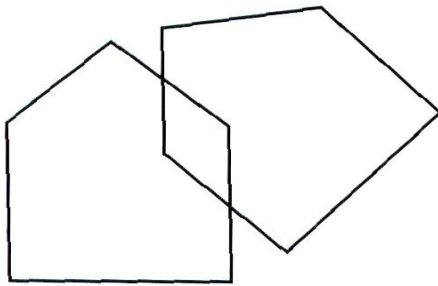
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

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

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

| | | | | |
|------------|----------------|----------|---------------|------------|
| Ótima 1 | Muito boa 2 | Boa 3 | Razoável 4 | Fraca 5 |
|------------|----------------|----------|---------------|------------|

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

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

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

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

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

| | Sempre | A maior parte do tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|--|--------|------------------------|-------------|-------------|-------|
| a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades | 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 atividades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (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 atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

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

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

| Absolutamente nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Imenso |
|--------------------|-------|---------------|----------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

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

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

| Absolutamente nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Imenso |
|--------------------|-------|---------------|----------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

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

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

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

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

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

Inventário Depressivo de Beck

Instruções:

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

1.

0 Não me sinto triste.

1 Eu sinto-me triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu sinto-me desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver são fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4.

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5.

0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu sinto-me culpado às vezes.

2 Eu sinto-me culpado na maior parte do tempo.

3 Eu sinto-me sempre culpado.

6.

0 Não acho que esteja a ser punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou a ser punido.

7.

0 Não me sinto dececionado comigo mesmo.

1 Estou dececionado comigo mesmo.

2 Sinto nojo de mim.

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido às minhas fraquezas ou erros.

2 Eu culpo-me sempre pelas minhas falhas.

3 Eu culpo-me por tudo de mal que acontece.

9.

0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu matava-me se tivesse oportunidade.

10.

0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente sinto-me irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo tomar decisões.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me com a minha aparência mais velha.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15.

0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem quanto é hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que é hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.

0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

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

20.

0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

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

| | | | | | |
|-----------|-------|------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | | | | Exercícios de musculação dos membros inferiores e superiores em posição sentada e com bola. Realização de exercícios de musculação simples, em pé com auxílio da cadeira. | Cadeiras |
| 6 | 26/03 | Psicomotricidade | Motricidade | Continuação dos exercícios realizados na sessão anterior com elevada dificuldade. | Música Bola Cadeiras |
| 7 | 31/03 | Módulo Cognitivo | Biografia de acontecimentos positivos | Estimulação e manutenção cognitiva: memória a longo prazo. | Cartolina Marcadores |
| 8 | 02/04 | Psicomotricidade | Obstáculos | Realização de exercícios de marcha com obstáculos. | Cadeiras |
| 9 | 07/04 | Módulo Social | Círculo para partilhar | Trabalhar a capacidade de expressão; partilhar ideias, sentimentos e experiências; apoiar, manter e estimular a comunicação entre os idosos; desenvolver a capacidade de escuta e atenção; criar confiança no grupo; e favorecer o conhecimento mútuo. | Depende do tema a debater: profissões |
| 10 | 09/04 | Psicomotricidade | Motricidade | Realização de exercícios maioritariamente de marcha com dificuldade acrescida. | Cadeiras |
| 11 | 16/04 | Psicomotricidade | Motricidade | Continuação dos exercícios realizados na sessão anterior. | |

| | | | | | |
|----|-------|------------------|--|--|---|
| 12 | 21/04 | Módulo Emocional | Jogo das Cores | Conhecer melhor os outros; mostrar as semelhanças e dissemelhanças existentes entre as pessoas; permitir uma primeira abordagem às emoções; e possibilitar uma forma lúdica de falar sobre como se sentem. | Papeis coloridos ou papel branco Canetas coloridas |
| | | | Roda positiva | Aumentar o pensamento positivo e agradecer | |
| | | Psicomotricidade | Motricidade fina | Recurso dos papéis coloridos da atividade “Jogo das Cores” com o objetivo de promover a criatividade, motivação, sentimento de inclusão, sentimento de partilha e treino de motricidade fina | Papéis coloridos Tesouras Cola |
| 13 | 30/04 | Psicomotricidade | Motricidade | Inclusão de exercícios de memória com a motricidade. | Cadeiras Bolas |
| 14 | 05/05 | Módulo Social | Apresentação de novos membros Roda com novelo – Os quatro elementos | Inclusão de novos membros no grupo Habilitar os reflexos físicos para pegar a bola, e mentais para responder à pergunta. Melhorar a coordenação do movimento e do pensamento ao trabalhar o aspeto cognitivo dos participantes. Trabalhar/recordar (através da repetição) o nome dos participantes. Proporcionar um momento lúdico. | |
| | | Módulo Emocional | Como saio da cama de manhã | Promoção de debate sobre as dificuldades de mudança. Reflexão entre motivação-plasticidade cerebral-mudança. | |

| | | | | | |
|-----------|-------|------------------|--------------|---|-----------------------------------|
| 15 | 07/05 | Psicomotricidade | Motricidade | Realização de circuitos de diferentes tipos de marchas. | Cadeiras |
| 16 | 12/05 | Módulo Emocional | Qualidades | Favorecer o conhecimento interpessoal num grupo; favorecer o pensamento positivo; fomentar a autoestima de uma forma lúdica; provocar uma situação grupal positiva. | Folhas de papel Esferográficas |
| 17 | 14/05 | Psicomotricidade | | | |
| 18 | 19/05 | | Encerramento | Despedida e entrega e um postal representativo das metas atingidas ao longo do programa | |

Questionário de auto-avaliação para Jovens (YSR)

Achenbach & Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991. Versão Portuguesa: Fonseca e col., 1999.

Instruções: Preenche este questionário de acordo com a opinião que tens de ti próprio, mesmo que as outras pessoas não estejam de acordo com a tua opinião. Podes ainda fazer comentários adicionais ao lado de cada questão. Se tiveres alguma dúvida, não hesites em colocá-la.

| I. Por favor enumera os desportos que mais gostas de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc. | Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? | | | Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um? | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | Menos que a média | Dentro da média | Mais que a média | Pior que a média | Dentro da média | Melhor que a média |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | | | | | | |
| a. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| II. Por favor enumera os teus passatempos, actividades e jogos favoritos que não sejam desportos. Por ex. Cartas, livros, piano, artesanato, automóveis, etc. (não incluas a televisão) | Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um? | | | Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um? | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | Menos que a média | Dentro da média | Mais que a média | Pior que a média | Dentro da média | Melhor que a média |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | | | | | | |
| a. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI: Comparado com os outros jovens da tua idade, como é que:

- | | Bem | Mais/Menos | Mal | Não tenho irmãos |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Te dás com os teus irmãos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Te dás com os jovens da tua idade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Te dás com os teus pais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Fazes as tuas coisas ou tarefas sozinho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VII. Aproveitamento escolar actual

Não estou a ir à escola porque

| | Muito insatisfatório | Abaixo da média | Médio | Acima da média |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Português | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| História ou Estudos Sociais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matemática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ciências | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tens alguma doença mental? Não Sim – Qual? _____

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 14. Choro muito. | | | | |
| 15. Sou muito honesto. | | | | |
| 16. Sou mau para os outros. | | | | |
| 17. Sonho bastante acordado. | | | | |
| 18. Já tentei deliberadamente ferir-me ou matar-me. | | | | |
| 19. Tento chamar a atenção sobre mim bastantes vezes. | | | | |
| 20. Destruo as minhas coisas. | | | | |
| 21. Destruo as coisas que pertencem aos outros. | | | | |
| 22. Desobedeço aos meus pais. | | | | |
| 23. Sou desobediente na escola. | | | | |
| 24. Não como tudo o que devia comer. | | | | |
| 25. Não me dou bem com os outros jovens. | | | | |
| 26. Não me sinto culpado depois de ter feito algo que não devia fazer. | | | | |
| 27. Sou ciumento. | | | | |
| 28. Gosto de ajudar os outros quando eles necessitam. | | | | |
| 29. Tenho medo de alguns animais, situações ou lugares (descreve) _____ | | | | |
| 30. Tenho medo de ir à escola. | | | | |
| 31. Tenho medo de pensar ou fazer algo mau. | | | | |
| 32. Penso que tenho de ser perfeito. | | | | |
| 33. Penso que ninguém gosta de mim. | | | | |
| 34. Penso que os outros me andam a perseguir. | | | | |
| 35. Sinto-me inferior ou sem valor. | | | | |
| 36. Tenho muitos acidentes ou ferimentos | | | | |
| 37. Entro em muitas brigas. | | | | |
| 38. Sou gozado ou arreliado muitas vezes. | | | | |
| 39. Costumo andar com companheiros que frequentemente estão metidos em problemas. | | | | |
| 40. Ouço sons e vozes que os outros não ouvem (descreve): | | | | |
| 41. Sou impulsivo, faço coisas sem pensar. | | | | |
| 42. Gosto mais de estar só do que estar acompanhado. | | | | |
| 43. Minto ou faço intrujices. | | | | |
| 44. Tenho o hábito de roer as unhas. | | | | |
| 45. Sou nervoso ou tenso. | | | | |
| 46. Tenho tiques ou movimentos nervosos (descreve): | | | | |
| 47. Tenho pesadelos. | | | | |
| 48. Os outros jovens não gostam de mim. | | | | |
| 49. Consigo fazer certas coisas melhor que a maioria dos jovens. | | | | |
| 50. Sou demasiado medroso ou ansioso. | | | | |
| 51. Sinto tonturas. | | | | |
| 52. Sinto-me muito culpado. | | | | |
| 53. Como em demasia. | | | | |
| 54. Sinto-me muito cansado. | | | | |
| 55. Tenho peso a mais. | | | | |
| 56. Tenho problemas físicos sem causa médica conhecida: | | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| a. Dores (sem ser de cabeça) b. Dores de cabeça c. Náuseas e enjoos d. Problemas com os olhos (descreve) _____ e. Problemas com a pele f. Dores de barriga g. Vômitos h. Outros (descreve) | | | |
| 57. Ataco fisicamente as outras pessoas. | | | |
| 58. Arranho com os dedos o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreve): | | | |
| 59. Sou capaz de ser muito amigo. | | | |
| 60. Gosto de experimentar coisas novas. | | | |
| 61. O meu rendimento escolar é fraco. | | | |
| 62. Sou desajeitado ou tenho má coordenação. | | | |
| 63. Prefiro estar com os companheiros mais velhos do que com os da minha idade. | | | |
| 64. Prefiro estar com os companheiros mais novos do que com os da minha idade. | | | |
| 65. Recuso-me a falar. | | | |
| 66. Repito várias vezes certos comportamentos (descreve): | | | |
| 67. Fujo de casa. | | | |
| 68. Grito muito. | | | |
| 69. Costumo ter segredos ou guardar as coisas para mim. | | | |
| 70. Vejo coisas que mais ninguém vê (descreve): | | | |
| 71. Sinto-me facilmente embaraçado ou acanhado. | | | |
| 72. Ateio fogos. | | | |
| 73. Sou muito habilidoso com as mãos. | | | |
| 74. Gosto de dar nas vistas ou de me fazer engraçado. | | | |
| 75. Sou envergonhado ou tímido. | | | |
| 76. Durmo menos que a maioria dos outros jovens. | | | |
| 77. Durmo mais que a maioria dos outros jovens durante o dia e/ou durante a noite (descreve): | | | |
| 78. Tenho boa imaginação. | | | |
| 79. Tenho um problema na fala (descreve) | | | |
| 80. Luto pelos meus direitos. | | | |
| 81. Roubo coisas em casa. | | | |
| 82. Roubo coisas fora de casa. | | | |
| 83. Guardo coisas que não me fazem falta (descreve) | | | |
| 84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve) _____ | | | |
| 85. Tenho pensamentos que as outras pessoas acham estranhos (descreve) _____ | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 86. Sou atencioso. | | | | |
| 87. A minha disposição ou sentimentos mudam de repente. | | | | |
| 88. Gosto de estar com as outras pessoas. | | | | |
| 89. Sou desconfiado. | | | | |
| 90. Praguejo ou digo palavras obscenas. | | | | |
| 91. Penso em matar-me. | | | | |
| 92. Gosto de fazer os outros rir. | | | | |
| 93. Falo em demasia. | | | | |
| 94. Arrelio muito os outros. | | | | |
| 95. Tenho acessos de mau humor. | | | | |
| 96. Penso em demasia em sexo. | | | | |
| 97. Ameaço ferir as outras pessoas. | | | | |
| 98. Gosto de ajudar os outros. | | | | |
| 99. Preocupo-me em demasia com a arrumação ou limpeza. | | | | |
| 100. Tenho dificuldades no sono (descreve) | | | | |
| 101. Falto à escola. | | | | |
| 102. Não tenho muita energia. | | | | |
| 103. Sou infeliz, triste ou deprimido. | | | | |
| 104. Faço mais barulho que os outros. | | | | |
| 105. Utilizo álcool ou drogas sem finalidade médica (descreve) | | | | |
| 106. Tento ser justo com os outros. | | | | |
| 107. Gosto de anedotas. | | | | |
| 108. Gosto de levar a vida despreocupadamente. | | | | |
| 109. Tento ajudar os outros sempre que posso. | | | | |
| 110. Desejo ser do sexo oposto. | | | | |
| 111. Evito estar com outras pessoas. | | | | |
| 112. Preocupo-me em demasia. | | | | |

Podes escrever neste espaço algo mais que descreva os teus sentimentos, comportamentos ou interesses.

MENTE SÃ, CORPO SÃO

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



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

Gabriel García Márquez



Horário

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

Local

Instituição Particular
de Solidariedade Social
Pró Alcântara

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

Anexo K

**“Nada é impossível
para um coração cheio de vontade”**



Anexo L

VENDA DE NATAL
PRO-ALCANTARA

UMA PRENDA PARA OS SEUS, UMA AJUDA PARA OS OUTROS

SÁBADO, 29 NOVEMBRO
10:00 - 21:00

CAPAS DE LIVROS
PULSEIRAS
BOLSAS EM TECIDO
CACHECOIS

E MUITO MAIS ...

MAIS INFORMAÇÕES 934 773 124
RUA FILINTO ELISIO 18B, 1300-247 LISBOA

PARCEIRO  MIMOS

Anexo M



Psicologia Clínica em Instituição Particular de Solidariedade Social



Ana Rita Santos, Ana Filipa Martins, António Rebelo, Tília Cabrita e Tânia Gaspar
Universidade Lusíada de Lisboa

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



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

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

Aprofundadamente, em resposta a pedidos expressos pela associação ou pelos utentes, foram conduzidas sessões de psicoterapia de apoio, uma intervenção dinâmica e limitada no tempo com objetivos definidos em conjunto com o cliente na procura de um equilíbrio psicológico e afetivo. A nível da intervenção comunitária trabalhou-se um programa de competência pessoal e social ao qual se integrou a componente psicomotora. Portanto foram constituídas sessões em grupo respeitando diferentes módulos: cognitivo, social, emocional e psicomotor. No âmbito do cognitivo pretendeu-se manter e melhorar as capacidades mentais, através de estimulação de processos cognitivos básicos, nomeadamente a memória, a linguagem, a evocação, a atenção e a orientação. No social procurou-se desenvolver a capacidade de comunicação e de relação com os outros, facilitando a convivência e o sentimento de pertença a um grupo, permitindo a troca de opiniões, ideias e sugestões.



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



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

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

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

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



Anexo N

DIÁRIO DE BORDO

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------------------------|---|---|--|
| 16/09 | 14:00 – 16:00 | Pró-Alcântara | Reunião de apresentação | Apresentação das estagiárias Definição do horário de estágio Apresentação do local de estágio | Presidente do Pró-Alcântara Estagiárias de psicologia clínica |
| | 14:00 – 16:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Integração no local de estágio | Estagiárias de psicologia Utentes do Pró-Alcântara |
| 22/09 | 14:00 – 18:00 | Junta de freguesia de Alcântara | Reunião de estágio | Apresentação da equipa e locais de intervenção Descrição das tarefas e objetivos previstos para as estagiárias Definição do horário de estágio | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Vogal e assistentes sociais da Junta de freguesia de Alcântara |
| 23/09 | 09:30 – 13:00 | Junta de freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Rua José Dias Coelho | Sinalização de situações de isolamento Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis Sinalização e acompanhamento de casos | Estagiária de psicologia Assistente social |
| 24/09 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Integração no local de estágio Levantamento das necessidades dos utentes | Estagiária de psicologia Utentes do Pró-Alcântara |
| 25/09 | 09:30 – 13:00 | Junta de freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Rua e Travessa do Giestal | Sinalização de situações de isolamento Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis Sinalização e acompanhamento de casos | Estagiária de psicologia Assistente social |
| 26/09 | 09:30 – 13:30 | Pró-Alcântara | Reunião no posto de saúde de Alcântara Início do acompanhamento psicológico ao domicílio | Criação de um protocolo para sinalização de idosos isolados Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Funcionária do Pró-Alcântara Estagiária de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|-------------------------------------|--|---|--|
| 29/09 | 17:00 – 18:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Reunião de estágio | Definição do horário de estágio e objetivos de trabalho para Outubro | Estagiárias de psicologia Vogal e assistentes sociais da Junta de freguesia de Alcântara Psicóloga forense |
| 30/09 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliare Rua da Cruz a Alcântara | Atualização de dados biográficos e sociais Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiária de psicologia Assistente social |
| | 14:00 – 17:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Integração no local de estágio Levantamento das necessidades dos utentes | Estagiárias de psicologia Utentes do Pró-Alcântara |
| 01/10 | 09:30 – 16:00 | Pró-Alcântara | Execução e entrega de flores com atributos sobre ser idoso no Dia do Idoso | Envolvente lúdica que objetiva a inclusão social e a partilha de sentimentos Reflexão sobre os atributos Promoção do pensamento positivo e motivação | Estagiárias de psicologia Funcionárias e voluntários da Pró-Alcântara |
| | 19:00 – 23:30 | Instalações municipais em Alcântara | Jantar comunitário | Auxilio a cidadãos da freguesia com dificuldade económicas e sociais Momento de partilha e convívio | Empresa Serve The City Voluntários Estagiárias de psicologia Funcionários da associação Pro-Alcântara |
| 02/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliare Rua da Cruz a Alcântara | Atualização de dados biográficos e sociais Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia Assistente social Voluntária do Pró-Alcântara |
| 03/10 | 14:00 – 15:30 | Junta de Freguesia de Alcântara | Reunião de estágio | Debate sobre o estudo psicológico da população de Alcântara com recurso a um questionário nas visitas domiciliare Deliberação sobre a apresentação dos resultados num relatório bimensal final | Estagiárias de psicologia Vogal e assistentes sociais da Junta de freguesia de Alcântara Psicóloga forense |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------------------------|--|--|---|
| 06/10 | 10:00 – 13:00 | Alkajuda | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas Sinalização e acompanhamento de casos | Estagiária de psicologia Coordenadora do Alkajuda |
| 07/10 | 09:30 – 15:30 | Pró-Alcântara | Intervenção em emergência | Resolução de problemas (choque emocional e alterações do comportamento) que obrigaram a uma resposta imediata e exigente | Estagiárias de psicologia Vice-presidente do Pró-Alcântara Funcionária e utentes do Pró-Alcântara |
| 08/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Grupo de Entreatajuda na Procura de Emprego | Apoiar desempregados no seu processo de reintegração laboral | Estagiária de psicologia |
| 09/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliars Rua Aliança Operária | Atualização de dados biográficos e sociais Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia Assistente social |
| 10/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliars Travessa do Sebeiro Rua da Cruz Rua do Alvito | Atualização de dados biográficos e sociais Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia Assistentes sociais Psicóloga forense |
| 13/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Atendimento | Diagnóstico social para a resolução das problemáticas Definição de estratégias para a promoção da integração social e autonomia | Estagiária de psicologia Assistente social |
| 14/10 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiária de psicologia |
| 15/10 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Investigação | Pesquisa de instrumentos de avaliação psicossocial no âmbito do estudo psicológico da população de Alcântara | Estagiária de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------------------------|---|--|---|
| 16/10 | 09:30 – 13:30 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Calçada da Boa-Hora | Atualização de dados biográficos e sociais Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia Assistente social |
| 17/10 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiária de psicologia |
| 20/10 | 10:00 – 13:00 | Alkajuda | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas | Estagiária de psicologia Coordenadora do Alkajuda |
| 21/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Travessa Conde da Ribeira | Atualização de dados biográficos e sociais Inclusão na instituição circunjacente Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiária de psicologia Assistente social Estagiária de serviço social |
| 22/10 | 10:00 – 13:00 | Alkajuda | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas | Estagiária de psicologia Coordenadora do Alkajuda |
| 23/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Travessa Conde da Ribeira | Atualização de dados biográficos e sociais Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia |
| 24/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Rua Artur Lamas | Atualização de dados biográficos e sociais Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia |
| 25/10 | 09:00 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Campanha solidária para o cabaz de Natal | Apelar à cooperação dos residentes de Alcântara para a doação de géneros alimentares a serem distribuídos por famílias carenciadas | Estagiárias de psicologia Funcionários da Junta de freguesia de Alcântara Voluntários |
| 27/10 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|-------------------------------------|---|--|--|
| 28/10 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiária de psicologia |
| 29/10 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| | 19:00 – 23:30 | Instalações municipais em Alcântara | Jantar Comunitário | Auxílio a cidadãos da freguesia com dificuldade económicas e sociais Momento de partilha e convívio | Empresa Serve The City Voluntários Estagiárias de psicologia Funcionários da associação Pro-Alcântara |
| 30/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Bairro do Alvito | Atualização de dados biográficos e sociais Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia |
| 31/10 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Bairro do Alvito | Atualização de dados biográficos e sociais Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia Assistente social da Junta de Freguesia de Alcântara Estagiária temporária de serviço social |
| | 13:00 – 15:00 | Pró-Alcântara | Almoço de Halloween | Convívio e partilha entre os membros do Pró-Alcântara e os utentes Incentivo do sentimento positivo | Estagiárias de psicologia Funcionária e voluntários da Pró-Alcântara |
| 04/11 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Elaboração do programa de atividades Pesquisa relacionada com o programa | Estruturação de uma proposta do programa de promoção de competências pessoais e sociais a apresentar na reunião Pesquisa de programas anteriormente aplicados e respetiva avaliação | Estagiárias de psicologia |
| 05/11 | 10:00 – 14:00 | Alkajuda | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas | Estagiária de psicologia Estagiário temporário de serviço social Representante da associação Alkajuda |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------------------------|---|--|--|
| 06/11 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Rua do Alvito | Atualização de dados biográficos e sociais Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia |
| 07/11 | 09:30 – 12:00 | Pró-Alcântara | Elaboração do programa de atividades Pesquisa relacionada com o programa | Estruturação de uma proposta do programa de promoção de competências pessoais e sociais a apresentar na reunião Pesquisa de programas anteriormente aplicados e respetiva avaliação | Estagiárias de psicologia |
| | 12:00 – 13:30 | Junta de Freguesia de Alcântara | Reunião de estágio | Definição dos termos de entrega do relatório bimensal das visitas domiciliares Apresentação do programa de promoção de competências pessoais e sociais | Estagiárias de psicologia Vogal e assistentes sociais da Junta de freguesia de Alcântara Psicóloga forense |
| 10/11 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Preparativo para o São Martinho Cabazes alimentares | Preparação e confeção de iguarias tradicionais do dia de São Martinho para os utentes Distribuição de cabazes alimentares por famílias referenciadas no Pró-Alcântara | Estagiária de psicologia Funcionário do Pró-Alcântara |
| 11/11 | 09:30 – 15:30 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio Almoço de São Martinho | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo Convívio no âmbito das festividades do dia de São Martinho | Estagiárias de psicologia |
| 12/11 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 13/11 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Atualização de dados | Inserção de elementos recolhidos nas visitas domiciliares com o propósito de atualizar a base de dados de Serviço Social | Estagiária de psicologia Assistente social |
| | 19:00 – 20:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Orientação de estágio | Acompanhamento da estagiária nas diferentes atividades desenvolvidas no local de estágio | Estagiárias de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------------------------|---|---|---|
| 17/11 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Coordenação de atividades | Organização dos cabazes alimentares a serem distribuídos por famílias carenciadas Preparativos para a venda de Natal | Estagiária de psicologia Voluntários Utentes do Pró-Alcântara |
| | 18:30 – 20:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Orientação de estágio | Acompanhamento da estagiária nas diferentes atividades desenvolvidas no local de estágio | Estagiárias de psicologia |
| 18/11 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia Funcionária |
| 20/11 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Atualização de dados | Inserção de elementos recolhidos nas visitas domiciliárias com o propósito de atualizar a base de dados de Serviço Social | Estagiárias de psicologia Assistente social Estagiárias de serviço social |
| 21/11 | 10:00 – 13:00 | Alkajuda | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas | Estagiária de psicologia Coordenadora do Alkajuda |
| 24/11 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio Trabalhos manuais | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo Preparativos para a venda de Natal | Estagiárias de psicologia |
| | 18:30 – 20:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Orientação de estágio | Acompanhamento da estagiária nas diferentes atividades desenvolvidas no local de estágio | Estagiárias de psicologia |
| 25/11 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 27/11 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliárias Rua do Cruzeiro Rua Artur Lamas | Atualização de dados biográficos e sociais Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------------------------|--|--|---|
| 28/11 | 10:00 – 12:30 | Alkajuda | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas | Estagiária de psicologia |
| | 12:30 – 14:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Reunião de estágio | Entrega do relatório bimensal das visitas domiciliares Estabelecimento de objetivos futuros | Estagiárias de psicologia Vogal e assistentes sociais da Junta de freguesia de Alcântara |
| 29/11 | 09:30 – 21:00 | Pró-Alcântara | Venda de Natal | Promoção do sentimento de pertença nos utentes Convívio entre membros da Pró-Alcântara Visibilidade da instituição na freguesia Angariação de fundos para a instituição | Estagiárias de psicologia Funcionária e voluntários do Pró-Alcântara |
| 01/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Posto de Saúde de Alcântara | Nova tentativa de criação de um protocolo para sinalização de idosos isolados | Estagiárias de psicologia Assistente social |
| 02/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio Visitas domiciliares | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo Apelo à reintegração de utentes inscritos no Pró-Alcântara | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara |
| 04/12 | 09:30 – 13:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Visitas domiciliares Rua Artur Lamas | Atualização de dados biográficos e sociais Mediação entre as necessidades da população e os serviços disponíveis | Estagiárias de psicologia |
| 05/12 | 10:00 – 13:00 | Alkajuda | Visitas ao domicílio da população integrada na instituição Alkajuda | Acompanhamento da população na solidão e isolamento social Resposta às necessidades diárias apresentadas | Estagiária de psicologia |
| 09/12 | 09:30 – 13:00 | Feira Mercado de Alcântara | Venda de peças produzidas pelos utentes e voluntários com materiais doados | Angariação de fundos para a associação Divulgação e integração da associação Pró-Alcântara na comunidade Sentimento de pertença dos utentes | Estagiárias de psicologia Funcionária e voluntários do Pró-Alcântara |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|--------------------------------|---|--|---|
| 11/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Delineação do programa de atividades | Cronograma do programa de promoção de competências pessoais Definição dos exercícios a realizar e material necessário | Estagiárias de psicologia |
| 12/12 | 11:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Reunião de estágio | Esclarecimento dos objetivos de estágio Delimitação da participação das estagiárias nas visitas domiciliares e na Junta de freguesia de Alcântara | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Vogal e assistente social da Junta de freguesia |
| 15/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| | 18:30 – 20:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Orientação de estágio | Acompanhamento da estagiária nas diferentes atividades desenvolvidas no local de estágio | Estagiárias de psicologia |
| 16/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio Visitas domiciliares | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo Apelo à reintegração de utentes inscritos no Pró-Alcântara | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara |
| 17/12 | 13:00 – 16:00 | Pró-Alcântara | Almoço de Natal | Convívio e partilha entre os membros do Pró-Alcântara e os utentes Incentivo do sentimento positivo | Estagiárias de psicologia Funcionária e voluntários do pró-Alcântara |
| 22/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 23/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |
| 29/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|--------------------------------|---|--|--|
| 30/12 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |
| 05/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 06/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |
| 08/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 12/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Visitas domiciliarias | Apelo à reintegração de utentes inscritos no Pró-Alcântara | Estagiária de psicologia Assistente social do Pró-Alcântara |
| 15/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 19/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Visitas domiciliarias | Apelo à reintegração de utentes inscritos no Pró-Alcântara | Estagiária de psicologia Assistente social do Pró-Alcântara |
| | 18:30 – 20:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Orientação de estágio | Acompanhamento da estagiária nas diferentes atividades desenvolvidas no local de estágio | Estagiárias de psicologia |
| 20/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Cartaz científico | Elaboração do texto para o cartaz científico a apresentar no congresso | Estagiárias de psicologia |
| 22/01 | 09:30 – 14:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |
| 26/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------------------------|--|---|---|
| 27/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |
| 29/01 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 02/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |
| 03/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Pesquisa para os estudos de caso | Recolha de informação que sustente as hipóteses formuladas nos casos de acompanhamento psicológico | Estagiárias de psicologia |
| 05/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Reunião de estágio | Definição de objetivos de trabalho Resolução da problemática sobre as visitas domiciliárias | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Vogal de Junta de freguesia de Alcântara |
| 09/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Organização do programa de atividades | Análise dos exercícios a implementar em consonância com as dificuldades dos utentes e os objetivos propostos | Estagiárias de psicologia |
| 10/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal Organização do programa de atividades | Análise dos exercícios a implementar em consonância com as dificuldades dos utentes e os objetivos propostos | Estagiárias de psicologia |
| 11/02 | 15:30 – 20:00 | Junta de Freguesia de Alcântara | Formação Psicologia do Luto | Adquirir competências adequadas à intervenção no luto Compreender a importância da intervenção psicológica no luto | Estagiárias de psicologia Junta de Freguesia de Alcântara Instituições pertencentes à freguesia |
| 12/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |

| | | | | | |
|-------|---------------|--------------------------------|--|---|---|
| | | | Organização do programa de atividades | Análise dos exercícios a implementar em consonância com as dificuldades dos utentes e os objetivos propostos | |
| 16/02 | 10:00 – 13:00 | Alkajuda | Observação de atividades | Análise dos exercícios realizados com a população idosa do Alkajuda | Estagiárias de psicologia Coordenadora do Alkajuda |
| 19/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 23/02 | 10:00 – 13:00 | Alkajuda | Observação de atividades | Análise dos exercícios realizados com a população idosa do Alkajuda | Estagiárias de psicologia Coordenadora do Alkajuda |
| | 18:30 – 20:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Orientação de estágio | Acompanhamento da estagiária nas diferentes atividades desenvolvidas no local de estágio | Estagiárias de psicologia |
| 24/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Organização do programa de atividades | Pesquisa de testes que avaliem o programa de promoção de competências e a satisfação dos utentes com os exercícios realizados | Estagiárias de psicologia |
| 25/02 | 09:00 – 18:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Congresso de Psicogerontologia | Debate entre profissionais da psicologia, psiquiatria, gerontologia, geriatria, medicina e serviço social na definição de conceitos e nas suas implicações para as práticas pessoais, interpessoais, profissionais e sociais dos participantes. | Estagiárias de psicologia Comunidade científica |
| 26/02 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio Organização do programa de atividades | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo Análise dos exercícios a implementar em consonância com as dificuldades dos utentes e os objetivos propostos | Estagiárias de psicologia |
| 02/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Organização do novo espaço para a inauguração e início das atividades | Estagiárias de psicologia Funcionária do Pró-Alcântara |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|--------------------------------|--|--|---|
| 03/03 | 09:30 – 18:00 | Pró-Alcântara | Lanche inaugural Apresentação do programa aos utentes | Inauguração das novas instalações através da realização de um lanche que promoveu o convívio e a partilha entre os membros do Pró-Alcântara Apresentação e esclarecimento de dúvidas sobre o programa de competências exposto no cartaz <i>Mente sã, Corpo sã</i> | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Membros da Junta de freguesia de Alcântara Funcionários e voluntários do Pró-Alcântara |
| 05/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 06/03 | 11:00 – 12:30 | Alkajuda | Reunião | Pedido de colaboração no programa de competências instituído com os jovens integrados no Alkajuda Solicitação para o acompanhamento de dois casos referenciados pelas coordenadoras | Estagiárias de psicologia Coordenadoras do Alkajuda |
| | 12:30 – 13:30 | Pró-Alcântara | Reunião de estágio | Definição de objetivos de trabalho Definição do novo horário para as visitas domiciliárias do Pró-Alcântara | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Vogal de Junta de freguesia de Alcântara |
| 09/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| | 18:30 – 20:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Orientação de estágio | Acompanhamento da estagiária nas diferentes atividades desenvolvidas no local de estágio | Estagiárias de psicologia |
| 10/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Visitas domiciliárias | Apelo à reintegração de utentes inscritos no Pró-Alcântara | Estagiária de psicologia Assistente social da Junta de freguesia de Alcântara |

| | | | | | |
|-------|---------------|---------------|---|---|---------------------------|
| | 14:00 – 17:00 | | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 12/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 16:00 – 19:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 16/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Organização das fichas diárias do programa de competências | Estagiárias de psicologia |
| 17/03 | 14:00 – 17:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 19/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 16:00 – 19:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 23/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 26/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 16:00 – 19:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| | | | | | |

| Data | Hora | Local | Actividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------|---|---|--|
| 30/03 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Organização das fichas diárias do programa de competências | Estagiárias de psicologia |
| 31/03 | 14:00 – 17:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 02/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 06/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 07/04 | 14:00 – 17:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 09/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 16:00 – 19:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 10/04 | 12:30 – 13:30 | Pró-Alcântara | Reunião de estágio | Progresso das visitas domiciliares | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Vogal de Junta de freguesia de Alcântara |
| 13/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Organização das fichas diárias do programa de competências | Estagiárias de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|----------------|---------------|--------------------------------|---|---|--|
| 16/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 16:00 – 19:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 20/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Convívio informal | Organização das fichas diárias do programa de competências | Estagiárias de psicologia |
| 21/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Visitas domiciliare | Apelo à reintegração de utentes inscritos no Pró-Alcântara | Estagiária de psicologia Assistente social da Junta de freguesia de Alcântara |
| | 14:00 – 17:00 | | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 22/04 23/04 | 09:30 – 17:00 | Universidade Lusíada de Lisboa | Congresso de psicologia da criança e adolescente | | |
| 27/04 | 09:30 – 13:00 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 28/04 | 14:30 – 15:30 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 30/04 | 09:30 – 12:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 12:00 – 14:30 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade³ | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------|---|--|--|
| 05/05 | 14:30 – 17:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 07/05 | 09:30 – 12:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 12:00 – 14:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 08/05 | 12:00 – 14:00 | Pró-Alcântara | Reunião de estágio | Considerações finais sobre o estágio no Pró-Alcântara: aspetos positivos e negativos Síntese das atividades desenvolvidas no decurso do estágio | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Vogal da junta de freguesia de Alcântara |
| 12/05 | 14:30 – 17:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| 14/05 | 09:30 – 12:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |
| | 12:00 – 14:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 19/05 | 14:30 – 17:00 | Pró-Alcântara | Programa de promoção de competências pessoais e sociais | Diminuição das dificuldades cognitivas, emocionais, sociais e psicomotoras Criação de uma rede de suporte social e afetivo para os utentes | Estagiárias de psicologia |

| Data | Hora | Local | Atividade | Objetivo | Participantes |
|-------------|---------------|---------------|---|--|---|
| 25/05 | 10:30 – 11:30 | Pró-Alcântara | Acompanhamento psicológico ao domicílio | Apoio psicológico Promoção do bem-estar afetivo | Estagiárias de psicologia |
| 28/05 | 12:00 – 16:00 | Pró-Alcântara | Almoço comemorativo | Encerramento das atividades desenvolvidas ao longo do estágio Comemoração e despedida das estagiárias | Estagiárias de psicologia Presidente do Pró-Alcântara Utentes do Pró-Alcântara Vogal da Junta de freguesia de Alcântara Funcionária e voluntários |
| | 16:00 – 18:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 11/06 | 14:30 – 17:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 02/07 | 14:30 – 17:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |
| 23/07 | 14:30 – 17:00 | Alkajuda | Acompanhamento psicológico | Contribuição para o ajustamento psicológico e apoio psicológico | Estagiária de psicologia |