



Universidades Lusíada

Nogueira, Cátia Alexandra Breda, 1993-

Luto e depressão : intervenção psicológica

<http://hdl.handle.net/11067/2656>

Metadados

Data de Publicação	2017-01-11
Resumo	O relatório desenvolvido e apresentado retrata como decorreu o estágio académico na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, para a conclusão do percurso académico, nomeadamente do grau mestre em psicologia clínica. Será apresentada a caracterização da instituição e do público-alvo para uma melhor compreensão do vasto leque de valências e de faixas etárias existente no presente local. O enquadramento teórico realça o papel do psicológico e a sua ética na prática clínica, e ainda uma revisão de li...
Palavras Chave	Luto - Aspectos psicológicos, Depressão mental - Tratamento, Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-11-15T07:17:59Z 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

Luto e depressão: intervenção psicológica

Realizado por:

Cátia Alexandra Breda Nogueira

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientado por:

Mestre Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof.^a Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos

Relatório aprovado em:

6 de Dezembro de 2016

Lisboa

2016



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

Luto e depressão: intervenção psicológica

Cátia Alexandra Breda Nogueira

Lisboa

outubro 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Luto e depressão: intervenção psicológica

Cátia Alexandra Breda Nogueira

Lisboa

outubro 2016

Cátia Alexandra Breda Nogueira

Luto e depressão: intervenção psicológica

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

Orientadora de estágio: Mestre Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez

Lisboa

outubro 2016

Ficha Técnica

Autora	Cátia Alexandra Breda Nogueira
Coordenadora de mestrado	Prof. ^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Mestre Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez
Título	Luto e depressão: intervenção psicológica
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

NOGUEIRA, Cátia Alexandra Breda, 1993-

Luto e depressão : intervenção psicológica / Cátia Alexandra Breda Nogueira ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus Alvarez. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

II - ALVAREZ, Maria Teresa Andrade Cruz de Jesus, 1957-

III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Luto - Aspectos psicológicos
2. Depressão mental - Tratamento
3. Psicologia clínica - Prática profissional
4. Santa Casa da Misericórdia (Sesimbra, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Bereavement - Psychological aspects

2. Depression, Mental - Treatment

3. Clinical psychology - Practice

4. Santa Casa da Misericórdia (Sesimbra, Portugal) - Study and teaching (Internship)

5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC537.N64 2016

Agradecimentos

Ao longo do percurso académico surgiram momentos que despertaram diferentes emoções e sentimentos, e é nestes momentos que se realçam as pessoas que ensinam, esclarecem, apoiam e acreditam nas maiores conquistas. Agradeço com profunda emoção a quem fez parte deste percurso, nomeadamente:

À Professora Doutora Túlia Cabrita pela sua disponibilidade e esclarecimentos de dúvidas, bem como orientações na prática clínica, que se revelaram importantes. Obrigada pelo profissionalismo e dedicação!

À Professora Doutora Tânia Gaspar pelo seu desempenho na coordenação do curso de psicologia e nas oportunidades oferecidas ao longo do percurso académico. Agradeço o seu profissionalismo e dedicação enquanto professora e coordenadora do curso!

À Mestre Teresa Alvarez, orientadora do presente estágio, na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra pela oportunidade, pela confiança e pela orientação nesta etapa inicial da vida profissional como futura psicóloga clínica. Obrigada pelos seus ensinamentos e dedicação!

À Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra pela oportunidade e disponibilidade para este estágio, que resultou numa jornada de aprendizagem. Obrigada!

À família pela compreensão e pelo apoio. Obrigada aqueles que se demonstraram disponíveis, compreensíveis e que acreditaram que este momento seria possível!

Aqueles amigos que estiveram sempre presentes e que demonstraram apoio e compreensão nesta etapa. Obrigada por tudo!

Um profundo agradecimento a todos que se revelaram importantes!

Resumo

O relatório desenvolvido e apresentado retrata como decorreu o estágio académico na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, para a conclusão do percurso académico, nomeadamente do grau mestre em psicologia clínica. Será apresentada a caracterização da instituição e do público-alvo para uma melhor compreensão do vasto leque de valências e de faixas etárias existente no presente local. O enquadramento teórico realça o papel do psicológico e a sua ética na prática clínica, e ainda uma revisão de literatura sobre alguns modelos e perspetivas de compreensão psicológica. A psicoterapia de apoio, foi apresentada, como um modelo de orientação pela convergência de diferentes modelos e técnicas adequados às problemáticas do humor e do processo de luto, no desenvolvimento adulto e no envelhecimento. Dando sequência aos objetivos de estágio, é descrito no método e nos procedimentos as fases pelas quais este decorreu, assim como as atividades efetuadas ao longo do mesmo. Os estudos de caso, serão desenvolvidos com a respetiva apresentação do caso, motivo da consulta, provas psicológicas, resultados, sessões de todo o processo e, ainda uma discussão do acompanhamento psicológico, bem como as suas evoluções. Por último, o presente trabalho termina como uma conclusão e uma reflexão final subjacente ao estágio realizado.

Palavras-chave: psicologia clínica, luto, depressão, intervenção psicológica, contexto snoezelen.

Abstract

The following report presented academic stage developed at the Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, to complete the academic master's degree in clinical psychology course. The characterization of the institution and the target audience for a better understanding of different valences and existing age in this place will be displayed. The theoretical framework concerns the role of psychological and their ethics in clinical practice, and also a literature review on some models and perspectives of psychological understanding. The supportive psychotherapy, was presented as a model of guidance by the convergence of different models and techniques appropriate to the problems of humor and the grieving process in adult development and aging. The stage objectives were performed as described in the method and procedures of the respective phases, and activities performed in the same stage. The case studies will be discussed with the respective presentation of the case, monitoring reason, psychological tests, results, developed sessions, and also a discussion of this psychological process as well as its evolution. Finally, this paper ends up as a conclusion and a final reflection on the academic present stage.

Key-Word: clinical psychology, grief, depression, psychological intervention, setting snoezelen.

Índice

Introdução.....	21
Caracterização da instituição	25
Caracterização do público-alvo.....	27
Enquadramento teórico.....	29
Psicologia como ciência.....	29
Papel do psicólogo clínico	30
Princípios éticos e deontológicos.....	32
Modelos e terapias de intervenção para o reencontro e aceitação de si próprio	32
Psicoterapia de apoio.....	32
Terapia cognitivo-comportamental (TCC): tríade.....	33
Terapia da reminiscência.....	36
Modelo de seleção, otimização e compensação (SOC).....	37
Psicopatologia no adulto e no idoso	38
Perturbação do humor	38
Depressão: a patologia envolvida no ser	40
Alterações neurológicas, psicológicas e comportamentais.....	40
Depressão ao longo do ciclo vital: fase adulta	42
Depressão no envelhecimento: um olhar sobre a vida	43
Processo de luto ou depressão: enfrentar as perdas.....	45
Perdas no desenvolvimento humano: envelhecimento	48
Objetivos de estágio	50
Método.....	51

Participantes.....	51
Procedimentos.....	53
Outras atividades	54
Instrumentos.....	56
Exame dos estado mental: funções psicológicas.....	56
Instrumentos de avaliação psicológica	57
Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	57
Mini-Mult	58
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	59
Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30)	59
Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	60
Ficha Sociodemográfica do Luto.....	61
Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT) e Escala de Mudanças negativas após o Trauma	61
Inventário do Luto Prolongado (ILP)	62
Instrumentos de intervenção psicológica	63
Técnicas de relaxamento	63
Técnicas de <i>snoezelen</i>	64
Estudo de casos.....	65
Caso clínico A - Aida	65
Apresentação do caso	65
Motivo da consulta	65
História clínica.....	65
História pessoal e familiar	66

História escolar e profissional	68
História psicossocial	68
Elementos significativos	69
Observações clínicas e sintomatologia apresentada	70
Resultados da avaliação psicológica.....	71
Hipótese diagnóstica.....	74
Objetivos terapêuticos	75
Plano terapêutico	76
Síntese de acompanhamento.....	77
Primeira à segunda sessão	79
Terceira à quarta sessão	80
Quinta à sexta sessão	81
Sétima à nona sessão	84
Décima à décima terceira sessão	86
Décima quarta à décima sexta sessão	89
Décima sétima à décima nona sessão	92
Discussão do caso	94
Caso clínico B - Bianca	98
Apresentação do caso	98
Motivo da consulta	98
História clínica.....	98
História profissional	99
História familiar e pessoal	99
Eventos traumáticos e elementos significativos	102

Observações clínicas e sintomatologia apresentada	103
Resultados da avaliação psicológica.....	103
Hipótese diagnóstica.....	105
Objetivos terapêuticos	106
Plano terapêutico	107
Síntese de acompanhamento.....	108
Primeira à terceira sessão	110
Quarta sessão	111
Quinta sessão	112
Sexta sessão	112
Sétima sessão.....	113
Oitava sessão	114
Nona sessão	115
Décima sessão	116
Discussão do caso	118
Conclusão	123
Reflexões finais	127
Referências bibliográficas	129
Anexos.....	141
Anexo A – Terapia <i>snoezelen</i>	143
Anexo B – Ficha de preenchimento de sessão <i>snoezelen</i>	149
Anexo C – Programa de Estimulação Cognitiva: <i>Eu Existo, Logo Sorriu</i>	151
Anexo D – Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	159
Anexo E - Mini-Mult.....	163

Anexo F - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	169
Anexo G - Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30)	171
Anexo H- Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	173
Anexo I -Ficha Sociodemográfica do Luto	177
Anexo J - Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT) e Escala de Mudanças negativas após o Trauma.....	179
Anexo L - Inventário do Luto Prolongado (ILP)	183
Anexo M – Certificado de participação no VII Congresso Interneacional da Criança e do Adolescente	187
Anexo N – Certificado de participação no <i>workshop</i> “Aprender a ser saudável no Outono/Inverno – nutrição, exercício físico e saúde mental”	189
Anexo O – Poster apresentado no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente com a temática “Terapia multissensorial – Espaço Sentido”	191

Lista de tabelas

Tabela 1 – Tabela de Observação e Intervenção Psicológica.....	52
--	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA – *American Psychological Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BDI - *Beck Depression Inventory*

CATL – Centro de Atividades e Tempos Livres

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

EADS-21-Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

EMNT- Escala de Mudanças Negativas

EVA - Escala de Vinculação do Adulto

GDS-30 – Escala de Depressão Geriátrica

HTP – *House, Tree and Person*

ICTPT-Inventário de Crescimento Pós-Traumático

ILP – Inventário de Luto Prolongado

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MA – Memória Autobiográfica

MMPI - *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

MTT – *Mental Time Travel*

PEC – Programa de Estimulação Cognitiva

SCL-90R- *Symptom Checklist-90-Revised*

SCMS – Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

STAI - *State-Trait Anxiety Inventory*

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TR – Terapia da Reminiscência

Lista de anexos

Anexo A – Terapia *snoezelen*

Anexo B – Ficha de preenchimento de sessão *snoezelen*

Anexo C – Programa de Estimulação Cognitiva: *Eu Existo, Logo Sorriu*

Anexo D – Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Anexo E – Mini Mult

Anexo F – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Anexo G – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Anexo H – Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Anexo I – Ficha sociodemográfica do luto

Anexo J – Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICLP) e Escala de Mudanças Negativas após o Trauma

Anexo L – Inventário do Luto Prolongado (ILP)

Anexo M – Certificado de participação no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente

Anexo N – Certificado de participação no *workshop* “Aprender a ser saudável no outono/inverno - nutrição, exercício físico e saúde mental”

Introdução

O relatório apresentado refere-se ao estágio académico como unidade curricular para a conclusão do grau de mestre em psicologia clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa.

Numa primeira abordagem é apresentada a instituição onde decorreu o presente estágio, a Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, tendo em conta as suas valências e o vasto leque de faixas etárias. Esta caracterização da instituição e da população leva à compreensão das áreas de saúde para a resposta das necessidades da respetiva população, nomeadamente, psicológicas. Por se considerar pertinente essas mesmas necessidades para o bem-estar e qualidade de vida da população, os objetivos de estágio assentam nessa mesma resposta, através do apoio e acompanhamento psicológico e ainda da respetiva avaliação, como forma de compreensão das funções e dimensões psicológicas. Para a concretização destes objetivos, de uma forma geral, foi necessário recorrer ao planeamento e implementação de diversas técnicas psicológicas adequadas em diferentes contextos psicoterapêuticos. Como dinâmicas de grupo para a população idosa, foram elaborados e desenvolvidos programas de estimulação cognitiva, com diferentes objetivos. No decorrer do estágio, a participação em atividades e eventos dinamizados na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, foram inseridos neste mesmo contexto, afim de satisfazer necessidades de saúde no presente e no futuro.

A prática do psicólogo passa pelo seu desempenho clínico com o intuito de promoção do bem-estar psicológico, emocional e social da população fragilizada, o que justifica a necessidade do serviço de psicologia na presente instituição.

Ao abrigo da ética e da deontologia do psicólogo, a sua atividade é desenvolvida a partir de técnicas de entrevista e de intervenção psicológica para minimizar

dificuldades e fragilidades emocionais e psicológicas, como forma de diminuir o sofrimento psicológico sentido. A breve avaliação das funções psicológicas e a avaliação psicológica, como práticas importantes para a formulação de um caso, e como auxílio à entrevista e à observação clínica, levam à identificação de potencialidades favoráveis à elaboração de objetivos e de um plano terapêutico adequado à problemática apresentada.

De acordo com as patologias desenvolvidas no enquadramento teórico deste relatório, foram abordadas de forma mais acentuada o desenvolvimento adulto e o envelhecimento.

As perturbações de humor caracterizam-se pela sintomatologia depressiva, pela presença de pensamentos e sentimentos negativos sobre o próprio no passado, no presente e no futuro. A desvalorização pessoal, a desesperança, a descrença, a culpabilização e responsabilização por eventos negativos, a tristeza a maior parte dos dias, o cansaço excessivo, o isolamento social, entre outros sintomas e características, podem surgir em diferentes faixas etárias, desde o desenvolvimento infantil ao idoso. Na fase adulta, esta surge com a expressão dos sintomas associados à patologia, por influência de diversos fatores de risco que constituem a história pessoal, familiar e clínica da paciente. No envelhecimento, esta patologia tende a surgir pelo acumular de vivências, principalmente de perdas afetivas e simbólicas. Os sintomas nesta fase do ciclo vital, podem ser muitas vezes confundidos por estados demenciais ou por processos de luto, no caso de existir alguma perda significativa que se traduza no sofrimento psicológico e emocional.

Os processos de luto surgem de uma perda, onde também podem estar presentes em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Quando existe uma reação face à perda, os

sintomas manifestados tendem a ser idênticos a um quadro depressivo (tristeza, culpabilização, perda de apetite, alterações no sono e na concentração, refugio, entre outros). Em qualquer fase do desenvolvimento humano, estas perdas assumem um significado sobre as mesmas, podendo revelar-se saudáveis, quando são bem geridas, ou patológicas quando representam um bloqueio psicológico e emocional. Dando ênfase à possibilidade de confusão de diagnósticos ou de sintomas, no envelhecimento um processo de luto pode ser confundido com um estado depressivo, ou vice-versa, sendo importante estar atento aos fatores precipitantes e contributivos para a manifestação deste mesmo. Pois, o estado emocional depressivo pode representar uma das fases do luto, e não um estado depressivo patológico.

Perante as patologias e as fases de desenvolvimento discutidas, o papel do psicólogo surge com a importância de compreender qual a problemática e os sintomas associados à mesma, como forma de minimizar o sofrimento psicológico e maximizar o bem-estar emocional e psicológico do paciente. A observação clínica, a entrevista clínica e avaliação psicológica representam fontes de orientação psicológica e de auxílio para a elaboração de objetivos terapêuticos, de um plano adequado e ainda de um correto quadro nosológico, tendo em conta quadros diferenciais. Favorecer potencialidades, reduzindo fragilidades é orientar e auxiliar para o bem-estar geral e qualidade de vida do outro.

Caracterização da instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra (SCMS), é uma instituição fundada no século XVI, tendo como intuito procurar satisfazer as necessidades sociais dos habitantes da cidade de Sesimbra. Atualmente, esta irmandade é reconhecida como uma instituição particular de solidariedade social (IPSS). A instituição está organizada por diversas valências em duas estruturas residenciais, de forma a responder às carências sociais, sendo elas: Lar de Santiago, Lar Senhor Jesus das Chagas, centro de dia, Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL) e apoio domiciliário (SCMS, 2014).

As estruturas residenciais de terceira idade, o Lar Senhor Jesus das Chagas e o Lar de Santiago procuram satisfazer as necessidades da população, de modo a minimizar as suas dificuldades. Estes espaços oferecem aos utentes um serviço de internamento e reabilitação, onde os serviços prestados se focam em cuidados de saúde, higiene, alimentação, sociais e psicológicos, através de atividades de lazer (jogos, passeios, exercício, trabalhos manuais), diversos apoios e uma disponibilidade por parte das ajudantes de ação direta (ajudantes de lar), de um médico (a tempo parcial), de uma enfermeira, de uma fisioterapeuta, de uma animadora sociocultural, de um psicomotricista, de uma psicóloga e de uma terapeuta da fala (SCMS, 2006 e 2015).

O serviço de psicologia prestado nas respetivas estruturas é recente e abrange não só os utentes, que as frequentam, como também familiares e os diversos profissionais da instituição. Este serviço pretende oferecer, há 2 anos, a todos os beneficiários uma boa qualidade de vida, oferecendo apoio e acompanhamento psicológico, procurando atuar na prevenção e na promoção da saúde e do bem-estar físico, psicológico, social e emocional (SCMS, 2015b).

O centro de dia funciona no Lar Senhor Jesus das Chagas e procura prestar os mesmos serviços que o lar. Este serviço ocorre durante todos os dias da semana, não incluindo fins-de-semana. Esta população também beneficia de apoio e acompanhamento psicológico no caso de surgir essa necessidade (SCMS, 2015d).

O apoio domiciliário, os utentes que usufruem deste serviço recebem cuidados de higiene, de alimentação e de saúde (medicação, fisioterapia) por parte das profissionais responsáveis por esta valência (SCMS, 2007).

O CATL presta serviços pedagógicos, auxiliando no percurso escolar. Existem outras atividades importantes que decorrem atendendo as necessidades do desenvolvimento infantil, como a psicomotricidade, a terapia da fala e a psicologia (SCMS, 2011).

O gabinete de psicologia em Santana é uma valência recente na área da saúde aberta à comunidade em geral a um custo simbólico dadas as carências económicas da população de Sesimbra. Ligado a esta valência, o Espaço Sentido é um espaço onde é praticada a terapia de *snoezelen*, complementando com outras áreas profissionais, como a fisioterapia, a psicomotricidade e a psicologia clínica, pelo seu ambiente terapêutico, de modo a contribuir para o bem-estar da população. Acrescentado ao gabinete de psicologia, a acupuntura, a massagem *tui ná*, a psicomotricidade e a terapia da fala são serviços disponibilizados com intuito de dar oportunidade para o usufruto do bem-estar, de acordo com as necessidades individuais da comunidade em geral (SCMS, 2015).

No que diz respeito às missões e objetivos presentes e futuros da SCMS, estes procuram continuar a desenvolver os serviços e apoios prestados, dando ênfase ao bem-estar da população, e indo de encontro à satisfação das necessidades psicossociais e económicas, promovendo assim a qualidade de vida da comunidade (SCMS, 2015b).

Caracterização do público-alvo

O Lar Senhor Jesus das Chagas tem a capacidade para receber 25 utentes, e ainda 20 de centro de dia. A estrutura residencial Lar de Santiago acolhe cerca de 34 utentes, com idades entre os 70 e os 90 anos, e o CATL apresenta uma capacidade de 80 crianças, desde os 5 aos 15 anos de idade. Atualmente, no Lar Sr. Jesus das Chagas, encontram-se 25 utentes com diferentes condições de autonomia, desde autonomia a total dependência, sendo que a idade mínima é de 45 anos e a máxima de 102 anos de idade, e, ainda 20 de centro de dia, com alguma autonomia. Porém, merecem atenção e cuidados que contornem as suas fragilidades, havendo diversos graus de dependência, com idades compreendidas entre os 35 anos e maior ou igual a 85 anos (SCMS, 2014).

A população que beneficia destes serviços e destes espaços, no geral, são uma população com necessidades económicas, sociais, físicas, emocionais e psicológicas. Estes utentes, a nível psicológico, apresentam dificuldades emocionais, sociais e cognitivas, isto é, apesar de o lar oferecer cuidados e atividades, alguns podem-se sentir um pouco “sós”, por parte da família e alguma tristeza por perdas afetivas, simbólicas e/ou bens. No entanto, a partir do apoio dos técnicos e dos profissionais responsáveis pelas atividades, estas dificuldades procuram ser contornadas com passatempos, jogos, acompanhamento psicológico, programas de estimulação cognitiva, entre outros. Relativamente a dificuldades cognitivas, a maior parte destes utentes apresentam demências (Vasculares, Alzheimer e Parkinson), observando-se através da linguagem, da orientação e da memória (SCMS, 2015a; SCMS, 2015b).

Por outro lado, algumas crianças que usufruem do CATL, apresentam problemáticas de ansiedade, perturbações do sono, hiperatividade, dislexia e dificuldades no processo de luto e divórcio dos pais e no enfrentar de alguns medos,

representando um motivo da participação do serviço de psicologia neste sector (SCMS, 2014).

No espaço gabinete de psicologia em Santana, existem diferentes idades e diversas formas de expressar as demais patologias, nomeadamente crianças, adolescentes, adultos e reformados ativos, em diversas situações. A faixa etária percorre desde os 5 aos 70 anos de idade. As patologias ou os sintomas manifestados incidem-se no processo de luto e de divórcio, no abuso sexual, na violência doméstica, na presença de ideação suicida, na orientação sexual, em perturbações no sono, humor, ansiedade, impulsividade e autocontrolo, em quadros psicóticos e parafilias, na dificuldade em enfrentar e gerir medos e nas relações interpessoais, sendo que perturbações de ansiedade e de humor são as mais acentuadas. O modelo teórico presente no acompanhamento psicológico assenta na teoria cognitiva-comportamental, em que técnicas de relaxamento e visualização são aplicadas, para benefício dos pacientes, na estabilização de níveis de ansiedade e de estados psicológicos fragilizados. O Espaço Sentido, onde é concretizada a terapia de *snoezelen*, pode ser complementar numa intervenção terapêutica com um *setting* terapêutico, pelas suas características tranquilizantes, de conforto e segurança, facilitando a relação terapêutica e a partilha de conteúdos que causam sofrimento psicológico e emocional do paciente (SCMS, 2015b).

Enquadramento teórico

Psicologia como ciência

A psicologia é uma ciência que procura estudar e compreender a conduta humana. A psicologia clínica é uma especificidade desta ciência, desde a segunda guerra mundial, sendo composta por dimensões da psicopatologia. Através do contributo deste conhecimento e da sua metodologia científica, o método clínico, é possível estabelecer uma relação empática e terapêutica, compreender e discriminar o que é normal e patológico, e alcançar um conhecimento total do ser humano, tendo em conta o seu comportamento e processos mentais. O conceito de normalidade não tem um significado estanque para todos os indivíduos, pois depende das mudanças estruturais, da sua manifestação psicológica, emocional e comportamental, e ainda da duração e da intensidade dos sintomas para se puder identificar como perturbação (Abreu, 1994; Glutman, Fridlund, & Reisberg, 2011; Holanda, 2001; Scharfetter, 1996; Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

A psicologia da saúde está ligada à psicologia, sendo uma divisão autónoma na *American Psychological Association* (APA), desde 1978. A abordagem biopsicossocial inerente a esta especialidade envolve o psicólogo clínico na prevenção e na promoção da saúde, tanto na população inserida como no campo da doença mental. A atividade do psicólogo passa por intervir psicologicamente e reduzir o mau estar psicológico, físico e emocional do paciente, em diversas vertentes, como a promoção da saúde - *disease mongerin* -, de forma a permitir envelhecer com qualidade de vida e um bem-estar de saúde geral (Leal, Pimenta & Marques, 2012; Ribeiro & Leal, 1996; Ribeiro, 2012).

Papel do psicólogo clínico

O psicólogo clínico define-se como possuidor do conhecimento e práticas psicológicas, que lhe permite compreender o seu paciente, a partir do método clínico e de uma base teórica subjacente, seja ela psicanalítica, comportamental ou existencial. A atividade do psicólogo passa por estudar profundamente e temporalmente o paciente e as suas características, capacidades e fragilidades cognitivas, sociais, emocionais e comportamentais, com o auxílio de diversos instrumentos psicológicos, de forma a promover o bem-estar e a diminuir o sofrimento e o desajustamento psicológico do paciente (Brito, 2008; Dutra, 2004; Ribeiro & Leal, 1996).

A observação e a entrevista clínica auxiliam na recolha de informação sobre as diferentes dimensões que compõem o sujeito, para detetar sinais, sintomas, problemas, preocupações, disfuncionalidades, potencialidades, padrões e dinâmicas internas que permitam conhecer e compreender o indivíduo e, ainda identificar um quadro nosológico no caso de cumprir com todos os critérios descritivos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), sendo que este pode sofrer alterações ao longo do processo terapêutico. Estes parâmetros da prática clínica, levam ao conhecimento do sujeito e ao estabelecimento de uma relação terapêutica (APA, 2013; Leal, 2008).

A anamnese e a história clínica assumem uma importância para a identificação de fragilidades, para uma escolha mais adequada às necessidades do indivíduo na concretização da avaliação psicológica no estabelecimento de objetivos e de um plano terapêutico, de acordo com as capacidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais do sujeito (APA, 2013; Brito, 2008; Glutman, Fridlund, & Reisberg, 2011; Pires, 2003; Scharfetter, 1996;).

A avaliação psicológica é uma técnica e prática complementar à entrevista clínica, sendo relevante por, mais uma vez, auxiliar na compreensão dos processos psicológicos, quer cognitivos, emocionais, comportamentais ou sociais. A aplicação de instrumentos psicológicos deve seguir procedimentos, no sentido em que a identificação de instrumentos a concretizar deve de ir ao encontro de hipóteses diagnósticas, dos objetivos e das características e capacidades individuais do paciente. A sua realização permite conhecer dinâmicas psicológicas e ainda monitorizar o estado mental do paciente (Araújo, 2007; Oliveira, et al., 2005; Silva, 2015).

A intervenção psicológica é um dos princípios da psicologia, que permite enquadrar o paciente no mundo, identificar fragilidades, potenciar qualidades em prol das suas dificuldades. A aquisição de ferramentas psicológicas, emocionais e comportamentais são estratégias aplicadas no contexto terapêutico que acabam por ser transportadas para o mundo exterior, pelo paciente, ajudando-o a lidar e a gerir o que o fragiliza, e a alcançar o seu bem-estar físico, emocional, psicológico e social, tendo em conta que quando uma se encontra fragilizada, influência todas as outras dimensões, traduzindo-se, conseqüentemente, no sofrimento psicológico que deverá de ser diminuído (Bennett, 2000).

No contexto clínico e institucional, o papel do psicólogo assenta nas condições internas ao indivíduo e procura oferecer o que o paciente necessita. Independentemente da faixa etária, procura-se proporcionar um ambiente de confiança, de conforto e segurança, para que o paciente se sinta livre de poder expressar os seus pensamentos, sentimentos e emoções, e partilhar todas as suas experiências e reminiscências, sem receio de críticas e julgamentos, respeitando sempre o silêncio e o espaço do outro. Esta liberdade que o serviço de psicologia oferece ao paciente, é dada de acordo com os

limites do respeito mútuo, e quando esta é respeitada é possível promover a reflexão, a estabilidade emocional, cognitiva e social, e ainda a mudança positiva no processo terapêutico (Leal, 2008; Oliveira, 2015).

Princípios éticos e deontológicos

A psicologia como uma ciência do ramo da saúde mental, deve de obedecer a uma conduta ética. Para tal, esta deve ser concretizada, seguindo determinadas orientações e princípios éticos e deontológicos, que traduzam a boa prestação dos serviços de psicologia, no que diz respeito ao apoio, ao acompanhamento e à avaliação psicológica exercida, tendo em conta sempre os objetivos intrínsecos à profissão, e ao respeito, moralidade e dignidade humana (Reis, Rodrigues & Melo, 2010).

Segundo o código deontológico dos psicólogos portugueses, especificamente no regulamento nº 258, publicado em 20 de abril de 2011, na 2ª série do Diário da República, os princípios gerais e orientadores assentam na promoção da qualidade de vida e na proteção dos que usufruem da prática e da atividade do profissional clínico, através do respeito pela dignidade e direitos humanos, da competência profissional, da responsabilidade, da integridade, da beneficência e não-maleficência. Os princípios específicos, determinam o consentimento informado, a privacidade, a confidencialidade, a relação de carácter profissional, a avaliação psicológica, a prática e intervenção psicológica, o ensino, a formação académica e profissional, a supervisão, a investigação e as declarações públicas (Diário da República, 2011).

Modelos e terapias de intervenção para o reencontro e aceitação de si próprio

Psicoterapia de apoio.

Este modelo é realizado por terapeutas e técnicas de diferentes componentes teóricas e formações. Caracteriza-se por uma ajuda psicológica generalizada, centrada

na existência de patologia ou problemas de funcionamento psicológico. Esta abordagem terapêutica procura potenciar a mudança no paciente e capacidades individuais de adaptação às adversidades da vida, restabelecer o equilíbrio psicológico, reduzir a sintomatologia associada e promover o crescimento e a maturidade emocional, em pacientes que apresentem sintomas de ansiedade, autoestima, resolução de problemas, depressão e processos de luto. Esta ajuda e o cumprimento destes princípios passa pela identificação da problemática, de queixas e de sintomas, tendo em conta o contexto sobre o qual o paciente se insere e se desenvolve (Brito, 2008; Conte, 1994; Markowitz, Manber, & Rosen, 2008).

A técnica, as estratégias e a postura do terapeuta é importante, para que o sujeito se sinta compreendido e apoiado, e assim se envolva no próprio processo, sendo a escuta ativa uma das demais importantes, por permitir dar a entender ao paciente de que estamos a ouvi-lo, a compreendê-lo, através do registo de factos, do respeito de silêncios, do explorar e validar sentimentos na experiência de partilhar, e ainda proporcionar um sentimento de esperança sobre a sua condição psicológica. A diversidade de práticas e de intervenções, estratégias e técnicas psicológicas permite recorrer a uma perspetiva integrativa de vários modelos e terapias como a TCC, a terapia de *snoezelen* (anexo A) e a terapia da reminiscência que podem ser utilizadas desde que sejam adequadas aos objetivos e às necessidades individuais do paciente (Cordioli, 2008; Leal, 2005; Oliveira, 2015; Picardi & Gaetano, 2014; Silva, Vasco, & Watson, 2013; Silva, 2015).

Terapia cognitivo-comportamental (TCC): tríade.

A TCC é uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, que procura compreender e identificar cognições e comportamentos disfuncionais, que sustentem o

desajustamento social do indivíduo. Esta identificação passa por processos de pensamento, onde assentam crenças centrais (convicções que o sujeito tem sobre si, o mundo e os outros), crenças intermediárias (compostas por regras e suposições, como um dever) e pensamentos automáticos (interpretações sobre si, o outro e o mundo de forma automática, espontânea e involuntária, desenvolvidas a partir das crenças centrais). Contudo, para o sucesso da terapia é necessário que o paciente se envolva no seu próprio processo, participando ativamente, nas técnicas cognitivas e comportamentais, estratégias e tarefas para casa, como predisposição para a mudança (Basco, Thase, & Wright, 2008; Beck, Freeman, & Davis, 2004).

A teoria de Beck explica as alterações emocionais, comportamentais e cognitivas, sobre si próprio, o outro e o mundo. A cognição no sentido, em que existem crenças e esquemas disfuncionais, sustentadas por interpretações desadaptativas do meio envolvente. Nesta dimensão, a pessoa olha para si num sentido negativo, incapaz de identificar aspetos positivos de si e na sua vida, tendo impacto significativo nas suas relações interpessoais, nas suas áreas ocupacional e social: complexo de inferioridade, carência afetiva, sentimentos de inutilidade e culpa, refletindo-se na baixa autoestima e autoconfiança. Esta disfuncionalidade cognitiva ocorre no momento presente e na sua perspetiva sobre o futuro, havendo pensamentos de descrença, desesperança, sofrimento e fracasso (Gregory, 2004; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997; Powell, et al., 2008).

O objetivo de intervenção deve assentar na identificação e na reestruturação cognitiva, a partir de técnicas comportamentais para a modificação cognitiva, aquisição de competências pessoais e sociais, e na alteração de comportamentos que auxiliem no enfrentar da realidade. Esta tríade cognitiva consiste em pensamentos automáticos sobre si, sobre o outro e sobre o mundo, que alimentam os sintomas psicopatológicos. O

terapeuta deve procurar ensinar o paciente a identificar as suas cognições negativas e a associação entre a dimensão cognitiva, emocional e comportamental, deve auxiliar na análise de pensamentos disfuncionais e imaturos, e substituí-los por interpretações e esquemas cognitivos mais flexíveis (Bahls & Navolar, 2004; Knapp & Beck, 2008; Oliveira, 2011; Paloski & Christ, 2014).

Associada à depressão, o paciente pode ou não apresentar ideação suicida ou tentativas prévias de comportamento suicida, sustentada pelo pensamento e humor depressivo. Este princípio é algo que o terapeuta deve procurar descartar e assentar no acordo terapêutico a não persistência desse pensamento, de forma a assegurar a proteção e a segurança do paciente (Barbosa, Macedo & Silveira, 2011; Beck, 1997).

O tratamento farmacológico é uma das possibilidades aliada aos serviços de psiquiatria representando benefícios, mas também uma vigilância contínua derivado aos riscos que acarreta. Pois, existem estudos que correlacionam o índice de suicídio com a toma de fármacos, devido à interrupção repentina da medicação. Esta perigosidade existe pela reposição de quantidades liberadas pelos neurotransmissores em déficit. Esta acumulação corresponde a uma fase perigosa da depressão, em que a pessoa depressiva se sente com energia para concretizar o ato suicida, como um efeito ricochete, dada a interrupção do tratamento. Este é um risco que se pode tornar real, se não houver um acompanhamento psicológico e psiquiátrico cuidado e contínuo (Paloski & Christ, 2014; Pires, 2003).

Freitas-Magalhães (2011), defende que o sorriso, pode surgir como efeito terapêutico, aquando a recordação de momentos positivos, ou no momento em que a pessoa experiencia sensações e emoções positivas. Durante um tratamento depressivo o efeito positivo é evidente no processo terapêutico, sendo que a prevalência de um

sorriso largo sob um sorriso fechado e um rosto neutro, ajuda a pessoa a diminuir a sua labilidade emocional de carácter depressivo, e ainda, de forma gradual, auxilia a pessoa a dar mais ênfase e significado a pensamentos positivos, em vez de pensamentos negativos (Freitas-Magalhães, 2011).

Terapia da reminiscência.

A terapia da reminiscência (TR) assenta no visitar o passado, tendo Erickson sido o pioneiro, de acordo com a sua conceptualização da teoria do desenvolvimento do ego. No desenvolvimento adulto, nomeadamente jovem adulto, o conflito intimidade *vs* isolamento (18/20 - 30 anos), está presente na medida em que a sua intimidade é satisfatória quando o indivíduo assume e vive uma relação, caso contrário surge o conflito isolamento. No envelhecimento - integridade *vs* desespero, quando o sujeito ao recordar a sua vida, considera positivo o que vivenciou, proporcionando um sentimento de integridade e satisfação, por outro lado, se essa recordação oferecer uma perspectiva negativa, o sujeito vive sentimentos de fracasso e de desespero, pois sabe que não pode recomeçar a sua vida de novo (Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodriguez, & Sales-Galán, 2013; Tavares, et al., 2007).

Esta terapia foca-se na evocação de vivências e experiências passadas - “*acto de pensar sobre si e o seu passado*” (Marques, 2012, p. 27) como um processo normativo - a partir da sua memória autobiográfica (MA). Este processo de recordação, de forma estruturada e guiada, é aplicado com o intuito de auxiliar o sujeito a gerir situações do seu quotidiano, e a facilitar a sua adaptação à situação presente. A resolução de conflitos passados e a atenção dada ao percurso de vida do sujeito, de forma a compreendê-lo na sua totalidade, permitindo, ainda que o sujeito alcance um conforto psicológico e um

autoconhecimento desde a sua infância ao momento atual (Nelson & Fivush, 2004; Lopes, Afonso, Ribeiro, & Freitas, 2014; Marques, 2012).

Na depressão, o foco da reminiscência deve de ser em memórias significativas e positivas em prol das negativas, aumentando a “*atenção para estímulos positivos e maior probabilidade de esquecimento de afeto passado negativo*” (Gonçalves, 2007, p. 24), e gerar estratégias de *cooping* adaptativas e uma perspectiva mais positiva da vida (Bohlmeijer, 2007; Chao, et al., 2006; Gauer & Gomes, 2008; Gonçalves, 2007; Klever, 2013).

No processo de luto, o enlutado deve partilhar momentos da sua vida com o falecido, valorizando e idealizando o seu passado. As estratégias de intervenção são de escolha do profissional, havendo imensas possibilidades desde fotografias, a filmes, a imagens, a sons, entre outros mais, desde que sejam significativos para o sujeito. O papel do profissional, passa por escutar ativamente, respeitar silêncios e emoções (Gonçalves & Martín, 2007; Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008).

Modelo de seleção, otimização e compensação (SOC).

O modelo SOC, segundo Baltes e Baltes (1990), defende a dinamização entre três processos, para um envelhecimento bem-sucedido. A seleção, é um processo que consiste na compensação de perdas ou num novo estabelecimento de objetivos de vida, de forma a equilibrar as perdas relativamente aos ganhos, passando por uma reconstrução de uma hierarquia de objetivos ou procura de outros que transmitam satisfação e esperança no futuro. A otimização, passa por melhorar e adquirir os recursos precisos para a concretização do processo anterior. A compensação ocorre quando é necessário um esforço para manter esses mesmos recursos enquanto outros

foram perdidos (Fontaine, 2000; Freund & Baltes, 1998; Freund & Baltes, 2002; Villar, 2012).

Este modelo está presente, essencialmente a partir da fase adulta, em que pelas exigências de escolhas e de inserção e adaptação na sociedade, o sujeito depara-se com a seleção dos seus objetivos e de estratégias para os manter e concretizar. No envelhecimento, este processo ocorre em função das perdas ao longo da vida até ao momento presente, como compensação. Apesar das limitações físicas, cognitivas e sociais, acredita-se que é possível dar continuidade a estas estratégias e à dinamização destes processos, contribuindo para um melhor funcionamento da pessoa idosa, quando este é bem-sucedido (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

Contudo, na fase do *terminal drop*, quando se atinge uma determinada idade e quando as perdas se contabilizam como maiores que os ganhos, ocorre um processo de degradação da inteligência cristalizada. Esta degradação, terá impacto na compensação, e conseqüentemente o indivíduo deixa de conservar estratégias saudáveis de adaptação. O processo de envelhecimento é influenciado por diversos fatores físicos, cognitivos, sociais e emocionais, sendo que é no decorrer deste processo que se distingue o envelhecimento habitual do bem-sucedido. Para a concretização de um envelhecer bem-sucedido, deve estar presente a manutenção da saúde física e cognitiva, e a participação ativa no mundo social em que se insere (Fontaine, 2000).

Psicopatologia no adulto e no idoso

Perturbação do humor

As perturbações de humor têm vindo a crescer, sendo uma preocupação para a área da saúde. Dentro desta categoria patológica, estão presentes as perturbações que se revelam no estado de humor do sujeito, em alterações fisiológicas e vegetativas (sono,

apetite, sexualidade), cognitivas (forma de pensar sobre si, o outro e o mundo) e, por consequência, nas áreas funcionais do sujeito (ocupacional, social, laboral, entre outras) devido à motivação e pré-disposição para enfrentar o dia-a-dia e o futuro, que é acreditado sem esperança e otimismo. Muitas vezes, aliada a estes sintomas depressivos e à própria patologia, é manifestada alguma ansiedade, relativamente à própria situação em que se insere e ao futuro, gerando frustração, culpa e sentimentos de inutilidade (Del Porto, 1999; Paloski & Christ, 2014).

As perturbações de humor dividem-se em três quadros clínicos. Nas perturbações depressivas, bipolares, e outras com base na sua etiologia clínica (causas físicas ou por indução de substâncias). A definição de um diagnóstico psicopatológico passa por cumprir com os requisitos propostos, pela duração dos sintomas e de acordo com a sua etiologia, sendo como uma orientação para o profissional na elaboração de um plano e de objetivos terapêuticos, oferecendo uma perspectiva de prognóstico sobre o quadro apresentado, estando sujeito a alterações de acordo com a evolução do paciente. Contudo, salienta-se que pode nem sempre existir um diagnóstico e apenas sintomas de um quadro nosológico (Kaplan, Sadock, & Greb, 1997).

Entre as perturbações de humor depressivas, existe a perturbação depressiva de *Major*, caracterizada pela presença de pelo menos um episódio depressivo *major*, ocorrendo no mínimo durante 2 semanas. Estes episódios manifestam-se pelo o estado de humor depressivo, pela perda de interesse, e presença de pelo menos cinco sintomas depressivos. A perturbação distímica, diferencia-se por não preencher os requisitos necessários, tendo de estar presente um humor depressivo, a maior parte do dia, durante pelo menos 2 anos. A perturbação depressiva sem outra especificação, aplica-se quando não preenche nenhum dos critérios das outras patologias que fazem parte deste grupo

nosológico. Ainda a acrescentar, a ansiedade poder estar como comorbilidade na perturbação de humor (APA, 2013; Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008).

Depressão: a patologia envolvida no ser.

Alterações neurológicas, psicológicas e comportamentais

Existem várias teorias que procuram explicar a etiologia da depressão. Cada uma dessas teorias focam-se nos possíveis fatores associados à mesma, sejam fatores sociais, psicológicos, genéticos ou neurológicos, para justificar os sintomas manifestados, distinguindo uma causa do surgimento desta patologia: causa endógena - características internas -, ou causa exógena - características externas ao paciente (Lucas, 2014).

As alterações neurológicas, caracterizam-se por uma disfuncionalidade na transmissão sináptica da informação, captada sensorialmente e interpretada cognitivamente. Esta disfuncionalidade surge de um desequilíbrio dos neurotransmissores, nomeadamente da quantidade liberada pela noradrenalina e pela serotonina. A noradrenalina, traduz a falta de energia, perda de interesse, dificuldades de concentração, alterações no sono, incapacidade na tomada de decisão, na ansiedade, num humor facilmente irritável e na presença de pensamentos negativos. E a serotonina manifesta-se pela predisposição e motivação do sujeito, pela diminuição ou excesso de apetite, pelo nenhum ou pouco interesse sexual, por comportamentos hostis e pela oscilação do humor (Kaplan, Sadock, & Greb, 1997; Pires, 2003).

Para além desta causa endógena, o sexo é uma característica que distingue a forma como a depressão é vivida entre homens e mulheres. O sexo feminino experiencia de um modo mais profundo todos os sintomas devido à sua estrutura biológica, a formas de pensar, a predisposição ao stress, as responsabilidades sociais, familiares e económicas, entre outras. Outros fatores de risco estão associados à história pessoal e

familiar do próprio sujeito, como episódios vividos, perdas, vítima de abuso físico e sexual, viver num ambiente desencadeador de stress, falta de suporte social e familiar, entre outras condicionantes – causas exógenas (Lucas, 2014).

A literatura faz referência quanto à manifestação de emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos subjacentes à patologia, demonstrando haver sentimentos profundos de tristeza, melancolia, culpabilidade, responsabilidade, desprazer com a vida e com ele próprio, pessimismo, desesperança, receios, perda de interesse e motivação e ansiedade. As lágrimas, enquanto ato de chorar, é mais frequente nas mulheres. O choro é visto como uma resposta reativa e de compensação emocional perante as adversidades da vida, traduzindo-se num alívio emocional. Ao longo do tempo o indivíduo vive em torno desses seus sentimentos e pensamentos negativos e ruminantes, podendo levar a comportamentos de autoagressão, ideação suicida, tentativas ou ao ato em si, para colocar fim ao seu sofrimento (Freitas-Magalhães, 2011).

A ansiedade (ataques de pânico), a depressão (episódios), a história familiar, pessoal e clínica, os distúrbios do sono persistentes, abuso de substâncias, isolamento social, tentativas prévias de suicídio, plano ou método de o realizar. Estes assumem-se como fatores de risco que o clínico deve de ter em atenção, para a predisposição e sucesso da terapia. (Lucas, 2014).

Todavia, a forma como todos estes acontecimentos são vivenciados e geridos podem representar fatores protetores no surgimento de uma patologia. Estes fatores estão presentes em traços de personalidade, no suporte social e familiar ao longo do ciclo vital, protegendo o indivíduo de experienciar e vir a desenvolver um quadro patológico de humor. A resiliência é um processo psicológico caracterizado pela

capacidade de gerir e ultrapassar adversidades da vida, através de recursos internos ao sujeito, de uma forma saudável. No que diz respeito, aos diversos fatores oriundos da depressão, estas particularidades podem ser essenciais para o enfrentar das dificuldades e todas as incertezas acerca do futuro (Coimbra de Matos, 2001; Machado, 2010; Rutter, 1985; Silva, Elsen, & Lacharité, 2003).

Depressão ao longo do ciclo vital: fase adulta.

Tendo em conta as características e os sintomas manifestados, esta pode oscilar ao longo da vida, com diferentes intensidades. A literatura refere prevalência no sexo, sobre a intensidade que surge, e na idade. Por exemplo, a perturbação depressiva de *major* pode surgir a partir de qualquer idade, sendo que a idade média é aos 25 anos. Durante a presença desta perturbação, observam-se oscilações, tanto na sua evolução, remissão e surgimento dos episódios associados à própria patologia. Na fase adulta, e até mesmo durante a transição do adolescente para o indivíduo adulto – jovem adulto –, quando a visão do passado é disfuncional, e não foi gerida de forma saudável, tende a manifestar-se pela autoavaliação se as suas necessidades estão satisfeitas (Tavares et al., 2007).

A teoria do apego de Bowlby (1998), pode explicar a presença destes sintomas nesta fase da vida humana, visto que desde que nasce, a própria criança estabelece os primeiros vínculos com as primeiras figuras de referência, sendo a partir destes vínculos afetivos, que a criança vai construir a sua realidade afetiva, social e cognitiva sobre o mundo. Se estes forem saudáveis, e permanecerem estáveis, o adulto desenvolve uma noção segura e saudável de si, no enfrentar das suas dificuldades, do outro e no próprio mundo. Caso contrário este, ao sentir-se inseguro, despoletará um sofrimento psicológico desadaptativo: pensamentos disfuncionais, sentimentos de abandono, baixa

autoestima, entre outros, que podem conduzir ao desejo de morrer (Bowlby, 1998; Casullo & Liporace, 2004; Safrany, 2005; Dalbem & Dell'Aglio, 2005).

Depressão no envelhecimento: um olhar sobre a vida.

Portugal é um país envelhecido, segundo o índice de envelhecimento apresentado pela base de dados PORDATA mais recentemente. Denota-se que este tem vindo a aumentar ao longo das décadas. Dados mais recentes apontam para valores de 143,9 no ano 2015 (PORDATA, 2016).

Este fator populacional leva a pensar na necessidade de intervir junto desta população, de um modo positivo e promotor da qualidade de vida. As estruturas residenciais para a terceira idade, bem como centros de dia, casas de repouso e apoio ao domicílio, são apenas algumas formas de promover a qualidade de vida do idoso. Contudo, é necessário oferecer mais ações preventivas e de intervenção que cubram as necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais destes idosos, através da criação de medidas sociais, institucionais, de saúde e culturais, de modo a melhorar as condições de vida desta população (Martins, 2006).

O envelhecimento representa uma fase do ciclo vital, onde envelhecer faz parte do desenvolvimento humano, *“envelhecer é uma arte criativa, pois criar é uma forma de anti-destino, aquilo que nos immortaliza”* (Santos, Pocinho, Vilhena, Navarro-Pardo, & Silva, 2012, p.9). No entanto, este processo pode acontecer de forma saudável ou de forma patológica, tendo um impacto significativo na vida do indivíduo, quer seja a nível emocional, psicológico, social ou físico. Sabe-se que todos somos diferentes, únicos e individuais e que cada um de nós possui características pessoais que nos auxiliam em diversos processos vitais e fazem com que cada um, à sua maneira ultrapasse os diferentes obstáculos da vida. Porém, no processo de envelhecer a estrutura biológica

ocorre da mesma forma, o que distingue é o modo como cada idoso vê e lida com esta fase da sua vida (Lana & Schneider, 2014; Santos, Pocinho, Vilhena, Navarro-Pardo & Silva, 2012).

A abordagem *life-span* defende uma perspetiva positiva na gestão das adversidades da vida. As ferramentas internas, quer emocionais ou psicológicas, assumem relevância na forma como a pessoa observa o mundo ao seu redor. A presente teoria esclarece que o desenvolvimento humano poderá ser bem-sucedido, aquando a utilização dos recursos internos e externos, desde que estes se revelem favoráveis, contribuindo proactivamente na vida do sujeito e no seu bem-estar psicológico, emocional e social (Baltes, 1987; Neri, 2006; Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012; Westerhof & Keyes, 2010).

Os sintomas depressivos podem surgir do desencadear de situações emocionalmente não geridas, de numerosas perdas e de adaptações exigidas pelo meio social, familiar e institucional, podendo levar a alterações psicológicas, sociais e cognitivas. Esta perturbação manifesta-se pelo sentimento de tristeza, vazio, angústia, inutilidade, culpa, abandono, humor depressivo, perda de apetite, queixas somáticas, e a motivação inerente para a realização de atividades sociais, lúdicas e culturais começa lentamente a diminuir, e conseqüentemente, o refúgio e isolamento social domina a forma de estar do sujeito perante o mundo, podendo proporcionar e reforçar pensamentos disfuncionais e suicidas (Lucas, 2014).

Deste modo, verifica-se que a perturbação de humor invade os corações destes idosos, sendo que nesta fase de melancolia, é importante potenciar fatores protetores como transmitir valores, quer sociais, espirituais, culturais ou religiosos, que ajudem o idoso a encarar a vida com otimismo. O sentido da vida e a espiritualidade torna-se

importante por transmitir o bem-estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual, contribuindo positivamente para a forma como o idoso perspetiva a sua vida (Ferreira, Gonçalves & Mendes, 2014; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Simões, et al., 2009).

Para além desta integração pessoal, existem outros fatores protetores e interventivos, onde o clínico pode criar momentos de satisfação, reflexão e estimuladores de esperança para o futuro. Os programas de estimulação cognitiva (PEC), com base em diversas atividades e dinâmicas, são desenvolvidas atendendo às necessidades físicas e psicológicas do indivíduo, com o intuito de produzir efeitos positivos não só na manutenção e irreversibilidade cognitiva – demência associadas ao envelhecimento -, bem como na melhoria de sintomas depressivos e na inclusão social e institucional (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011; Fernandes, 2014).

O acompanhamento psicológico e terapêutico torna-se um aspeto essencial na gestão e no auxílio desta fase melancólica. Para tal, deve incidir numa intervenção holística e multidisciplinar, procurando incluir o núcleo familiar, de forma mais ativa na vida do idoso institucionalizado, reaproximando laços afetivos, por ser crucial para o utente sentir e estar em contacto com o pouco ambiente familiar que possui, potenciando benefícios no bem-estar psicológico da população idosa (Bromberg, 2000; Lima, Vale, & Silva, 2014).

Processo de luto ou depressão: enfrentar as perdas.

O luto e a depressão, estão muitas vezes interligados, suscitando por vezes um mau diagnóstico devido à confusão dos sintomas derivados de uma perda. O que distingue, principalmente, a existência de uma perturbação é o facto de estar ser reconhecida como tal no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

(DSM-V, 2013), desde que preencha os critérios necessários. No entanto, outros aspectos devem de ser tidos em consideração: durabilidade e intensidade dos sintomas, que se traduzem no funcionamento global do sujeito. Porém, é importante salientar que o luto, pode ser um fator para o desenvolvimento de um quadro patológico (APA, 2013; Souza & Romero, 2008).

Enquanto que a depressão é um estado emocional, resultante de diversos fatores, o luto define-se como um processo e não como um estado. Este é um processo de reação emocional a uma perda real ou simbólica, seja uma perda afetiva (falecimento de figuras significativas), simbólicas (oportunidades de trabalho, de viajar), materialista (bens, podendo ser a habitação, objetos pessoais), física ou cognitiva (diminuição da funcionalidade e de capacidades). Caracteriza-se de perda por existir um distanciamento ou uma quebra de afetividade anteriormente estabelecida, envolvendo desta forma uma série de etapas e fases que o indivíduo terá de ultrapassar para realizar o seu processo de adaptação ou de transformação à realidade, através de uma reestruturação emocional e racional face à perda (Souza & Corrêa, 2009; Worden, 2009).

A perturbação do luto complexo persistente caracteriza-se pela experiência de sintomas negativos, saudade persistente, amargura, raiva, dificuldade na aceitação da perda, evitação de lembranças, culpabilização, entre outras características emocionais e cognitivas, durante pelo menos 12 meses, de uma forma prejudicial e significativa. Para além, da presença de critérios relativos ao sofrimento sobre a perda, a identidade do enlutado pode sofrer fragilidades, na medida em que este deseja morrer com o objetivo de ir ao encontro com o falecido, vivencia sentimentos de solidão, desvalorização para com a sua vida, isolamento social, resistência em praticar atividades prazerosas e ainda

crença em projetos futuros. Salienta-se a importância da cultura, da religião e da idade como fator decisivo (APA, 2013).

O processo de luto, envolve fases pelas quais o enlutado vivencia com diferentes intensidades. A fase do choque, define-se como uma defesa perante a perda, assentando em sentimentos de desespero, irritabilidade, isolamento social, podendo ocorrer por alguns dias. A fase do desejo, é mais prolongada, designando-se pelo desejo e procura do falecido em lugares que este costumara frequentar, de forma a estabelecer um contacto afetivo. A fase da desorganização, caracteriza-se por alterações de rotinas e alguma instabilidade emocional. Por fim, a fase da reorganização, ocorrendo uma consciencialização e aceitação definitiva da perda, retomando a sua vida. Neste período, é possível a presença de episódios de tristeza, choro e saudade, principalmente em épocas festivas, salientando-se o suporte familiar e social como fator protetor neste mesmo período (Louzette & Gatti, 2007; Oliveira & Lopes, 2008).

Pincus (1976), afirma existir três fases que o enlutado enfrenta para a elaboração deste processo. A fase inicial, onde nesta predominam sentimentos de choque, confusão, tristeza, descrença, que levam a comportamentos de solidão e choro persistente. A fase intermediária, é vincada pela sensação de culpa e responsabilidade pela perda, como um mecanismo psicológico que leve à compreensão e a um sentido desse evento traumático. A fase de ultrapassagem ou de recuperação, é uma fase que demora a alcançar pela sua complexidade e exigência emocional, sendo que se não for concretizada dentro de dois ou três anos, pode significar a presença de um luto patológico, afetando o sono, o apetite e a autoestima do enlutado (Fontaine, 2000).

O modelo de Worden (1991) citado por Teodósio (2013), defende a concretização de tarefas para diminuir o sofrimento face à perda. A aceitação da perda

da situação é o primeiro passo, a partir da desmistificação das crenças e de sentimentos de choque sobre a morte. A segunda tarefa, caracteriza-se pela predisposição para sentir e expressar a dor, procurando evitar o prolongamento do luto. A terceira tarefa, é vista como um processo de adaptação e de ajustamento à realidade, no que diz respeito a si próprio, ao seu funcionamento social e ocupacional. A concretização desta tarefa, depende da intensidade do vínculo estabelecido e dos significados atribuídos a essa mesma relação afetiva. A quarta tarefa, consiste na capacidade de deixar de sentir necessidade de reviver intensamente o falecido, sendo capaz de prosseguir com a sua vida (Teodósio, 2013; Worden, 2009; Worden, 2013).

A teoria do apego de Bowlby (1989), explica a resposta emocional face à perda. Esta defende que os vínculos primários estabelecidos têm influência, no modo como a pessoa se identifica com o mundo. Ao existirem vínculos seguros, há uma tendência para o ser humano se sentir mais seguro ao lidar com situações de perda. Por outro lado, existem outros padrões de vínculos afetivos. O ansioso evitativo não procura laços afetivos, devido à desconfiança e receio face aos outros. O ambivalente apresenta comportamentos de desconfiança e insegurança sobre as relações estabelecidas, experienciando emoções negativas, desejando desesperadamente relações íntimas e afetivas, e o ansioso desorganizado vive as relações afetivas com base no medo (Bowlby, 2002; Casullo & Liporace, 2004; Safrany, 2005).

Perdas no desenvolvimento humano: envelhecimento.

No envelhecimento, existem processos de perda que a pessoa idosa tem de defrontar. A perda afetiva é um processo doloroso, em que a pessoa idosa enfrenta uma perda face ao falecimento do companheiro(a) de uma vida, sendo que esta passa a viver um estado permanente de viuvez, condicionando a sua vida pessoal, emocional e social.

Na experiência do acontecimento, a intensidade da dor varia de acordo com o laço afetivo estabelecido com o ente querido. O isolamento social pode ser uma reação à dor sentida pela perda de um vínculo que representava uma fonte de suporte social. Tendo em conta todas as perdas existentes na terceira idade, podemos verificar que se não forem geridas de forma positiva e saudável, poderão levar a representações e atitudes negativas relativamente à velhice e a si próprio (Fontaine, 2000; Gaspar & Torres, 2015).

A afirmação “*a velhice deverá ser uma análise do projeto de vida e uma redefinição de prioridades, valores e projetos futuros*” (Tavares, 2007, p.105), apoia o envelhecimento bem-sucedido, onde este depende de pessoa para pessoa, ou seja, da sua estrutura idiossincrática de gestão da situação, das suas características de personalidade, vivências, experiências, e do tipo de vínculo afetivo estabelecido com o falecido. O papel do psicólogo, neste processo é fundamental auxiliando o enlutado a superar a dor, encorajando-o a expressar-se, a superar pensamentos e crenças e, ainda a identificar as barreiras que o incapacitam de reviver a sua vida, adaptando-se a uma nova realidade, criando novas perspetivas de vida (Carneiro & Abritta, 2008; Marcolino, 1999; Tavares, et al., 2007).

Objetivos de Estágio

No âmbito do estágio curricular, existem objetivos como forma de orientação das funções do estagiário no respetivo local de estágio, de acordo com uma calendarização das diferentes fases a realizar. Desta forma, este concretizou-se na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra (SCMS), em ambos os lares, no centro de atividades de tempos livres e no gabinete de psicologia, desde outubro de 2015 a julho de 2016, respeitando a seguinte calendarização: outubro a novembro de 2015, fase de observação; novembro a dezembro de 2015, apoio, acompanhamento, intervenção e avaliação psicológica com supervisão; janeiro a junho de 2016, apoio, acompanhamento, intervenção e avaliação psicológica individual; março a julho de 2016, início da intervenção em contexto *snoezelen* com supervisão; outubro de 2015 a julho de 2016, reuniões de supervisão e orientação de casos clínicos.

Objetivos específicos: Entrevista psicológica, consulta psicológica, apoio psicológico, aconselhamento e avaliação psicológica; planeamento e implementação de técnicas de relaxamento; e, acompanhamento psicológico em contexto *snoezelen*.

Atividades a realizar: Exploração de técnicas e metodologias de intervenção ajustadas a cada caso; técnicas de relaxamento a pacientes externos e no CATL; realização de processos clínicos dos utentes institucionalizados de ambos os lares e de centro de dia; elaboração de relatórios psicológicos; programas de estimulação cognitiva (PEC); reuniões de equipa multidisciplinares; e, supervisão de casos clínicos.

Método

Participantes

No decorrer do estágio efetuado, realizou-se acompanhamento psicológico e as respetivas avaliações a 13 pacientes, com idades compreendidas entre os 8 e os 70 anos de idade, e 9 utentes de ambos os lares. Tendo em conta que cada caso apresenta as suas características, fragilidades e necessidades individuais, o tipo de intervenção foi realizada de acordo com essas mesmas condições e com os objetivos terapêuticos delineados. Neste sentido, existiram pacientes que beneficiaram de psicologia em contexto *snoezelen* como uma intervenção complementar, e outros de uma intervenção única e exclusivamente em contexto gabinete.

Esta distinção deve-se às características da sala, onde existem algumas recomendações no âmbito de características físicas e psicológicas, de forma a evitar um impacto negativo e prejudicial para a saúde do paciente. Alguns exemplos são epilepsias e perturbações psicóticas, dados os equipamentos visuais que o espaço disponibiliza como luzes, bola de espelho, que possam despoletar uma crise epilética ou uma crise psicótica. Contudo, ao tornar o contexto neutro, sem qualquer estímulo reativo, estes pacientes podem usufruir deste espaço, tendo em conta as condições mencionadas.

Para a apresentação dos casos clínicos serão utilizados nomes fictícios, tanto na tabela de observação e intervenção psicológica (Tabela 1) como nos estudos de caso descritos neste presente relatório, de forma a salvaguardar a identidade e a confidencialidade dos pacientes em questão que abriga o código deontológico dos psicólogos portugueses no princípio específico de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos (Diário da República, 2011).

Tabela 1

Tabela de Observação e Intervenção Psicológica

	<i>Nome</i>	<i>Sessões</i>	<i>Motivo</i>	<i>Intervenção</i>	<i>Avaliação Psicológica/ Material Didático</i>	<i>Resultados</i>
A	Aida, 23 anos	19	Perturbação Depressiva de <i>Major</i>	Técnicas teoria cognitivo comportamental (<i>snoezelen</i> e gabinete)	EADS-21; Mini-Mult.	<i>Dropout</i> por mudança de residência
B	Bianca, 72 anos	10	Processo de luto	Psicoterapia de apoio (<i>snoezelen</i> e gabinete)	GDS-30; EVA; ICTPT; ILP; EMNT.	Continua em acompanhamento
C	Cosmo, 10 anos	8	Medo de dormir sozinho	Técnicas teoria cognitivo comportamental	Coragem! Enfrenta os Medos!	Alta
D	Dora, 13 anos	7	Ansiedade	Técnicas teoria cognitivo comportamental	EADS-21	Alta
E	Eliana, 30 anos	8	Ansiedade; Alterações no Sono	Técnicas teoria cognitivo comportamental	EADS-21	Alta
F	Flor, 14 anos	4	Crenças em capacidades espíritas	Técnicas teoria cognitivo comportamental	TAS; Figura Humana; Jogo das emoções.	<i>Dropout</i>
G	Gisela, 15 anos	6	Ansiedade	Técnicas teoria cognitivo comportamental	EADS-21	Continua em acompanhamento
H	Hilda, 45 anos	4	Vítima de violência doméstica	Psicoterapia de apoio	Observação e entrevista clínica	<i>Dropout</i> por mudança de residência
I	Isis, 8 anos	8	Divórcio dos pais;	Psicoterapia de apoio	HTP; Jogo das emoções.	Continua em acompanhamento
J	Janire, 11 anos	8	Agressividade	Técnicas teoria cognitivo comportamental	HTP; Desenho da Família.	Alta
L	Lúria, 16 anos	5	Orientação Sexual	Psicoterapia de apoio	Teste da Figura Humana	Continua em acompanhamento
M	Mauro, 71 anos	12	Ansiedade	Técnicas teoria cognitivo comportamental	SCL-90R; STAI.	Continua em acompanhamento
N	Núria, 15 anos	12	Perturbação Somatoforme	Técnicas teoria cognitivo comportamental	SCL-90R, Desenho da família; STAI.	Continua em acompanhamento
O	Óscar, 8 anos	9	Divórcio dos pais	Psicoterapia de apoio	Desenho da família	Continua em acompanhamento

Procedimentos

O presente estágio académico decorreu desde outubro de 2015 a julho de 2016, onde este teve início com uma visita às instalações da SCMS (Lar Sr. Jesus das Chagas, Lar de Santiago, CATL e gabinete de psicologia- Santana) e a apresentação dos respetivos profissionais.

O horário a concretizar foi de segunda a sexta-feira, das 10 horas às 15 horas, porém este horário com o surgimento de consultas externas, existiram dias que se prolongaram até ao fim das mesmas.

Numa fase inicial, assentou a etapa da observação, tendo sido fundamental, na medida em que a observação clínica é uma mais valia para perceber como a atividade do psicólogo se desenrola, e ainda para a compreensão verbal e não verbal do paciente, pois mais do que as palavras, a expressão, a postura e o comportamento oferece pistas de sentimentos e emoções contidos ou manifestados pelo próprio paciente.

De seguida, o estágio contemplou uma nova fase, o acompanhamento psicológico. Este momento de aprendizagem foi supervisionado, e só ao longo do tempo é que se deu continuidade ao acompanhamento individual dos casos clínicos, incluindo a avaliação psicológica, a elaboração de processos clínicos e a delimitação de objetivos terapêuticos ajustados às necessidades individuais e psicológicas do indivíduo. A partir deste momento, foi concretizado um acompanhamento psicológico e avaliações psicológicas a utentes de ambos os lares, com idades compreendidas entre os 60 e os 96 anos de idade. No CATL também se contemplou a prática clínica com os mesmos objetivos, envolvendo diversas sintomatologias a pedido das figuras parentais e do próprio centro.

Posteriormente, assim que surgiu oportunidade, uma nova fase foi incluída, a intervenção psicológica em contexto *snoezelen*, onde numa etapa inicial esta foi realizada com supervisão orientação de técnicas e estímulos sensoriais, dado às características da sala. Esta oportunidade contribuiu para o contacto de uma terapia complementar e positiva em contexto terapêutico, sendo neste mesmo espaço que os casos clínicos apresentados decorreram.

Ao longo do estágio e do contacto com o paciente, em toda a intervenção e no contexto clínico foi considerado a dignidade, o respeito, a privacidade e a proteção do mesmo no decorrer de todo o processo terapêutico.

Outras atividades.

O presente estágio ofereceu oportunidades para o desenvolvimento de diversas atividades de cariz psicológico, como a concretização de um programa de estimulação cognitiva (anexo C), a realização de relaxamento psicoterapêutico no CATL, ações de promoção do gabinete de psicologia e do Espaço Sentido, a presença na celebração de protocolos para a ampliação dos serviços de psicologia na comunidade, e ainda a participação de congressos e *workshops*.

- Realização de panfletos para a promoção do gabinete de psicologia;
- Participação no *open day* relativo aos serviços disponibilizados à comunidade no gabinete de psicologia, em Santana;
- Participação no workshop “Aprender a ser saudável no outono/inverno – nutrição, exercício físico e saúde mental”, na SCMS, 30 de outubro de 2015.
- Elaboração de um *poster* para ser apresentado no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente com a temática “Terapia multissensorial – Espaço Sentido”, na Universidade Lusíada de Lisboa, no dia 13 e 14 de abril de 2016;

- Participação no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente com a temática “Temas candentes”, na Universidade Lusíada de Lisboa, no dia 13 e 14 de abril de 2016;
- Participação no workshop “Conhecer as terapias alternativas e bem-estar”, em Sesimbra, no dia 15 de abril de 2016.
- Participação no III Congresso Nacional de Psicogerontologia com a temática “Risco Psicossocial: investigação e boas práticas”, na Universidade Lusíada de Lisboa, no dia 24 de fevereiro de 2016;
- Participação na celebração e estabelecimento de um protocolo realizado entre os serviços de saúde da SCMS e a Liga dos Amigos da Lagoa de Albufeira (LIALA), no dia 1 de maio de 2016;
- Inauguração do gabinete de psicologia na LIALA, dia 1 de maio de 2016;
- Realização de panfletos para a promoção de diversos serviços de saúde da SCMS;
- Relaxamento psicoterapêutico semanal no CATL, com crianças de diferentes idades;
- Participação no *open day* destinado ao Dia Mundial da Criança, no dia 1 de junho de 2016;
- Elaboração de cheques-oferta para promoção de *snoezelen* com diferentes temáticas: natal, dia da mãe, gravidez e sem tema específico;
- Participação na organização de eventos e inaugurações celebrados na SCMS (lembranças e *design* de publicitação);
- Inauguração da sala de *snoezelen* – Espaço Sentido – em Santana, no dia 1 de março;

- Elaboração e concretização de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC) intitulado de “Eu sorriu, logo existo”, como diferentes objetivos e dinâmicas a realizar pelas capacidades cognitivas dos utentes de ambos os lares;

- Auxílio e orientação a estagiário de observação de psicologia do 1º ano de Licenciatura, da Universidade Lusíada de Lisboa, na semana de 7 a 11 de março de 2016.

É de salientar que todas as atividades foram de encontro com os objetivos de estágio, e o que não representou um objetivo previsto, foi concretizado com prazer e satisfação, pois é uma aprendizagem e conhecimento adquirido, tanto a nível profissional como a nível pessoal.

Instrumentos

Para uma boa recolha de dados e informações essenciais para o acompanhamento psicológico, é necessário a utilização de técnicas psicológicas, que permite e auxilia, desde início, a criar e a estabelecer uma relação terapêutica e empática com o paciente, permite ainda compreendê-lo como um ser único e individual, com fragilidades e potencialidades, de modo a ser possível delinear um plano terapêutico adequado, que vá ao encontro das necessidades e objetivos desse mesmo acompanhamento.

Exame do estado mental: funções psicológicas.

Este exame proporciona identificar e monitorizar as funções psicológicas do paciente, incluindo a apresentação e a postura da pessoa no decorrer da consulta psicológica. Perante o sujeito, o clínico, a partir da observação, pode complementar com as seguintes características individuais: consciência, atenção/concentração, orientação, memória, perceção, pensamento, linguagem, comunicação não verbal, competência

social, inteligência, inteligência emocional, humor, afetos e emoções, e comportamento aberto (movimento, alimentação, sexualidade e sono). Com esta informação recolhida e sistematizada, é possível identificar dimensões fragilizadas para a concretização de objetivos terapêuticos, e ainda monitorizar evoluções ou retrocessos nas diferentes dimensões psicológicas avaliadas, que definem aquele indivíduo como único (Cunha, 2007; Groth-Marnat, 2003).

Instrumentos de avaliação psicológica.

Inventário de Depressão de Beck (BDI).

O Inventário da Depressão de Beck (BDI), é validado para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio Abreu (1973), com uma boa consistência interna, sendo justificada pelo valor de alfa 0.90. É um questionário composto por 21 afirmações com diferentes intensidades, de forma a avaliar a sintomatologia depressiva, sentida na última semana de vivência e experiência dos sintomas. Este instrumento de avaliação permite medir o grau de severidade de episódios depressivos como sentimentos de desesperança, desvalorização, irritabilidade, culpabilização ou punição, e ainda sintomas físicos, como fadiga, perda de motivação, perda de peso e diminuição da libido (Vaz Serra, A., & Pio Abreu, 1973a).

A pontuação e a interpretação dos resultados obtidos são realizadas através da soma das respetivas intensidades indicadas pelo sujeito, sendo que esse somatório traduz o nível de classificação e severidade do quadro depressivo, de acordo com a pontuação total: ausência de sintomas depressivos (0 a 9 pontos); disforia (10 a 17 pontos); depressão leve (17 a 20 pontos); depressão moderada (20 a 30 pontos); e depressão severa (30 a 63 pontos). Desta forma, é possível medir o estado emocional do

indivíduo, e compreender melhor a severidade da sintomatologia depressiva na vida pessoal, profissional e social (Vaz Serra, & Pio Abreu, 1973b).

Mini Mult.

Esta prova, sendo validada e aferida para a população portuguesa, tem como objetivo avaliar traços da personalidade, sendo constituída por 71 afirmações, onde o sujeito classifica essa mesma afirmação como “verdadeiro” ou “falso”. Este questionário é uma versão reduzida do MMPI - *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* -, permitindo pontuar 11 escalas de 13 da prova supracitada, nomeadamente 8 escalas clínicas e 3 de validade (Seisdedos, N. & Roig-Fusté, 1986).

As escalas clínicas englobam: hipocondria (*Hs*); depressão (*D*); histeria (*Hy*); desvio psicótico (*Pd*); paranoia (*Pa*); psicoestenia (*Pt*); esquizofrenia (*Sc*); e hipomania (*Ma*). Quanto às escalas de validade, estas possibilitam verificar a validade da prova como: a mentira (*L*), onde esta integra itens referentes a situações socialmente desejáveis; a frequência (*F*), sendo “*itens de baixa frequência de resposta no grupo norma*” (Rodrigues, 2010, p.24), em que quando respondido ocorre essa comparação padronizada; e a correção (*K*), em que identifica pessoas com “*psicopatologia conhecida, mas que quando respondem aos testes dão um perfil normativo*” (Rodrigues, 2010, p.24). A análise destes mesmos resultados é realizada, tendo em conta que nota T acima de 70, sugere a presença de características psicopatológicas clinicamente significativas (Rodrigues, 2010).

Relativamente às características psicométricas, demonstra uma boa consistência interna, tendo como coeficiente de fidelidade um valor de 0.795. Porém, nomeadamente as escalas hipocondria, depressão e histeria apresentam um alfa de *cronbach* baixo. Isto é, uma consistência interna baixa (Lopes, 2015; Seisdedos, & Roig-Fusté, 1986).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), é composta por 21 itens, tendo sido adaptada e validada para a população portuguesa por Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004), sendo esta a versão reduzida da EADS-42. As características psicométricas do presente instrumento, traduzem-se por valores de consistência interna de .93, para a dimensão depressão, .83 para a de ansiedade e .90 para a de stress. Relativamente a valores de alfa de *cronbach*, obtiveram-se .95 na depressão, .92 na ansiedade e .93 na de stress (Dinis, Gouveia, & Xavier, 2011; Pais-Ribeiro, Horando, & Leal, 2004a).

O objetivo incide na avaliação de três dimensões psicológicas: a ansiedade, através de sintomas fisiológicos, de estados de ansiedade em determinadas situações (itens 2,4,7,9,15,19 e 20); a depressão, avalia a presença de sintomas depressivos, de baixa autoestima, interesse, motivação e a perceção negativa (itens 3,5,10,13,16,17 e 21); e o *stress*, sendo expresso por estados de excitação e/ou tensão (itens 1,6,8,11,12,14 e 18). O paciente deve classificar numa escala tipo *likert*, sintomas ocorridos na semana passada, em que 1 – “Não se aplicou nada em mim” e 4 - “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A cotação é realizada através da soma de cada dimensão, e da sua multiplicação, de forma a que o resultado seja equivalente à EADS-42, resultando em níveis de ansiedade desde o “normal” a “muito severo” (Pais-Ribeiro, Horando & Leal, 2004b).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30).

A Escala de Depressão Geriátrica – GDS-30 -, foi validada e aferida para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral em 2003, com um alfa de *cronbach* .86. Este instrumento é de autoavaliação, recorrendo a sintomas que decorreram na última semana. O modo de resposta assenta na dicotomia “sim” ou “não”

para cada afirmação, sendo formuladas com um sentido positivo (itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28) ou com um sentido negativo (itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21 e 27). A presente escala é destinada à população idosa, de forma a que seja possível identificar e a avaliar a sintomatologia depressiva. A avaliação do estado depressivo corresponde a 30 pontos no total da escala: “ausência de depressão” (inferior a 10 pontos); “depressão ligeira” (entre 11 e 20 pontos); e “depressão grave” (superior a 21 pontos). Quanto maior a pontuação obtida através da soma, maior o grau de depressão do idoso avaliado (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espírito Santo, 2015; Pimentel, Afonso & Pereira, 2012).

Escala de Vinculação do Adulto (EVA).

A prova Escala de Vinculação do Adulto, denominada originalmente de Adult Attachment Scale - AAS-R, foi adaptada e validada para a população portuguesa por Canavarro em 1999, tendo sido obtido valores de alfa nas diferentes dimensões a avaliar: ansiedade, 0,831; confiança nos outros, 0,611; e conforto com a proximidade apresentaram valores 0,312. Permite avaliar o estilo de vinculação com base nas 3 dimensões: ansiedade, no receio de vivenciar o abandono ou de não ser amado por quem apresenta laços de proximidade (3, 4, 9, 10, 11 e 15); conforto com a proximidade, pela forma como se sente confortável com relações de proximidade e de intimidade (1, 6, 8, 12, 13 e 14); e, confiança nos outros (2, 5, 7, 16, 17 e 18). Esta é uma escala composta por 18 itens, em que o sujeito deverá autoavaliar se determinada afirmação faz parte de si ou não (entre 1 – “*Nada Característico em mim*” e 5 – “*Extremamente Característicos em Mim*”). A cotação e a interpretação são realizadas pela pontuação mais significativa das dimensões avaliadas, sendo que o total de pontos por cada dimensão é 30. Quando o valor da dimensão ansiedade é elevado, significa que

o estilo de vinculação se caracteriza por ansioso, o mesmo acontece na dimensão conforto com a proximidade, significando um estilo de vinculação seguro. No caso da dimensão confiança nos outros, quanto mais baixo for o valor, mais evitante é o estilo de vinculação no avaliado (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Ficha Sociodemográfica e do Luto.

Esta ficha consiste em recolher dados e informações sobre o paciente e sobre a perda mais significativa (há quanto tempo, laço afetivo e relacional, causa do falecimento) e se procurou apoio psicológico após a perda. A última questão, de estilo quantitativo, remete para a pessoa classificar a perceção da intensidade emocional desse mesmo acontecimento, podendo variar entre 1- “*Emocionalmente Suportável*” e 6 – “*Emocionalmente Insuportável*”. Este instrumento de recolha de informação é útil na medida em que é possível compreender a dimensão da dor e do sofrimento emocional da pessoa face ao falecimento, e o modo como esse elemento significativo pode estar relacionado com a vinculação afetiva (Duarte, 2012).

Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT) e Escala de Mudanças Negativas após o Trauma.

O Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT) foi validado e aferido para a população portuguesa em 2008, por Resende e colaboradores, a partir do inventário original Post traumatic Growth Inventory (PTGI), de Tedeschi e Calhoun (1996). O objetivo deste instrumento é avaliar se o paciente, mesmo experienciando um acontecimento traumático, se passou por mudanças positivas após este evento. Este inventário é constituído por 21 itens, onde sobre cada afirmação, o avaliado através de uma escala tipo *likert*, indica o grau que considera ter mudado face à perda, visto que 0 – “*Não mudei*” e 5 “*Mudei completamente*”. Como forma de obter um resultado, a

soma do grau indicado pelo sujeito, corresponde a um total, onde este pode variar entre 0 e 126 pontos. Quando a pontuação é superior a 65, considera-se que existe um crescimento positivo face ao trauma (Courela, 2010; Jaarsma, Pool, Sanderman, & Ranchor, 2006; Resende, Sendas, & Maia, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

A Escala de Mudanças Negativas após o Trauma foi incluída no inventário acima supracitado, para que o sujeito não fosse influenciado, visto que este procura avaliar e aceder as mudanças negativas experienciadas após um acontecimento traumático. Este inventário foi desenvolvido por Costa (2008), sendo composto por 6 itens. É uma escala de autoavaliação, sendo o próprio que deve considerar e atribuir o grau que experienciou mudanças negativas após o acontecimento, através de uma escala tipo *likert* 0 – “Não mudei” e 5 – “Mudei muito acidentalmente” (Costa, 2008; Duarte, 2012).

Inventário de Luto Prolongado (ILP).

A Inventário de Luto Prolongado foi traduzido e validado para a população portuguesa, em 2010, sendo que esta foi concretizada a partir do Inventory of Complicated Grief, desenvolvida por Prigerson e colaboradores (1996). Este instrumento permite verificar se o paciente se encontra ou não num luto prolongado, de acordo com os sintomas descritos no DSM-V. Esta prova psicológica é constituída por 13 itens, que se dividem em três partes, avaliando a frequência com que surgem sentimentos de ansiedade e de separação, a duração dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, e como interfere nas áreas funcionais do enlutado. A interpretação é concretizada, se preencher os critérios da perturbação do luto prolongado (Delalibera, 2010; Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Bierhals, & Newsom, 1995).

Instrumentos de intervenção psicológica.

Técnicas de relaxamento.

Quando está presente a componente ansiosa, deve-se utilizar técnicas terapêuticas direcionadas para a ansiedade. O relaxamento, a visualização e os exercícios de respiração são apenas alguns exemplos, que levam o paciente a momentos de prazer aquando a diminuição de sensações negativas. Estas abordagens terapêuticas demonstram efeitos positivos e benefícios na gestão de patologias for e no contexto terapêutico (Filho, 2009; Pires, 2003).

O relaxamento tem demonstrado benefícios nos níveis de ansiedade, autoestima e em problemáticas de impulsividade, e para tal existem diferentes tipos. O relaxamento simples, onde este consiste em colocar a pessoa confortável e segura num ambiente tranquilo, podendo estar sentada ou deitada, iniciando com a perceção do corpo e do espaço, e posteriormente levar a pessoa a um lugar seguro, dando margem à sua imaginação para criar detalhes. Esta técnica pode ser adaptada consoante a problemática apresentada – relaxamento progressivo -, por exemplo, no caso de ansiedade, o foco são os níveis de ansiedade, o controlo da respiração, situações ou fatores geradores de stress. Outro exemplo, é a autoestima, onde através do relaxamento guiado, o clínico dá ênfase à perceção e à apreciação da imagem, através do reflexo incorporado num dos elementos do cenário criado (Junqueira, 2006).

A visualização como técnica psicológica e terapêutica, proporciona a oportunidade de através da memória autobiográfica (MA), da consciência, da atenção e da imaginação, seja possível o clínico guiar o paciente a projetar-se para o seu passado e para o seu futuro, sendo possível este imaginar ou antecipar positivamente uma resposta sobre determinada situação que preocupa o sujeito, através de um fenómeno

denominado de *mental time travel* (MTT). Este processo pode ser aplicado em diversas situações localizadas no passado, permitindo dar continuidade e conforto ao *self* ou a determinada memória negativa, ou em eventos futuros, como por exemplo uma entrevista de emprego, a receção de um teste, uma apresentação, entre outros momentos que causam mau estar e sofrimento psicológico no indivíduo (Aurélio, 2012).

Técnicas de snoezelen.

Este é um espaço que oferece um ambiente sensorial repleto de sensações e experiências positivas, através do contacto multissensorial. As técnicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC) podem ser integradas através da aplicação das mesmas, no sentido de trabalhar relações causa-efeito, aprendizagem, e ainda o relaxamento e a visualização com a cama de água e a interação com outros estímulos, como aromas, música ou fibras óticas envolvidas. A terapia da reminiscência em contexto *snoezelen*, surge de uma forma menos invasiva e pessoal, oferecendo ao paciente um ambiente de confiança, de bem-estar e de segurança, sendo possível realizar uma viagem ao passado junto da pessoa, prevalecendo a relação, as memórias, a interação e as diferentes emoções associadas a um evento evocado (Hoyas, 2009; Lee, Lee, & Kim, 2013; Martins, 2011; Rodríguez & Llauradó, 2010; Sáchez, et al., 2013; Singha, et al., 2004).

Conclusão

O presente estágio curricular revelou-se importante para a prática da componente teórica aprendida ao longo do percurso académico. Contudo, a dimensão teórica demonstra-se insuficiente pela imprevisibilidade do mundo real e da singularidade de cada indivíduo, revelando a necessidade de enquanto profissional clínico, ser necessário não só investir na dimensão pessoal, bem como na formação e na continuação de aquisição de conhecimentos científicos. Este investimento considera-se pertinente pela necessidade de estar a par sobre a compreensão psicológica, visto que o ser humano está em constante evolução.

O estar disponível para aprender, partilhar e ouvir experiências são fatores importantes de reflexão, compreensão e evolução pessoal e profissional. Esta pertinência foi sentida em momentos de orientação e supervisão sobre os casos apresentados, aquando a partilha de técnicas, experiências, estratégias e diferentes perspetivas. Uma perspetiva holística demonstra-se essencial para uma visão multidimensional do paciente, que permita concretizar um acompanhamento adequado à problemática.

Os objetivos de estágio inicialmente propostos foram devidamente atingidos, tendo em consideração a ética e a deontologia do profissional clínico. As diferentes fases de observação, de supervisão e de acompanhamento e avaliação psicológica foram devidamente respeitadas, o que proporcionou a aquisição, exploração e interligação entre as componentes teóricas e práticas. Ao longo do estágio todas as atividades propostas foram concretizadas com o maior esforço e empenho pessoal, e ainda como futura psicóloga. Com o desempenhar dos objetivos e das respetivas atividades, sinto

que foram desenvolvidas competências no âmbito da psicologia clínica e pessoais pela maturidade emocional que a prática clínica envolve.

Esta componente emocional está presente essencialmente na relação terapêutica e no estabelecimento de uma relação empática, que leva à compreensão do sujeito, da sua sintomatologia, fragilidades e contextos, mas acima de tudo das suas potencialidades como ferramentas internas para o alcance do seu equilíbrio, bem-estar e qualidade de vida. Estas características inerentes à terapia, a escuta ativa, o respeito pela história de vida e a aceitação incondicional do paciente, revelam-se importantes no sucesso terapêutico, pela confiança e segurança transmitida, o que leva a que o paciente se envolva no seu próprio processo de mudança.

No que diz respeito às limitações encontradas ao longo do estágio, a pouca acessibilidade a instrumentos de avaliação psicológica representa uma limitação, na medida em que se manifesta importante para a compreensão de funções psicológicas e de componentes emocionais. A conciliação de espaços adequados para a concretização de acompanhamentos e avaliações psicológicas, e de dinâmicas de estimulação com os utentes, também se representa como uma limitação, no sentido de articulação dos diferentes serviços e de espaços adequados para a prática psicológica.

As sugestões futuras, inserem-se no âmbito de criação de espaços que possam salvaguardar a confidencialidade entre intervenções individuais ou de grupo, se assim for possível. A continuação de supervisão, de orientação e de partilha de conhecimentos dos demais serviços sobre os diferentes casos clínicos e utentes, considera-se importante para uma aprendizagem e acompanhamento pessoal e clínico desses mesmo utentes e pacientes externos. A nível pessoal e profissional, salienta-se o investimento na

formação de provas psicológicas, pela sua amplitude teórica e científica direcionada às dimensões psicológicas e emocionais.

Relativamente às expectativas iniciais do estágio, estas foram efetivamente superadas numa perspetiva positiva, pela aquisição de conhecimentos adquiridos das diferentes patologias e faixas etárias na sua prática clínica.

Toda esta experiência, teve um impacto positivo nas minhas escolhas pessoais e profissionais, como investir na formação futura. Neste sentido, foi um processo enriquecedor a nível pessoal e profissional!

Reflexões finais

O estágio académico proporcionou a proximidade de colocar em prática o conhecimento técnico aprendido no decorrer do percurso académico. Permitiu, ainda adquirir e potencializar capacidades emocionais, sociais e psicológicas, tanto pessoais como profissionais. Com a aquisição desses conhecimentos foi possível gerir um melhor envolvimento e distanciamento emocional, bem como mecanismos de defesa associados a determinados conteúdos abordados.

Ao longo do acompanhamento, de modo a compreender e aceitar incondicionalmente o indivíduo que se expressa e manifesta naquele espaço terapêutico, denota-se a importância das ferramentas emocionais e profissionais, como forma de auxiliar o outro nas suas fragilidades.

Esta foi uma aprendizagem, que mais do que teórica, foi bastante prática, o que transmitiu autoconfiança, experiência pessoal e profissional para concretizar este trabalho como futura psicóloga, oferecendo ferramentas individuais, tendo sempre em vista o bem-estar do outro.

O facto de abranger diversas faixas etárias, permitiu conhecer diferentes dimensões do desenvolvimento humano, emocionais, sociais e psicológicas sendo uma mais valia para a minha aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, visto que se aprende com o contacto e interação com o outro. O percurso académico percurso académico demonstra-se insuficiente ao longo de uma vida, porque viver é uma forma de aprender e ensinar. O estar disponível para que o outro nos ensine, é uma mais valia para podermos praticar e aplicar o nosso papel profissional para um bem maior - o outro.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. (1994). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- American Psychological Association (2002). *DSM-IV- TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Marta, L. M., & Amaral, T. I. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência, III* (5), 193-201.
- Araújo, M. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e prática, 2* (IX), 126-141.
- Aurélio, J. (2012). Mental time travel: teoria e aplicação. *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas, 1*, 175-184.
- Bahls, S., & Navolar, A. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrónica de Psicologia, 4*.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span development psychology on the Dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*(5), 611-626.
- Barbosa, F. O., Macedo, P. C., & Silveira, R. M. (2011). Depressão e o suicídio. *Revista da SBPH, 14*(1), 233-243.
- Basco, M., Thase, M., & Wright, J. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental*. São Paulo: Artmed.
- Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.
- Bowlby, J. (1998). *Perda: Tristeza e Depressão*. Vol. 3. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: A Natureza do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos*, 4(2), 63-68.
- Bromberg, M.H. (2000). *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Livro Pleno.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-187.
- Carneiro, C. & Abritta, S. (2008). Formas de existir: a busca do sentido para a vida. *Revista de abordagem gestáltica*, 14(2), 190-194.
- Casullo, M. M., & Liporace, M. F. (2004). Evaluación de los estilos de apego en adultos: assessment of adults attachment styles. *XII Anuario de Investigaciones*, 183-192.
- Chao, S., Liu, H., Wu, C., Jin, S., Chu, T., Huang, T., et al. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Research* 14(1), 36-45.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão: episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Clempsi Editores.
- Conte, H. R. (1994). Review of research in supportive psychotherapy: An update. *American Journal of Psychotherapy*, 48(4).
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias: abordagens actuais* (3.^a ed). Porto Alegre: Artmed.

- Costa, C. R. (2008). *A evolução após exposição adversa e traumática: Crescimento e/ou perturbação?* Tese de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Cunha, J. A. (2007). *Psicodiagnóstico-V* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dalbem, J. X., & Dell'Aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24.
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espírito Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do inventário de ansiedade geriátrica numa amostra de utentes de estruturas residenciais para idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 31-45.
- Decreto Lei nº 78/2011 (2011). *Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses*. *Diário da Republica II Série*. Nº78 (11-04-20), 17931-17936.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 6-11.
- Delalibera, M. A. (2010). *Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13)*. Tese de Mestrado publicada. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Dinis, A., Gouveia, J.P., & Xavier, A. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa do questionário de expressividade familiar. *Psychologica*, 54, 231-258.
- Duarte, A. M. (2012). *Experiência do luto e crescimento pós-traumático à luz da perspectiva da vinculação numa amostra de estudantes universitários*.

- Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Católica Portuguesa de Braga.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Fernandes, S. I. (2014). *Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Trabalho de projeto não publicado. Escola Superior de Educação de Bragança.
- FFMS (2013). Indicadores do envelhecimento. Recuperado em Março de 2016 retirado de <http://www.pordata.pt/>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freire, S.A., Resende, M.C., & Rabelo, D.F. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspectivas em psicologia*, 16(1), 190-211.
- Freitas-Magalhães, A. (2011). *A psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662.
- Gaspar, T., & Torres, I. (coords) (2015). *Relatório sobre factores psicossociais e profissionais promotores da qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento activo*. Retirado de

<http://www.lis.ulsiada.pt/DesktopModules/Aricie.PageFlip/Viewer.aspx?ID=16388&Locale=pt-PT>.

- Gauer, G., & Gomes, W. B. (2008). Recordação de eventos pessoais: memória autobiográfica, consciência e julgamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(4), 507-514.
- Glutman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2011). *Psicologia* (9ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, D. (2007). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Tese de mestrado não-publicada. Universidade do Minho de Braga.
- Gonçalves, D. C., & Martin, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumento Curitiba*, 25(51), 371-384.
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), 101-110.
- Gregory, R. J. (2004). *Psychological Testing: History, Principles and Applications*. California: Pearson.
- Groth-Marnat, G. (2003). The assessment interview. In *Handbook of psychological assessment* (4 ed.). (pp. 69-102). Canada: Wiley.
- Holanda, A. (2001). Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia de psicopatologia. *Psicologia em estudo, Maringá*, 2(VI), 29-38.
- Hoyas, E. H. (2009). La sala snoezelen en terapia ocupacional. *TOG (A Corunã)*, 6(10), 1-9.

- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *PsychoOncology*, *15*, 911-920.
- Junqueira, M. (2006). Viagem do relaxamento: técnicas de relaxamento e dinâmicas. Goiânia: Ed. Da UCG.
- Klever, S. (2013). Reminiscence therapy: finding meaning in memories. *Nursing*, 36-37.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceptuais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *30*(2), 54-60.
- Lana, L. D., & Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e de Gerontologia*, *3*(17), 673-680.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias* (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). Intervenção em psicologia clínica e da saúde. *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*, *1*, 11-16.
- Lopes, T. S., Afonso, R. M., Ribeiro, O., & Freitas, M. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão de literatura. *Psicologia, saúde & doenças*, *15*(3), 577 – 611.
- Lopes, T. S., Afonso, R. M., Ribeiro, O., & Freitas, M. (2014). Reminiscência como intervenção na demência. *Revista de Psicologia*, *2*(1), 105-111.

- Lopes, T., et al. (2014). Impacto de um programa de terapia de reminiscência livre e individual em pessoas idosas com déficit cognitivo institucionalizadas. *Revista de psicologia*, 2(1), 105-111.
- Louzette, F. L., & Gatti, A. L. (2007). Luto na infância e as suas consequências no desenvolvimento psicológico. *Iniciação científica*, 1, 77-79.
- Lucas, M. (2014). *Diga não à depressão*. Lulu Press.
- Marcolino, J. A. (1999). Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 81-82.
- Markowitz, J., Manber, R., & Rosen, P. (2008). Therapists responses to training in brief supportive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 62(1), 1-45.
- Marques, A. I. (2012). *Terapia de Reminiscências: Projeto de intervenção*. Tese de mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Viseu.
- Martins, R. M. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140.
- Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Sales-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2004). The Emergence of autobiographical memory: a social cultural developmental theory. *Developmental Review*, 2, 486-511.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Oliveira, J. B., & Lopes, R. G. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de conjuge e filho. *Psicologia em estudo, Maringá*, 13(2), 217-221.
- Oliveira, K. L., et al. (2005). O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 127-135.

- Oliveira, M. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 30-34.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo de adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Paloski, L. H., & Christ, H. D. (2014). Terapia cognitivo-comportamental para depressão com sintomas psicóticos: uma revisão teórica. *Contextos Clínicos*, 7(2), 220-228.
- Panzini, R. G., Rocha, N., Bandeira, D., & Fleck, M. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clinica*, 34(1), 105-115.
- Payne, R. A. (2003). Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde (2ªed.). Loures: Lusociência.
- Picardi, A., & Gaetano, P. (2014). Psychotherapy of mood disorders. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 140-158.
- Pimentel, A. F., Afonso, R. M., & Pereira, H. (2012). Depression and social support in old age. *Psicologia, saúde & doenças*, 13(2), p. 311- 327.
- Pires, C. M. (2003). *Manual de psicopatologia uma abordagem biopsicossocial*. Leiria: Editorial Diferença.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 73-80.

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., & Newsom, J. T. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*, 65–79.
- Reis, D. K., Rodrigues, A. S., & Melo, C. M. (2010). A práxis do psicólogo face ao código de ética profissional. *Revista científica eletrônica de psicologia*, *14*(VIII).
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das características psicométricas do *posttraumatic growth inventory* – PTGI – (inventário de crescimento pós-traumático) para a população portuguesa. In *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 1-16. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Ribeiro, J. (2012). A psicologia da saúde 40 anos depois. *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*, *1*, 17-30.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (2012). Psicologia clinica da saúde. *Análise Psicologia*, *4*(XIV), 589-599.
- Rodríguez, M. J., & Llauradó, M. (2010). Estimulación multissensorial en un espacio snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, *41*(4), 22-32.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598-611.
- Safranny, K. R. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, *11*(6), 2-15.
- Santos, E., Pocinho, R., Vilhena, J., & Navarro-Pardo, E. &. (2012). Editorial: a arte de envelhecer. *Revista Ibero-americana de Gerontologia*, *1*, 7-9.

- Scharfetter, C. (1996). *Introdução à psicopatologia geral* (2ªed). Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.
- SCMS (2006). *Regulamento interno de lar de santiago*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra.
- SCMS (2007). *Regulamento interno de apoio domiciliário (SAD) e apoio domiciliário integrado (ADI)*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.
- SCMS (2011). *CATL: regulamento interno*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra
- SCMS (2014). *Carta social*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.
- SCMS (2015). *Regulamento interno do lar de idosos*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra
- SCMS (2015a). *Mapa de investimento provisional de 2015*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.
- SCMS (2015b). *Plano de atividades e orçamento para 2016*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.
- SCMS (2015c). *Regulamento interno gabinete de psicologia*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.
- SCMS (2015d). *Regulamento interno de centro de dia*. Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra, Sesimbra.
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva life-span. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 647-655.
- Seisdedos, N., & Roig-Fusté, J. M. (1986). *MMPI – suplemento técnico e interpretación clínica*. Publicaciones de psicología aplicada. Madrid: TEA Ediciones.

- Silva, A. N., Vasco, A. B., & Watson, J. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2(XXXI), 197-211.
- Silva, M., Elsen, I. & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, factores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia-Cadernos de Psicologia e Educação*, 13(26), 147-156.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C. M., Oliveira, A. L., Alcoforado, J. L., et al. (2009). O sentido da vida: Contexto ideológico e abordagem empírica. *Psychologica*, 51, 101-130.
- Singha, N. N., Lancionib, G. E., Wintonc, A. S., Molinad, E. J., Sagee, M., Brownf, S., et al. (2004). Effects of snoezelen room, activities of daily living skills training, and vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 285-293.
- Souza, A. M., & Corrêa, V. A. (2009). Compreendendo o pesar do luto nas atividades ocupacionais. *Revista do NUFEN*, 1(2), 131-148.
- Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S. M., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

- Teodósio, A. I. (2013). *Luto na terceira idade após a viuvez*. Tese de mestrado não-publicada. Universidade da beira interior: Covilhã.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I-Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II-Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 713-736.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32, 1087-1105.
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal Adult Development*, 17, 110–119.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto* (4ª Ed.). Roca.

ANEXOS

ANEXO A

Terapia snoezelen: contacto multissensorial

Anexos A

Terapia *snoezelen*: contacto multissensorial

Snoezelen define-se como uma abordagem terapêutica indolor e não medicamentosa. Surgiu na década de 70, na Holanda, por influência de dois terapeutas, após ter sido realizada uma intervenção a pacientes psiquiátricos. Esta abordagem baseia-se no contacto multissensorial, apelando os cinco sentidos primários (visão, tato, olfato, paladar e audição) e, ainda o vestibular e o proprioceptivo. O neologismo da palavra *snoezelen* advém do privilegiar dos sentidos e do objetivo terapêutico: *snuffelen*, significando cheirar; e *doezelen*, que simboliza o relaxamento (Martins, 2011).

O ambiente sensorial distingue-se pela oferta de sensações e experiências positivas. A interação e o contacto multissensorial com os objetos sensoriais disponíveis na sala, sendo que cada um promove uma estimulação específica e agradável ao paciente de acordo com os efeitos sonoros pretendidos, que sejam visuais, auditivos, tácteis, olfativos ou gustativos. Existem três tipos de sala *snoezelen*, onde cada uma preenche objetivos específicos de intervenção. A sala branca é caracterizada pela ausência de cor, a sala negra, sendo que predomina a luz negra, e a sala aventura, onde o próprio espaço proporciona a atividade psicomotora e sensorial (Hoyas, 2009).

Entre os diferentes tipos de sala, existem diferentes equipamentos e estímulos. Os estímulos visuais como fibras óticas, colunas de água, projeção de imagens, diferentes luzes, entre outros. Os estímulos táteis, através do sofá vibratório, de fibras óticas de bambu, entre outros equipamentos. Os estímulos auditivos, como painéis de sons, colunas de ar, equipamentos musicais. Os estímulos olfativos, através da aromaterapia (cremes, difusor, incensos e jogos aromáticos). Os estímulos vestibulares, como a cama de água, onde esta é aquecida e emite uma vibração. Por fim, os estímulos

proprioceptivos, envolvendo materiais vibratórios (Baillon, *et al.*, 2005; Singha, *et al.*, 2004).

Tendo em conta o contexto em que a terapia se insere, esta procura proporcionar sensações de relaxamento, de harmonia, de tranquilidade e de autorreflexão, bem como promover a autoconfiança, a autoestima, o autocontrolo, a criatividade, a tomada de decisão, e assim substituir as respostas desadaptativas por respostas positivas ao meio ambiente (Martins, 2011).

Na concretização da abordagem *snoezelen*, não existe um método específico. Contudo, é preciso planear uma intervenção adequada às necessidades e características intrínsecas do indivíduo e principalmente aos objetivos propostos. Durante a intervenção deve-se oferecer um ambiente de segurança, confiança e um balanço entre a estimulação sensorial e o relaxamento. Tendo em consideração que a sala de *snoezelen* é um espaço terapêutico, este pode ser beneficiado como ferramenta e contexto para diferentes modelos, devido à sensação de bem-estar e à oportunidade de se realizar algumas técnicas, que permitam aceder à pessoa, de forma mais eficaz e menos invasiva (Hoyas, 2009; Rodríguez & Llauradó, 2010; Sáchez, *et al.*, 2013).

Outra vantagem, é que este contexto pode ser usufruído por qualquer faixa etária (desde bebé ao idoso), por qualquer dificuldade ou patologia (redução de stress, autorreflexão, sintomatologia depressiva ou da ansiedade, ideação suicida, processo de luto, interação mãe-bebé, redução da dor crónica, vítimas de guerra, aceitação de doença, demências, entre outras que tenham impacto negativo na vida do indivíduo). No decorrer da interação do paciente num ambiente apropriado e com os diferentes estímulos, o terapeuta assume um papel empático, ativo, encorajador de exploração e de criatividade, envolvendo-se nas atividades propostas. Desta forma, estabelece e

fortalece a relação e a comunicação verbal e não verbal, oferecendo a oportunidade de usufruir sensações positivas e momentos de prazer (Lee, et al., 2013).

Os benefícios e resultados são observáveis de imediato a nível comportamental, fisiológico, relacional e emocional, pela redução dos níveis de tensão e ansiedade devido ao próprio ambiente terapêutico – espaço, pessoa, terapeuta, estímulos e emoções. Segundo Martins (2011), o espaço *snoezelen*, é um “*espaço físico, mas mais que isso um espaço emocional, musical, afetivo, um espaço de vida*” (Martins, 2011, p. 16), que possibilita o indivíduo expressar os seus sentimentos e emoções de uma forma livre (Hotz, et al., 2006; Martins, 2011; Singha, et al., 2004).

Referências Bibliográficas

- Bailon, S., Diepen, E., Prettyman, R., Rooke, N., Redman, J., & Campbell, R. (2005). Variability in response of older people with dementia to both snoezelen and reminisce. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(8), 367-374.
- Hotz, G. A., Castelblanco, A., Lara, I. M., Weiss, A. D., Duncan, R., & Kuluz, J. W. (2006). Snoezelen: a controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, 20(8), 879–888.
- Hoyas, E. H. (2009). La sala snoezelen en terapia ocupacional. *TOG (A Corunã)*, 6(10), 1-9.
- Martins, A. (2011). Snoezelen com idosos: estimulação sensorial para melhor qualidade de vida. Retrieved from www.snoezelen-idosos.com
- Rodríguez, M. J., & Llauradó, M. (2010). Estimulación multissensorial en un espácio snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41 (4), 22-32.
- Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementians*, 28(1), 7-14.
- Singha, N. N., Lancionib, G. E., Wintonc, A. S., Molinad, E. J., Sagee, M., Brownf, S., et al. (2004). Effects of snoezelen room, activities of daily living skills training, and vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 285-293.

ANEXO B

Ficha de preenchimento de sessão *snoezelen*

Anexo B

Ficha de preenchimento de sessão *snoezelen*



FICHA DE REGISTO DE SESSÃO SNOEZELEN

Paciente: _____
Técnico: _____ Acompanhante: _____
Data: __/__/____ Hora: __ H ____ - __ H ____ Sessão nº: ____

Técnico/ Objetivo	Estímulos / Equipamentos	Atividades / Observações

Observações: _____

Técnico(a) _____

ANEXO C

Programa de Estimulação Cognitiva: *Eu Existo, Logo Sorriu*

Anexo C

Programa de Estimulação Cognitiva: *Eu Existo, Logo Sorriu*



PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

“Eu existo, Logo sorriu”

UTENTES

Este programa irá decorrer em 5/10 sessões quinzenais de 30/45 minutos, de forma a estimular as capacidades cognitivas, potenciando-as se possível.

O programa será aplicado a diversos grupos de 4 ou 5 elementos. Cada grupo será trabalhado tendo em conta o programa de estimulação cognitiva, abordando as funções psicológicas superiores, e ainda a vertente psicomotora. Cada atividade constituinte do programa é adaptada ao grupo selecionado, tendo em conta as características comuns, e igualmente, tendo em consideração as capacidades de cada utente.

Neste sentido, foram planeados diferentes tipos de programas com distintas sessões. Utentes que demonstrem melhores capacidades e condições cognitivas, intelectuais e motoras irão beneficiar do Programa de Estimulação Cognitiva “Eu existo, Logo Sorriu” –I, e os utentes que se apresentem com comprometimento maior ao nível da cognição, beneficiarão de um Programa de Estimulação Cognitiva “Eu existo, Logo Sorriu” –II.

Assim, cada grupo será organizado de forma homogénea, com especificidades comuns, de forma a facilitar a dinâmica do mesmo, potenciando algumas fragilidades apresentadas e manifestadas pelos utentes.

O programa poderá sofrer algumas alterações, no momento em que se está a executar o mesmo, derivado de fragilidades que possam ser observadas pelas psicólogas em contexto do mesmo, tendo como intuito uma adaptação prática aos utentes e das suas necessidades presentes.



PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Unidade Residencial Lar Sr. Jesus das Chagas

Utentes com capacidades cognitivas minimamente intactas (raciocínio; memória - aquisição, retenção e evocação; habilidade construtiva e linguagem)

Sessão nº1: *Eu desenho, Tu adivinhas*

18 Janeiro 2016

Objetivo: Treinar a motricidade fina, assim como a capacidade de raciocínio e de execução e representação de um objeto, existindo desta forma uma associação entre palavra-objeto-representação.

Material: Rolinhos de papel com a palavra/objeto escrito; um saco para baralhar as palavras/objetos; Folhas de papel branco A4; Lápis de carvão; Borracha; Ampulheta (2 voltas).

- Consiste num conjunto de 33 palavras, onde o utente terá que tirar a sorte um papel que conterà a palavra que irá desenhar em seguida para que os restantes elementos do grupo adivinhem qual o objeto que está a ser representado.

Sessão nº 2: *Vamos ser populares*

1 Fevereiro 2016

Objetivo: Recorrer à memória a longo-prazo, à cultura e à experiência de vida.

Material: Ditados Populares

- A sessão decorrerá com os elementos de um grupo, onde cada ditado é lido pela(s) psicóloga(s). O mesmo ditado é dado aos utentes, para que leiam e seja discutido. Por exemplo, uma das psicólogas lê “Amigos, amigos negócios à parte” e passa para o utente à esquerda, prosseguindo essa ordem de leitura até

chegar à outra psicóloga. Após a leitura do ditado popular inicia-se a discussão do mesmo, tentando perceber de que forma é que fez e/ou continua a fazer sentido na sua vida, havendo a possibilidade de recorrer à teoria da reminiscência.

Sessão nº 3: *Medo de desafios*

15 Fevereiro 2016

Objetivo: Perceber como os utentes reagem e gerem o desconhecido.

Material: Caixa; Folhas de jornal; Chocolate; Rádio, CD, Folha branca “come-me”.

- Nesta sessão existirá uma caixa contendo um chocolate. Esta caixa vai sendo passada a cada elemento do grupo ao som de uma música. No momento em que a música parar, o elemento do grupo que estiver com a caixa na mão, deverá abri-la de forma a ver o que está no seu interior, obedecendo ao que está escrito numa folha branca A5 “come-me”. Neste exercício os utentes são confrontados com a novidade e com o fator surpresa, revelando de algum modo a sua personalidade perante o desconhecido.
 - É importante notar que a atividade é realizada num ambiente de receio e pressão criado pelas psicólogas antes de se avançar com a música. O elemento do grupo que possuir a caixa deverá “fazer o que lá está dentro”, sendo esta uma das frases mencionadas pelas psicólogas com o intuito de criar algum receio.
-

Sessão nº 4: *A pessoa que marcou a minha vida...*

29 Fevereiro 2016

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; pincéis; guaches.

- Nesta atividade os utentes têm de pintar “a pessoa que marcou a minha vida” para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência da mesma.
-

Sessão nº 5: *A pessoa que deixou saudade...*

7 Março 2016

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; lápis de cor.

- ▣ Nesta atividade os utentes têm de pintar “a pessoa que me deixou saudade” para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência e a ausência da mesma.
-

Sessão nº 6: *A pessoa com quem posso contar...*

21 Março 2016

Objetivo: Trabalhar o processo de luto.

Material: Folhas A4 com representação de uma figura neutra em termos de género; lápis de cera.

- ▣ Nesta atividade os utentes têm de pintar “a pessoa com quem posso contar” para que o grupo de psicologia consiga perceber quais as figuras significativas de cada elemento, trabalhando desta forma a influência e presença da mesma para superar as adversidades da vida.
-

Sessão nº 7: *Lista de palavras*

4 Abril 2016

Objetivo: Trabalhar a memória a curto prazo e a motricidade fina (escrita).

Material: Folhas A4; Lista de Palavras; Cronómetro.

- ▣ Nesta atividade os utentes têm de memorizar e posteriormente escrever numa folha de papel A4 uma lista de 10 palavras. As psicólogas mostram aos elementos do grupo a lista de 10 palavras, lendo-as de forma a facilitar a memorização. O grupo terá 3 minutos para decorar essa mesma lista. No final, é verificado o número de palavras corretas de cada elemento, abordando as dificuldades sentidas neste exercício.
-

Sessão nº8: *As palavras da minha vida*

18 Abril 2016

Objetivo: Trabalhar a memória; estabelecer relação com utentes; estabelecer relação entre utentes; Compreender significados atribuídos.

Material: Lista de Palavras.

- ☐ Nesta sessão, existirá um saco que contém diversas palavras isoladas no seu interior. Individualmente cada um dos utentes retirará uma palavra do saco, onde esta deverá ser lida em voz alta pelo próprio elemento do grupo ou pelas psicólogas se houver necessidade, e todos devem refletir sobre essa mesma palavra, procurando significados, discutindo-os com os restantes membros do grupo.
-

Sessão nº 9: *Declamar poesia*

2 Maio 2016

Objetivo: Trabalhar as capacidades cognitivas, leitura e expressão verbal.

Material: Diversas folhas A4 com diversos poemas.

- ☐ Cada um dos utentes terá uma folha A4 com um poema incluído. Cada um irá ler esse poema em voz alta para os restantes elementos do grupo. Oferecendo espaço na sessão, se existir necessidade, dos utentes discutirem sobre o poema lido.
-

Sessão nº 10: *Jogo da memória*

16 Maio 2016









Objetivo: Trabalhar as capacidades cognitivas: memória a curto-prazo e raciocínio.

Material: Cartas com elementos ilustrativos, alguns do dia-a-dia.

- ☐ Nesta atividade, as cartas serão dispostas no centro da mesa, onde um elemento à vez procura um par, tenha encontrado ou não, e assim sucessivamente até ao fim do jogo. No final, totaliza-se quantos pares tem cada elemento, sendo o vencedor aquele que apresente o maior número de pares.
-

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

“Eu existo, Logo Sorriu” - I

<i>Sessões</i>	<i>Data</i>	<i>Grupo 1 / Nomes</i>	<i>Assinaturas</i>	<i>Estado de Espírito</i>
Sessão nº 1	<u>08 / 01 / 2016</u>			
				
				
				
Sessão nº 2	<u>01 / 02 / 2016</u>			
				
				
				

ANEXO D

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

ANEXO E

Mini Mult

ANEXO F

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EDS-21)

ANEXO G

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30)

ANEXO H

Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

ANEXO I

Ficha sociodemográfica do luto

ANEXO J

Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICLT) e Escala de Mudanças Negativas Pós-Trauma

ANEXO L

Inventário do Luto Prolongado (ILP)

ANEXO M

Certificado de participação no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente

Anexo M

Certificado de participação no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente



ANEXO N

Certificado de participação no *workshop* Aprender a ser saudável no outono/inverno – Nutrição, Exercício Físico e Saúde Mental

Anexo N

Certificado de participação no *workshop* Aprender a ser saudável no outono/inverno –
Nutrição, Exercício Físico e Saúde Mental

CERTIFICADO

Certifica-se que

Cátia Nogueira

Assistiu e participou activamente no Workshop
Aprender a ser Saudável no Outono/Inverno –
Nutrição, Exercício Físico e Saúde Mental,

Com a duração de 2 horas lectivas.

Sesimbra, 30 de Outubro 2015

O Responsável pelo Workshop,



Dra med.chinesa Filipa Bernardino Baião




ANEXO O

Poster apresentado no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente com a temática “Terapia multissensorial – Espaço Sentido”

Anexo O

Poster apresentado no VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente com a temática “Terapia multissensorial – Espaço Sentido”



Terapia Multissensorial *Espaço Sentido*

Patrícia Madeira¹, Cátia Nogueira¹, Teresa Alvarez², Túlia Cabrita¹, Tânia Gaspar¹
¹Universidade Lusíada de Lisboa
²Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra

A presente comunicação tem por objetivo apresentar um trabalho de intervenção psicológica realizado com recurso a técnicas de *Snoezelen*, na Santa Casa da Misericórdia de Sesimbra (SCMS), no contexto do estágio curricular em psicologia clínica da Universidade Lusíada de Lisboa.

Terapia *Snoezelen*: Intervenção multissensorial de acordo com três eixos:

- Relaxamento/bem-estar (sensações de relaxamento e de tranquilidade),
- Relacional (respeito pela pessoa),
- Sensorial (o ambiente da sala *Snoezelen* recorre à criatividade, a partir dos materiais da mesma).

Objetivo:

- Vivenciar e experienciar um ambiente calmo e tranquilo;
- Promover a aprendizagem emocional, o bem-estar físico e mental;
- Proporcionar um clima de confiança facilitando a expressão e identificação de emoções e sentimentos.

Snoezelen é um termo holandês que deriva de: *Snuffelen* que significa cheirar; *Doezelen* que significa relaxar.

A terapia insere-se na prevenção e promoção da saúde, podendo atuar em diversas patologias e fragilidades:


O **Espaço Sentido** disponibiliza diversos equipamentos que apelam aos cinco sentidos primários, influenciando igualmente os sentidos vestibular e proprioceptivo.

Apresentam-se alguns dos materiais que a sala oferece:

Cama de água aquecida com som incorporado	Estímulos vestibular e proprioceptivo Relaxamento, interação, conforto, autonomia e autocontrolo
Espelhos	Estímulos visual e proprioceptivo Melhor percepção espacial e sobre si próprio. Contribui para uma melhor autoestima e interação social

A partir de um treino comportamental, emocional, comunicacional e de uma reestruturação cognitiva, adequada à pessoa, é possível promover respostas adaptativas.

Colunas de água Fibras óticas	Estímulos visual e tátil Concentração, relaxamento, percepção do objeto e corporal
Sofás vibratórios	Estímulos tátil e proprioceptivo Sensações de relaxamento e conforto



*As imagens utilizadas neste poster foram retiradas da Sala Snoezelen situada em Santana "Espaço Sentido" da SCMS, 2016