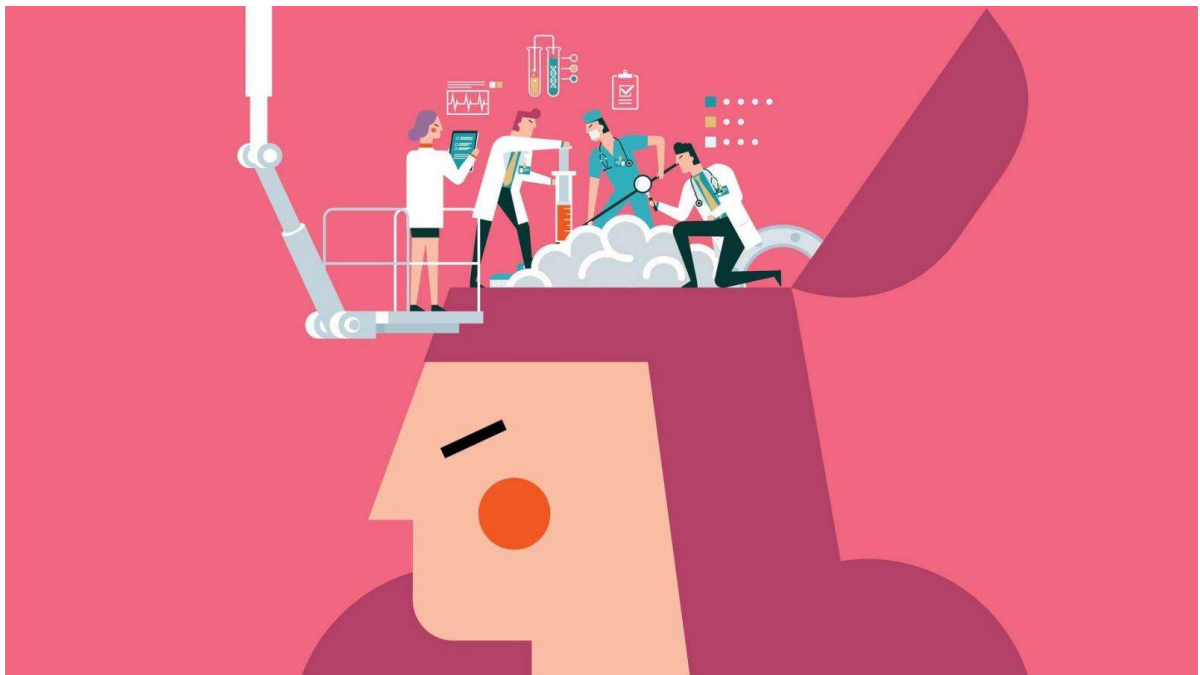




INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro de Emprego e Formação Profissional do Porto



MANUAL UFCD 10391

DOMÍNIOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM ADULTOS



MINISTÉRIO DO TRABALHO,
SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA
SOCIAL



ÍNDICE

Introdução.....	2
Âmbito do manual	2
Objetivos.....	2
Conteúdos programáticos	2
Carga horária	3
1.Intervenção do/a Técnico/a de Apoio Psicossocial com adultos	
.....	4
1.1.Âmbitos e limites	4
1.2.Questões éticas.....	5
2.Domínios da intervenção com adultos	10
2.1.Saúde, doença, incapacidade e deficiência.....	10
2.2.Promoção da saúde e prevenção de doença	12
2.3.Envelhecimento ativo e envelhecimento patológico.....	12
2.4.Promoção do envelhecimento ativo e prevenção do envelhecimento patológico.....	12
2.5.Contextos institucionais.....	12
3.Formas de intervenção com adultos.....	14
3.1.Individual, grupo, família e cuidadores	14
4.Estratégias de intervenção com adultos	16
4.1.Psicoeducação	16
4.2.Terapia orientada para a realidade.....	18
4.3.Terapia ocupacional	18
4.4.Ateliers terapêuticos.....	18
4.5.Reabilitação cognitiva.....	18
4.6.Salas snoezelen	18
Termos e condições de utilização.....	Erro! Marcador não definido.

Introdução

Âmbito do manual

O presente manual foi concebido como instrumento de apoio à unidade de formação de curta duração nº **10391 – Domínios e estratégias de intervenção em adultos**, de acordo com o **Catálogo Nacional de Qualificações**.

Objetivos

- Definir os âmbitos e limites da intervenção do/a Técnico/a de Apoio Psicossocial com população adulta.
- Identificar as áreas, domínios e objetivos da intervenção na população adulta.
- Explicar as vantagens das diferentes estratégias de intervenção em função dos objetivos definidos.
- Dinamizar atividades e produzir materiais ajustados à faixa etária e aos objetivos da intervenção.

Conteúdos programáticos

- Intervenção do/a Técnico/a de Apoio Psicossocial com adultos
 - Âmbitos e limites
 - Questões éticas
- Domínios da intervenção com adultos
 - Saúde, doença, incapacidade e deficiência
 - Promoção da saúde e prevenção de doença

- Envelhecimento ativo e envelhecimento patológico
 - Promoção do envelhecimento ativo e prevenção do envelhecimento patológico
 - Contextos institucionais
- Formas de intervenção com adultos
 - Individual, grupo, família e cuidadores
- Estratégias de intervenção com adultos
 - Psicoeducação
 - Terapia orientada para a realidade
 - Terapia ocupacional
 - Ateliers terapêuticos
 - Reabilitação cognitiva
 - Salas snoezelen

Carga horária

- 25 horas

1. Intervenção do/a Técnico/a de Apoio Psicossocial com adultos

1.1. Âmbitos e limites

As práticas colaborativas não são “intervencionistas” no sentido tradicional do termo em que a intervenção tem predeterminados os efeitos a obter nos clientes. Apresentam-se antes como possíveis práticas ou sugestões que podem (ou não) ser úteis com determinado cliente.

Os profissionais continuam especialistas na condução dos processos de ajuda, no entanto o poder e a certeza (conhecimento convencional) são substituídas por curiosidade (sobre o que o outro faz e como faz) e co-expertise pois ambos (profissionais e clientes) trazem para a intervenção as suas competências.

Intervir colaborativamente implica assumir uma atitude de abertura e de incerteza que leva o profissional a questionar (mesmo quando supõe saber a resposta) e a ouvir para saber mais sobre a história do cliente, convidando-o a participar numa conversa que respeita e honra a sua história e saber e incita o cliente a assumir-se como “proprietário” do seu plano de intervenção.

O termo colaboração (do latim *collabōrāre*, que significa “trabalhar em conjunto”) expõe a mudança relacional entre profissionais e clientes, capaz de gerar maior ativação dos clientes no controlo das suas vidas.

Trata-se de um processo contínuo, em que os profissionais trabalham para encontrar formas de cooperar com os clientes, em vez de os olhar apenas como recetores passivos de soluções pensadas por profissionais/serviços, quase sempre standardizadas, i.e., iguais para todas as famílias

Resumindo, intervir de forma colaborativa significa que os profissionais devem:

- Adotar uma postura de curiosidade cultural e honrar o conhecimento dos clientes;
- Acreditar nas possibilidades e focar-se nas mudanças desejadas (futuro);
- Envolver-se em processos de capacitação, ajudando os clientes a experimentar e a desenvolver sentimentos de autoeficácia;
- Trabalhar em parceria, ajustando os serviços e tornando o trabalho dos profissionais mais útil e adaptado às características das famílias.

1.2. Questões éticas

É importante que as/os psicólogas/os se esforcem para garantir aos adultos mais velhos com quem trabalham o direito de controlar a sua própria vida. Por vezes surgem conflitos entre familiares, cuidadores formais e adultos mais velhos fisicamente frágeis ou com défices cognitivos, porque alguns desses indivíduos podem acreditar que os adultos mais velhos não têm a capacidade de tomar decisões sobre as suas próprias vidas que possam afectar a sua segurança e bem-estar.

As/ os psicólogas/os são por vezes solicitadas/os a avaliar um ou mais domínios de capacidade dos adultos mais velhos (e.g., tomadas de decisão médicas, financeiras, contratuais, testamentárias ou de vida independente).

As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos são encorajadas/os a estar preparados para lidar com dilemas éticos difíceis, de modo a equilibrar as considerações relacionadas com os princípios éticos de beneficência e autonomia – isto é, protegendo a segurança e o bem-estar do idoso, ao mesmo tempo que reconhecem o direito que o indivíduo tem de tomar as suas próprias decisões tanto quanto possível.

Este dilema é especialmente relevante no caso dos adultos mais velhos com doença mental grave que vivem em contextos de cuidados continuados. O desejo de viverem em ambientes menos restritivos tem de ser equilibrado com as necessidades dos membros da família e os pareceres dos profissionais de saúde mental, a fim de assegurar que são prestados os devidos cuidados àqueles que se mostrem incapazes de tomar as suas próprias decisões.

Considerações semelhantes às que dizem respeito ao consentimento informado necessário a um tratamento aplicam-se ao trabalho com adultos mais velhos e ao trabalho com pessoas mais jovens.

Questões éticas e legais podem emergir quando está presente um certo grau de défice cognitivo ou quando o indivíduo idoso não está familiarizado com as opções de tratamento.

Por exemplo, alguns adultos mais velhos podem inicialmente demonstrar relutância em prestar o consentimento para participar na psicoterapia. No entanto, uma vez informados sobre o que o tratamento acarreta, geralmente dão consentimento.

Quando os adultos mais velhos são levados a fazer terapia por familiares, as/os profissionais são encorajadas/os a tomar medidas para garantir que seja o idoso a decidir se quer fazer ou não o tratamento, independentemente dos desejos da família.

De facto, obter o consentimento do indivíduo e recordar ao indivíduo e à família a confidencialidade do processo de tratamento pode ser uma parte importante da construção do relacionamento inicial com o idoso.

A avaliação de uma capacidade requer uma compreensão dos modelos clínicos e legais daquilo que são capacidades diminuídas, capacidades funcionais ligadas a normas jurídicas e da utilização apropriada de instrumentos para avaliar as capacidades funcionais e neurocognitivas e os sintomas psiquiátricos.

Os adultos mais velhos com uma diminuição de capacidade aparente e com poucas ou nenhuma ligação social são especialmente vulneráveis e exigem uma avaliação cuidadosa e, quando necessário, a identificação de alguém que o represente.

As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos podem muitas vezes deparar-se com questões de confidencialidade em situações que envolvam famílias, equipas interdisciplinares, contextos de cuidados continuados ou outros sistemas de apoio.

Um conflito de valores habitual em relação à confidencialidade envolve adultos mais velhos com deficiência cognitiva moderada a grave, e que podem constituir perigo para si próprios ou para os outros.

É útil considerar cuidadosamente a situação, tendo em conta estas questões, e pode ser especialmente útil consultar outros profissionais.

Para alguns adultos mais velhos poderem preservar a sua autonomia pode justificar-se tolerar algum risco de poderem causar danos a si próprios.

Em alguns contextos (e.g., instituições de cuidados continuados), os serviços de saúde mental podem ser fornecidos na residência onde o idoso vive. Nesses contextos, pode ser um grande desafio para a/o psicóloga/o manter a confidencialidade do cliente.

Além disso, nesses contextos, é importante estabelecer limites claros sobre o que será ou não partilhado com os funcionários da residência, tanto verbalmente como através de registos escritos

As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos podem, por vezes, ser pressionados pelos familiares ou por outros profissionais auxiliares envolvidos a

partilhar informações acerca do idoso. Essa partilha de informações é frequentemente justificada pela necessidade de ajudar o idoso, e a colaboração com outros pode ser muito vantajosa.

No entanto, os adultos mais velhos com os quais existe um relacionamento de tratamento têm tanto direito à total confidencialidade como os adultos mais jovens, e devem conceder o seu consentimento documentado para permitir a partilha de informações com outras pessoas.

Outro conjunto de questões éticas envolve a resolução de potenciais conflitos de interesse entre os adultos mais velhos e os membros da família, particularmente em situações de tomada de decisão pelo seu representante legal.

Mesmo quando a incapacidade cognitiva interfere na capacidade de uma pessoa exercer a autonomia no presente, pode continuar a ser possível determinar quais são ou foram os valores do indivíduo no passado e agir de acordo com esses valores.

Quando as decisões são tomadas por um representante legal, pode haver algum risco de que esse aja em seu próprio interesse, e não no melhor interesse do idoso com demência.

Esse potencial de conflito de interesses surge tanto com tutores formais e legalmente designados, como quando as decisões são tomadas por familiares. Esse conflito também pode surgir quando se tomam decisões sobre cuidados de fim de vida para os membros mais velhos da família.

As/os psicólogas/os podem sentir que existe um conflito de papéis quando trabalham em instituições de cuidados continuados. Por exemplo, podem surgir situações em que os melhores interesses do idoso podem opor-se aos da equipa ou da direção da instituição.

Para resolver esses dilemas éticos da melhor forma, a prioridade máxima deve ser a de defender os melhores interesses do idoso, mesmo quando a/o psicóloga/o tenha sido contratada/o pela instituição.

Por vezes, as/os psicólogas/os podem deparar-se com situações em que se suspeita de que os adultos mais velhos são vítimas de abuso ou negligência.

Há mais probabilidades de que as pessoas com mais de 80 anos sejam vítimas de abuso do que adultos mais velhos de outros grupos etários mais novos, o mesmo acontecendo àqueles que precisam de mais assistência física ou que apresentam défice de funcionamento cognitivo.

As mulheres idosas têm mais probabilidade de ser vítimas de abuso. Em parte, isto pode estar relacionado com o facto de as mulheres terem uma esperança de vida superior, o que aumenta o número de anos em que elas podem ter maior contacto com potenciais abusadores

Na maioria dos países, os profissionais são legalmente obrigados a relatar suspeitas de abuso e negligência às autoridades competentes. Servir bem as pessoas mais velhas nestas circunstâncias implica estar bem informado sobre os requisitos legais aplicáveis e os recursos da comunidade local, bem como colaborar na organização do envolvimento dos serviços de protecção de adultos

Da mesma forma, como a morte e o morrer estão relacionados com a idade, as/os psicólogas/os que trabalham com a população de adultos mais velhos podem considerar útil estar bem informados sobre as questões legais e a ética profissional em torno destes assuntos

2.Domínios da intervenção com adultos

2.1.Saúde, doença, incapacidade e deficiência

As/os psicólogas/os podem contribuir para a saúde e o bem-estar dos adultos mais velhos, ajudando a fornecer programas psicoeducacionais e envolvendo-se em esforços mais amplos de prevenção e outras intervenções orientadas para a comunidade.

Nessas actividades, as/os psicólogas/os integram o seu conhecimento clínico de problemas e técnicas, capacidades de consultoria, intervenções estratégicas e programação comunitária ou organizacional preventiva, para beneficiar um número substancial de pessoas idosas.

Este tipo de trabalho pode implicar a familiarização com a divulgação, identificação de casos, referenciação e intervenção precoce, na medida em que estas questões estão relacionadas com grupos específicos de adultos mais velhos em risco.

Um aspeto importante destes esforços é o facto das/os psicólogas/os compreenderem os pontos fortes e as limitações dos recursos da comunidade local relativamente aos seus domínios de prática, ou os factores de risco que afectam o grupo de adultos mais velhos em questão.

Da mesma forma, no que diz respeito à promoção do bem-estar geral dos adultos mais velhos, pode ser útil defender a existência de mais actividades de promoção da saúde orientadas para facilitar a participação dos adultos mais velhos a nível do exercício físico, boa nutrição e estilos de vida saudáveis.

As intervenções psicossociais dirigidas a familiares de pessoas com doença crónica, particularmente com demência, têm vindo a proliferar de forma rápida e pretendem

promover uma adaptação salutogénica aos desafios que advêm da evolução da doença, contribuindo para a aquisição de informação e melhorando o stresse emocional que ocorre após o diagnóstico de uma doença crónica.

Uma intervenção psicossocial pode ser definida como um conjunto de técnicas para utilizar mecanismos de ação cognitiva, comportamental ou social focados na melhoria do bem-estar psicológico e/ou social, para ajudar as famílias de pessoas com demência a lidar melhor com os desafios associados ao desenvolvimento da doença.

A maior parte das intervenções compreende diversas componentes: aconselhamento, educação, informação e suporte emocional ao cuidador familiar. Este tipo de apoio tem demonstrado diminuir a sobrecarga dos cuidadores familiares, diminuir os sintomas neuropsiquiátricos do doente e adiar/prevenir a sua institucionalização.

As intervenções psicossociais que têm vindo a ser desenvolvidas no contexto da demência incluem: grupos de suporte; aconselhamento (“counselling”); intervenções psicoterapêuticas; e, particularmente, intervenções psicoeducativas, que tiveram origem nos pressupostos do paradigma biopsicossocial

2.2.Promoção da saúde e prevenção de doença

2.3.Envelhecimento ativo e envelhecimento patológico

2.4.Promoção do envelhecimento ativo e prevenção do envelhecimento patológico

O conceito de envelhecimento ativo tem implícita uma constelação de fatores que o determinam.

Um desses fatores, com forte influência na manutenção da autonomia e do controlo sobre o meio, é a relação da pessoa idosa com o ambiente residencial, isto é, com a habitação e com o contexto físico e social envolvente.

As preocupações com a definição de ambientes adequados para os mais idosos sempre encararam o processo de envelhecimento atendendo sobretudo às fragilidades a ele associadas e prestando particular atenção a aspetos relacionados com a mobilidade.

Mas o desafio atual vai mais além e consiste em encontrar soluções que correspondam ao objetivo de promover a qualidade de vida, nomeadamente, através da integração social.

2.5.Contextos institucionais

As/os psicólogas/os geralmente trabalham com adultos mais velhos numa grande diversidade de contextos. Esses locais de prestação de serviços englobam vários contextos comunitários onde se encontram adultos mais velhos, incluindo contextos de cuidados comunitários e domiciliários (e.g., centros de dia, as suas casas ou apartamentos; contextos ambulatoriais (e.g., clínicas de saúde mental ou de cuidados de saúde primários, consultórios de profissionais independentes ou programas de grupos em regime de ambulatório), programas durante o dia (como centros de dia, programas psiquiátricos de hospitalização

parcial) que recebem adultos mais velhos com problemas múltiplos ou complexos, contextos de internamento hospitalar médico ou psiquiátrico, e contextos de cuidados continuados (como casas de repouso, residências assistidas, unidades de cuidados paliativos e outros locais de prestação de cuidados na comunidade).

Algumas instituições incluem uma grande variedade de contextos de cuidados. Por exemplo, as consultas em comunidades de reformados com cuidados continuados podem envolver o tratamento de adultos mais velhos em ambientes que variam de apartamentos independentes a ambientes de residência assistida, passando por instalações com serviços de enfermagem especializada.

Como os padrões de residência estão frequentemente concentrados em função das necessidades do serviço, os adultos mais velhos que se encontram nestes diversos contextos geralmente diferem em termos de grau de dependência e capacidade funcional.

No contexto de ambulatório, por exemplo, uma/um psicólogoA/O provavelmente deparar-se-á com adultos mais velhos com capacidade funcional, enquanto em instituições de cuidados continuados, o profissional normalmente prestará serviços a pessoas idosas com limitações funcionais ou cognitivas.

3. Formas de intervenção com adultos

3.1. Individual, grupo, família e cuidadores

O grupo de adultos apresenta as seguintes características:

- Os seus interesses são menos difusos que nos grupos de crianças e adolescentes, muitas vezes centrando-se em problemas concretos que não conseguem resolver sozinhos, ligados ao desempenho do papel de pais, de ativos, de cidadãos e de familiares.
- Devido à estratificação social habitualmente existente e os interesses específicos atrás referidos o grupo de adultos é bastante seletivo,
- Dadas as características físicas dos seus elementos as actividades destes grupos são mais de natureza verbal que motora,
- A inibição face a certos tabus de ordem social, sexual e outros, recomenda grande prudência por parte do interventor, no sentido de não ferir suscetibilidades desnecessariamente, e a habilidades em desenhar estratégias de intervenção que façam cair esse tipo de barreiras quando necessárias.

O comportamento do interventor perante um grupo de adultos deve apoiar a sua autonomização como pessoas e como cidadãos numa perspetiva de empowerment, podendo por vezes ter de assumir um papel mais diretivo de advogado social dos seus interesses.

Grupo de idosos

Considerando as características atrás referidas desta faixa etária as estratégias recomendáveis com grupos de novos idosos deverão visar:

- Ajudar a adaptar-se à situação de reforma, sobretudo à reorganização do seu dia-a-dia, encarando o maior tempo disponível como oportunidade para o seu desenvolvimento pessoal e para o desempenho de papéis socialmente úteis,

- ajudar a definir novas metas de vida, como por exemplo, a possibilidade de uma segunda oportunidade de formação para o desempenho de papéis sociais compatíveis com a sua idade e experiência.

O trabalho com grupos de velhos idosos, normalmente feito em lares, centros de dia ou de convívio, deverá garantir o apoio psicossocial necessário, nomeadamente o combate à solidão.

4. Estratégias de intervenção com adultos

4.1. Psicoeducação

As intervenções psicoterapêuticas podem ocorrer em grupo, individuais ou com as famílias da pessoa idosa com demência,

- (a) modelos de capacitação para lidar com o stresse
- (b) intervenções focadas no luto familiar face às perdas associadas ao agravamento da condição da pessoa com demência e, fundamentalmente,
- (c) a terapia cognitivo-comportamental, para capacitar as famílias no desenvolvimento de competências cognitivas (e.g., pensamentos disfuncionais desafiantes) e comportamentais (e.g., aumento de atividades prazerosas) e a lidar com situações difíceis e stressantes

A terapia cognitivo-comportamental é utilizada através da reestruturação cognitiva, para detetar e modificar crenças e pensamentos que funcionem como barreiras para lidar com os desafios associados à prestação de cuidados .

As intervenções baseadas nesse modelo costumam ser organizadas junto de grupos pequenos (cinco a dez participantes), podendo ser individuais, entre cinco a nove sessões semanais com a duração de aproximadamente 90 a 120 minutos.

Este tipo de intervenção tem tido sucesso em reduzir os níveis de sintomatologia depressiva, os pensamentos disfuncionais e os níveis de ansiedade do cuidador principal.

Mais recentemente têm sido desenvolvidas intervenções psicoeducativas que se afirmam como uma metodologia de intervenção que congrega o modelo biomédico e a intervenção familiar sistémica.

Este tipo de intervenção apresenta objetivos comuns ao paradigma biopsicossocial

- (a) aumentar o sentido de eficácia das famílias e das pessoas doentes para lidar com a doença e outros aspetos da vida;
- (b) atender às necessidades comunicacionais e emocionais reclamadas pela doença;

(c) colocar terapeutas familiares, profissionais de saúde, famílias e pessoas com doença a trabalhar em conjunto (perspetiva multidisciplinar e colaborativa).

A intervenção psicoeducativa visa facilitar o reenquadramento da doença, desenvolvendo sentimentos de competência. Baseia-se num paradigma de stresse e coping, encorajando um clima de normalização, ausência da culpabilização e facilitação da exploração de novas estratégias, bem como de promoção e identificação das gratificações e aspetos positivos do cuidar, possibilitando explorar novas estratégias.

Este tipo de intervenção caracteriza-se por integrar apoio educativo e emocional, em programas estruturados, breves e multidisciplinares.

A vertente educativa visa fornecer informação sobre a doença (etiologia, sintomas, curso, prevenção, condições que facilitam a qualidade de vida), permitindo às pessoas com doença e à família: antecipar disrupções e mudanças no estilo de vida requeridas pela doença, aumentando a sua capacidade de lidar com essas transições; esclarecer sobre cuidados a ter em casa, ajudando a lidar com alguns comportamentos perturbados; receber informação sobre recursos comunitários, ajudando a reenquadrar a doença, desenvolvendo sentimentos de competência e controlo.

A vertente de suporte (ou psicológica) tem como função fornecer orientações para: reduzir o stresse resultante do impacto da doença, otimizando as estratégias de coping; ajudar a gerir emoções e a usar estratégias eficazes de resolução de problemas; facilitar a comunicação na família e com os serviços de apoio; evitar o isolamento social e manter redes de apoio.

Pauta-se por ter duração breve, normalmente entre 6 a 8 sessões semanais/quinzenais, para não sobrecarregar a família com mais tarefas .

Qualquer programa de intervenção tem uma delimitação temporal e, portanto, não responde aos desafios associados ao curso progressivo da doença/demência e da trajetória da prestação de cuidados.

Esta duração breve e o facto de a doença evoluir poderá ter como principal implicação uma curta duração dos impactos após participação nestas intervenções, que se tem verificado durar até cerca de sete meses.

Este aspeto exige que se pondere a importância da continuidade do apoio, que se revela essencial para a manutenção dos benefícios alcançados e para acompanhar a evolução da doença .

No contexto demencial, esta continuidade é particularmente relevante, face ao curso da demência e da trajetória da prestação de cuidados, sendo reforçada pela dificuldade das famílias em “navegar” pela complexa rede de respostas e sistemas de suporte comunitário.

A continuidade de apoio pós-intervenção oferece a possibilidade de planear os cuidados, através do desenvolvimento de planos de cuidados individualizados

4.2.Terapia orientada para a realidade

4.3.Terapia ocupacional

4.4.Ateliers terapêuticos

4.5.Reabilitação cognitiva

4.6.Salas snoezelen

AA VV., *Apoio Psicossocial e Aprendizagem Social e Emocional de Crianças e Jovens em contextos de Emergência*, Ed. INEE, 2016

AA VV., *Família(s): Desafios e práticas no acolhimento de jovens em instituição*, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2017

AA VV., *Guia de orientações para os profissionais da acção social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*, Ed. CNPDPCJ, 2010

AA VV., *Lar de infância e juventude: manual de processos-chave*, Ed. Segurança Social,

AA VV., *Linhas de orientação para a prática profissional: psicologia no âmbito da protecção das crianças e jovens em risco*, Ed. Ordem dos Psicólogos portugueses,

AA VV., *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*, Ed. Ministério da Educação e Ciência, 2014

AA VV., *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*, Ed, DGS, 2016

