

Relatório de Estágio

Mestrado em Psicologia Clínica

Margarida Maria de Sousa Moreira

Gandra, janeiro de 2016

Margarida Maria de Sousa Moreira

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia Clínica, sob orientação da Dra. Vânia Almeida, proposto ao Instituto Universitário de Ciências da saúde.

Supervisão: Professora Dra. Manuela Leite

Instituição: Hospital Particular de Paredes. Serviço de Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

Gandra, janeiro de 2016

“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice.
Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”

Leonardo da Vinci

Não importa se a estação do ano muda...
Se o século vira, se o milénio é outro.
Se a idade aumenta...
Conserva a vontade de viver,
Não se chega a parte alguma sem ela.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Ao concluir esta etapa importante da minha vida, gostaria de expressar a minha gratidão a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a sua realização. Assim, especiais agradecimentos:

Um especial agradecimento aos meus pais, por acreditarem em mim e de me darem palavras de conforto e de incentivo,

Aos meus filhos, João e Ana, pelo apoio que me dispensaram, obrigado pelo carinho, e paciência que tiveram,

Ao meu marido, pela ausência de muitos momentos de companheirismo, pelo incentivo e encorajamento prestado,

Às minhas colegas de curso, pela amizade partilha, comunhão e pelo suporte de ajuda.

Ao Instituto Universitário de Ciências da Saúde, e especialmente à professora Doutora Manuela Leite pela atenção e disponibilidade neste período de estágio.

À Doutora Vânia Almeida, minha orientadora deste Estágio Curricular e que tive o enorme prazer de a conhecer, como pessoa e como profissional.

A todos os profissionais, estagiários e utentes do HPP, que engrandeceram este meu caminho. A eles consagro este Relatório, por me terem ajudado a tornar uma pessoa mais competente.

Um grande obrigado a todos, por me ajudarem a crescer como psicóloga e especialmente como pessoa.

Siglas

ACMD – Artéria cerebral média direita

ACME - Artéria cerebral média esquerda

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDIS - Clock- Drawing Interpretation Scale

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

DSM – 5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EDM – Episódio depressivo major

GDS – Geriatric Depression Scale

HBP - Hiperplasia Benigna da Próstata

HPP – Hospital Particular de Paredes

HTA – Hipertensão arterial

IACLIDE - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

ICG – Inventário de Luto Complicado

MMSE – Mini Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

POCI – Enfarte da circulação posterior

SU - Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Índice geral

I.	INTRODUÇÃO	8
II.	ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL	9
a)	Caracterização da Instituição – Hospital Particular de Paredes	9
b)	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	9
c)	Papel do Psicólogo Clínico	12
d)	O Psicólogo em UCCI	13
III.	ATIVIDADES REALIZADAS	15
a)	Avaliação psicológica protocolada	15
b)	Grupo de Estimulação Cognitiva	17
c)	Avaliação de Doentes Afásicos	21
d)	Sessão de Psicoeducação	23
e)	Reuniões de Orientação	24
f)	Reuniões de Supervisão	25
IV.	ESTUDOS DE CASO	26
	Caso J.A.	26
	Identificação	26
	Diagnóstico clínico	26
	Motivo de consulta de psicologia	26
	História do problema	26
	História pessoal	27
	Processo de Avaliação Psicológica	30
	Intervenção - Estimulação cognitiva individual	34
	Caso A.R.	36
	Identificação	36
	Diagnóstico clínico	36
	Motivo de consulta de Psicologia	36

História do problema	36
Genograma	37
História familiar	37
Historia pessoal	38
Processo de Avaliação Psicológica	39
Análise compreensiva	41
Propostas de intervenção – Narrativa cognitiva e Estimulação Cognitiva	45
V. REFLEXÃO	48
VI. BIBLIOGRAFIA	51

Índice de Anexos

Anexo A – Instrumentos de Avaliação Psicológica Protocolados

Anexo B – Casos acompanhados para Avaliação Psicológica

Anexo C – Grupo de Estimulação Cognitiva

Anexo D – Avaliação de Doentes Afásicos

Anexo E - Sessão de Psicoeducação

Anexo F – Caso J.A.

Anexo G – Caso A.R.

I. Introdução

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do segundo ano do Mestrado de Psicologia Clínica, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, exibindo o meu percurso enquanto Estagiária de Psicologia Clínica no ano de 2014/2015.

O local de estágio que me foi concedido foi o HPP (Hospital Particular de Paredes). Ao longo deste ano fiquei com supervisão da Professora Doutora Manuela Leite, docente do Instituto Universitário de Ciências da Saúde e orientação hospitalar a cargo da Doutora Vânia Almeida, Psicóloga Clínica a exercer funções no mesmo hospital.

O estágio teve início no mês de outubro de 2014 e terminou a junho de 2015.

Inicialmente começou-se com a apresentação dos estagiários à instituição, conhecimento dos regulamentos internos e posteriormente deu-se a aplicação da prática clínica.

A estrutura deste relatório cumpre a seguinte ordem: descrição do local de estágio, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) onde estive inserida, papel do psicólogo neste serviço, atividades realizadas relacionadas com o estágio no HPP e por fim a apresentação de dois casos clínicos. Por último, o relatório culminará numa reflexão final onde será feito um balanço a esta experiência de estágio, salientando a importância do mesmo e não deixando de parte eventuais obstáculos e dificuldades sentidas.

II. Enquadramento institucional

a) Caracterização da Instituição – Hospital Particular de Paredes

O Hospital da Misericórdia de Paredes - HMP - situa-se na cidade de Paredes, no Vale do Sousa. Foi inaugurado em 1966 e em 1977, foi nacionalizado pelo Estado que passou a explorá-lo como a unidade de Paredes do Centro Hospitalar do Vale do Sousa, funcionando como tal até Novembro de 2001 (Regulamento Interno, 2009).

Com a inauguração e entrada em funcionamento, no final desse ano, do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, este edifício Hospitalar foi desativado. No sentido de retomar a exploração da atividade hospitalar no atual edifício existente, a Sociedade Hospital da Misericórdia de Paredes, S.A. procedeu à remodelação e ampliação do edifício (Regulamento Interno, 2009).

Em 2014, o Hospital da Misericórdia de Paredes voltou a passar por uma fase de remodelação e reestruturação, da qual resultou a alteração da sua designação para Hospital Particular de Paredes (HPP).

O Hospital é constituído por quatro pisos. O rés-do-chão destina-se às consultas externas, Serviço de Urgência e realização de exames. O 1º piso é reservado à Cirurgia de Ambulatório e Maternidade. O 2º e 3º piso estão destinados à Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Unidade de Convalescença, integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (ECR Norte). O 4º piso destina-se aos serviços de Fisioterapia e Administração.

b) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

O aumento das doenças crónicas e da perda progressiva de autonomia (Neto, 2005), as alterações na estrutura familiar e no mundo laboral, vieram reforçar a necessidade de construir uma resposta específica e organizada para estas necessidades da população por parte dos serviços sociais e de saúde (Neto, 2008). Também as melhorias na saúde pública e no controlo de doenças infecciosas, a industrialização e o consumismo

resultaram em mudanças na forma como as pessoas vivem, as doenças de que sofrem e no modo como morrem (Gomes, Higginson & Davies, 2008).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) constitui um dos projetos mais inovadores ocorrido em Portugal no âmbito das políticas sociais e desenvolvimento intersectorial, emergente da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (Rodrigues, 2009).

A Rede é constituída por unidades, equipas de Cuidados Continuados de Saúde e Apoio Social que prestam cuidados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. A RNCCI tem como objetivos (Decreto-lei nº101/2006):

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Continuados, à luz do Decreto-Lei n.º 101/2006, definem-se como um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, centrado na

recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Este tipo de cuidados, que podem ser prestados quer em instituições, quer em ambiente domiciliário (Neto, 2008), são assegurados por: Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias. As unidades de internamento envolvem as: Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

Na unidade de Cuidados Continuados Integrados Nova Saúde de Paredes (UCCI Nova Saúde Paredes) podemos encontrar duas unidades pertencentes à RNCCI: Unidades de Convalescença e Unidades de Média Duração e Reabilitação. A atividade destas é realizada em articulação com os outros serviços, setores e organismos que integram a rede, sendo uma valência do Hospital Particular de Paredes, não tendo, por isso, personalidade jurídica autónoma.

Quanto à descrição de cada Unidade, a Unidade de Convalescença (UC) admite doentes, num internamento até 30 dias, que estiveram internados num hospital devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento de uma doença ou deficiência crónica, que já não requerem cuidados hospitalares mas cujos cuidados de saúde não podem ser prestados ao domicílio.

Na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) são admitidos doentes com perdas de autonomia potencialmente recuperável que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, duração ou ausência de apoio social, por parte dos cuidadores e/ou de equipas de cuidados continuados integrados, não podem ser prestados no domicílio. Consideração como critério de referenciação específico para admissão nesta unidade, a situação de dependência que, na ausência de uma doença aguda ou agudização de doença crónica, apresente: a) necessidade de cuidados de enfermagem permanente, reabilitação intensiva, medidas de suporte respiratório, prevenção ou tratamento de úlceras e manutenção de tratamento de estomas; b) depressão, confusão, desnutrição,

problemas na deglutição sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção; c) indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias; d) síndrome de imobilização.

c) Papel do Psicólogo Clínico

O Cuidados Continuados Integrados irradiam a necessidade de um modelo de trabalho em equipa, na qual haja um contributo interdisciplinar de áreas (Fradique, 2010). Para Neto (2004), uma equipa considerada básica integra um médico, dois enfermeiros e um assistente social. A UCCI do HPP oferece serviços de acompanhamento médico e de enfermagem, fisioterapia, terapia da fala, assistência social e psicologia clínica, num ambiente cooperativo entre as várias especialidades. Assegura assim:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e da fala;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer;
- h) Os demais serviços e atividades necessárias ao funcionamento da UCCI.

A Psicologia Clínica surge no sistema de saúde como uma profissão que desenvolve «funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde». O Dec. Lei 241/94 define que o Psicólogo desenvolve o estudo psicológico de indivíduos e grupos populacionais, participa em programas de educação para a saúde, realiza aconselhamento psicológico individual conjugal, familiar, ou de grupo, bem como a intervenção psicológica e psicoterapêutica (Pais Ribeiro, 1998). A clínica psicológica retira da medicina o contacto com o doente e o papel da observação, mas distingue-se desta na medida em que não retira a subjetividade da situação. Reconhece a doença e um “quadro clínico”, implica o levantamento de sinais, em primeiro lugar

isolados, e depois agrupados num quadro, isto é, na história do paciente e nas suas singularidades (Pedinielli, 1999).

d) O Psicólogo em UCCI

A UCCI do HPP conta com a ação dos Psicólogos Clínicos, numa perspetiva de providenciar aos utentes e aos seus familiares um espaço com os recursos necessários ao desenvolvimento e manutenção do bem-estar psicológico.

Os diagnósticos com que as Unidades da RNCCI mais se deparam são: fraturas, AVC, colocações de prótese e amputações, tendo estes um impacto na vida do utente, que na maioria dos casos sofre uma mudança após este evento. A estratégia utilizada pelos Psicólogos, como referido anteriormente, passa pela avaliação inicial do utente, acompanhamento durante o internamento e preparação para o pós-alta.

Os doentes são encaminhados, na sua maioria, de Hospitais Distritais para as UCCI, tendo já algum tempo de internamento, cirurgias, anestésias, e por isso chegam muitas vezes desorientados no tempo e espaço. O facto de terem passado por processo doloroso, estarem longe dos entes queridos e da sua casa, repercute-se no humor depressivo que observamos à entrada, reativo ao seu estado de saúde atual.

Inicialmente, o Psicólogo consulta o processo individual do utente, recolhendo informações através dos relatórios clínicos providenciados pelos médicos e enfermeiros que acompanharam o paciente, para que haja uma perceção aprofundada do estado de saúde deste. Como a intervenção visa dar prioridade às alterações comportamentais e emocionais, a relação estabelecida com o paciente enquadrrou-se num ambiente de confiança e confidencialidade, tendo sido adotada uma postura neutra benevolente, para que o processo de colaboração por parte do doente seja facilitado.

A avaliação psicoemocional e cognitiva dos doentes é realizada através de vários instrumentos psicométricos validados para a população portuguesa, permitindo perceber as necessidades do utente de Apoio Psicológico e/ou Estimulação Cognitiva.

Segundo Leal (2005), a Psicoterapia é uma terapia por meios psicológicos, um tratamento, uma forma de curar ou melhorar, o que, em si mesmo, pressupõe doença, déficit ou mal-estar anterior. A Psicoterapia de Apoio, refere-se à Psicoterapia inerente ao desempenho do Psicólogo Clínico independentemente da sua orientação teórica, da sua formação complementar e dos contextos em que trabalha (Leal, 2005).

Cabe ao Psicólogo em UCCI realizar um acompanhamento regular aos utentes, valorizando os ganhos diários dos mesmos. No entanto, o Psicólogo não se restringe ao trabalho individual com o utente, desenvolvendo também grupos psicoterapêuticos, como irei referir posteriormente.

À data da alta de cada utente, os dados recolhidos pelo Psicólogo ao longo do internamento foram compilados num relatório anexado ao processo individual do mesmo. Este momento é marcado por alguma ansiedade, uma vez que muitos dos utentes regressam a casa numa situação de dependência de terceiros, com perda de autonomia, e, em alguns casos, são institucionalizados em Lar e não mais voltam às suas habitações. Todo este processo, implica um processo de luto face à independência que outrora havia, e aceitação da nova condição, estabelecimento de novos objetivos e motivação para continuar a reabilitação.

III. Atividades realizadas

a) Avaliação psicológica protocolada

A prática clínica teve início a 6 de outubro de 2014, sendo esta inicialmente de observação e acompanhada pela orientadora e, posteriormente, a prática passou a ser realizada de forma autónoma pela estagiária. No total foram acompanhados 23 casos que foram atribuídos para avaliação psicológica e reabilitação. 21 destes casos constam no (Anexo B) e os dois restantes são descritos em pormenor nos casos clínicos.

A Avaliação Psicológica constitui um dos grandes objetos da Psicologia, englobando várias tarefas: entrevista clínica, avaliações cognitivas e comportamentais, avaliações de personalidade, avaliações psicofisiológicas, avaliações de qualidade de vida, estudos epistemológicos, e outras atividades de avaliação clínica em saúde, como depressão e ansiedade (Trindade & Carvalho Teixeira, 2002). No processo de avaliação pretende-se recolher dados, recorrendo a meios e instrumentos padronizados, para se chegar a um diagnóstico que permita descrever o sujeito e os problemas que ele apresenta, classificar o problema e definir a sua forma específica, assim como aquilo de que se diferencia (diagnóstico diferencial) (Pedinielli & Fernandes, 1994).

Protocolarmente, aquando a admissão todos os utentes são avaliados por um Psicólogo, seguindo o protocolo do HPP, do qual consta: *Mini Mental State Examination* (MMSE), a *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS), no caso de utentes idosos, ou o *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (IACLIDE), no caso de indivíduos com idade inferior a 65 anos. Após realização da primeira avaliação do utente, é preenchida a ficha de Psicologia Clínica que é anexada ao processo individual do utente e apenas consultada pela equipa da UCCI. Todos estes documentos encontram-se no (Anexo A).

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) é um questionário breve, cerca de 10 minutos, com o objetivo de avaliar a existência ou não, de *deficits* cognitivos, não podendo no entanto ser utilizado exclusivamente no diagnóstico de demência (Matos, 2011). Este instrumento permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo,

nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e desenho. A pontuação do MMSE varia de 0 a 30 pontos e foi desenvolvido para ser usado na prática clínica na avaliação das alterações do estado cognitivo, variando os pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade: analfabetos ≤ 15 pontos; 1-11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos; escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos. A versão utilizada foi a versão portuguesa traduzida e adaptada por Guerreiro e colaboradores (Guerreiro et al., 1994).

Tendo em conta que a depressão é comum entre a população idosa, afetando uma grande percentagem de idosos em Portugal (Costa, 2005; M. Sousa et al., 2010) e que a depressão não é uma parte natural do envelhecimento, é necessário um despiste desta doença nas primeiras consultas do utente. A versão completa da GDS é um questionário breve, que consiste em respostas de Sim/Não referentes aos sentimentos do participante na última semana. Esta escala foi desenvolvida, inicialmente, por Yesavage (Yesavage et al., 1982), sendo traduzida e adaptada à população portuguesa (Veríssimo, 1988). O paciente poderá ser diagnosticado com ausência de depressão, caso a sua pontuação seja ≤ 10 ; com depressão ligeira, caso obtenha uma pontuação entre 11 e 20; e com depressão grave, no caso de ter uma pontuação ≥ 21 .

A IACLIDE é uma escala portuguesa de autoavaliação construída pelo professor Vaz Serra que permite medir a intensidade dos quadros depressivos. É constituída por 23 questões diferentes, apresentadas sob a forma de uma escala tipo Likert, em que cada sintoma foi subdividido em 5 questões, que traduzem uma gravidade crescente e têm implícita a possibilidade de uma única escolha. À primeira corresponde um valor **0** (inexistência de perturbação) e ao último um valor **4** (gravidade máxima atingida pela queixa) O tempo de aplicação da escala pode ir de 10 a 45 minutos (Vaz Serra, 1994).

Esta escala baseia-se em quatro tipos de sintomas, que exprimem as diferentes relações que o deprimido estabelece: Alterações biológicas, Sintomas cognitivos, Modificação das relações interpessoais e Alteração do desempenho de tarefa. Em termos de ponto de corte, Vaz Serra considerou que uma pontuação ≥ 20 , indica a presença de Depressão.

Assim, considera-se não deprimido a pontuação obtida entre 0-19, depressão leve entre 20-34, depressão moderada entre 35-52 e depressão grave a pontuação obtida igual ou superior a 53.

Após a avaliação inicial do utente é definida qual a intervenção psicológica adequada ao mesmo: a nível emocional e/ou cognitivo. Esta primeira avaliação também fornece outros dados importantes para o Psicólogo como a motivação do utente para o processo de reabilitação física, o humor e colaboração deste para com os técnicos da Unidades. Ao longo do internamento, o objetivo da intervenção é ajustar consoante as necessidades do utente e/ou da observação da equipa multidisciplinar.

b) Grupo de Estimulação Cognitiva

O envelhecimento, por si só, está associado a um declínio cognitivo marcado por importantes alterações biológicas, psicológicas e sociais. Quando um indivíduo sofre alguma alteração patológica, como por exemplo um AVC, existe uma perda aumentada das capacidades cognitivas (Wenisch et al., 2007; Williams & Kemper, 2010).

As alterações cognitivas podem causar limitações, não só pessoais como sociais, que têm como consequência o isolamento da sociedade. Quando o doente se encontra institucionalizado esta situação torna-se ainda mais grave devido à diminuição dos laços familiar e consequente aumento da solidão (Apóstolo, Cardoso, Rosa, & Paúl, 2014; Goh & Park, 2009; Kramer, Bherer, Colcombe, Dong, & Greenough, 2004; Leach, 2004; Wenisch et al., 2007).

Assim, a estimulação cognitiva apresenta-se como uma resposta a este cenário, pois, acredita-se que algumas dessas capacidades poderão ser recuperadas com o treino. A estimulação cognitiva é uma atividade que tem como premissa que o desenvolvimento humano não é unidirecional, universal e irreversível. Logo, tem como principal função estimular algumas capacidades intelectuais com o objetivo de combater a sua degeneração (Wenisch et al., 2007; Williams & Kemper, 2010).

Os doentes internados na UMDR são, na sua maioria, doentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que estão em reabilitação das funções motoras que ficaram comprometidas como consequência desta patologia. O AVC é uma doença capaz de provocar limitações no indivíduo que se repercutem na sua vida social e familiar. É uma doença súbita e que atinge a circulação do sangue a nível cerebral. As sequelas deixadas estão intrinsecamente ligadas à localização da lesão, ou seja, dependem da área afetada. A linguagem, a comunicação e a cognição podem sofrer alterações após o AVC, visíveis na perda de memória, incapacidade na tomada de decisões, distúrbios visuais, confusão mental, *deficits* emocionais, sobretudo, a perda de autocontrolo, labilidade emocional, depressão, hostilidade e os sentimentos de isolamento (Rocha, 2008).

Por vezes, a família não apresenta condições sociais e económicas para tratar de um doente disfuncional e, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida ao doente, entregam esta tarefa a instituições vocacionadas para o efeito (Rossell, 2004). Todos estes aspetos poderão resultar numa excessiva dependência, à perda de amor-próprio, à diminuição do interesse e das respostas emocionais, à ativação do comportamento automático e à perda de interesse pelo mundo exterior (Fernandes, 2002).

Ora, perante tais adversidades, é legítimo supor que o doente que passe por um processo de recuperação pós-AVC esteja mais vulnerável. Há evidências de uma incidência cumulativa de depressão nos primeiros anos após o AVC (Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann, & Wolfe, 2011; Ayerbe, Ayis, Wolfe, & Rudd, 2013). A depressão pós-AVC, inicialmente proposta por Alexopoulos, tal como o nome indica, ocorre no contexto de um AVC e difere da depressão vascular por esta estar associada a doença cardiovascular silenciosa (Alexopoulos et al., 1997; Dieguez, Staub, Bruggimann, & Bogousslavsky, 2004). A sintomatologia depressiva está também associada à doença cardíaca isquémica, insuficiência cardíaca e enfarte do miocárdio. Alguns estudos realizados em Portugal concluem que a prevalência de sintomas depressivos após AVC rondam os 44%-46% (A. M. Barbosa, N, & C, 2011; Caeiro, Ferro, Santos, & Figueira, 2006; Ferraz & Silveira, 2013). A depressão é um fator com grande impacto no processo de reabilitação funcional e cognitiva do doente. Se não for diagnosticada ou

tratada, poderá levar a uma redução da participação ativa do doente no processo de reabilitação, a uma conseqüente diminuição da qualidade de vida e a um aumento da mortalidade (M. Freitas, 2014), não esquecendo que poderá comprometer outras funções neurológicas, tais como aprendizagem e execução de funções motoras (Loubinoux et al., 2012).

O programa de estimulação cognitiva realizado pelos Estagiários Curriculares do ano 2014/2015 do HPP contemplou diversas atividades, as quais visaram estimular as diferentes funções cognitivas, nomeadamente, a orientação espaciotemporal, o raciocínio lógico e abstrato, a atenção, percepção, funções executivas e a memória. No caso de esta atividade ser realizada em grupo, consegue-se que haja um contacto interpessoal de ajuda e companhia, extremamente importantes para o idoso, oferecendo ferramentas para que este não se isole nem se deixe vencer pelo tédio.

O objetivo da intervenção de grupo é aliar a interação social entre os utentes à estimulação dos *deficits* apresentados.

As sessões de Estimulação Cognitiva foram planeadas respeitando a duração do internamento e as diferentes fases de adaptação do paciente à instituição, os horários da fisioterapia, das refeições e das visitas. No entanto, o planeamento inicial foi reajustado devido a situações de altas antecipadas ou transferências. Houve, em todos os casos, a preocupação de avaliar e reavaliar os doentes após a intervenção, para perceber a evolução dos mesmos.

Para a realização do programa de estimulação foi selecionada uma amostra por conveniência, pelo facto de ser no local de estágio, na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Paredes. A população selecionada integra sete pacientes, na unidade de média duração.

Foram definidos como critérios de inclusão: Ter idade superior a 65 anos; Apresentar défices cognitivos na avaliação inicial; Estarem institucionalizados na UCC de média duração e assim beneficiarem de mais sessões; Pacientes com e sem escolaridade. Após a recolha da informação da avaliação inicial (MMSE), e proposta de adesão junto de cada utente, a amostra foi constituída apenas por sete idosos, devido a

muitos dos pacientes terem idades inferiores a 65 anos, não ser possível realizar a avaliação inicial, apresentarem surdez e afasia global.

Após a inclusão dos participantes, foi realizado um programa de estimulação cognitiva adequado aos principais *deficits* apresentados. O programa foi efetuado durante 12 sessões semanais com a duração de aproximadamente uma hora cada. Inicialmente, as sessões decorriam na sala de convívio/refeitório, tendo que se alterar posteriormente para a sala de tratamentos e para a sala da terapia da fala. O horário das sessões foi escolhido tendo em conta a disponibilidade dos participantes, não interferindo com as demais atividades (fisioterapia, terapia da fala, refeição, horário de visitas,...).

A primeira sessão passou pelo acolhimento e apresentação dos psicólogos, explicando aos utentes como iriam decorrer as sessões. Todas elas iniciaram-se com uma atividade de orientação espaciotemporal (local, dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano e hora da sessão) e terminaram com uma sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, (Gonçalves, 1999). Este relaxamento tem os benefícios da diminuição do ritmo cardíaco, diminuição da pressão arterial, diminuição do ritmo da respiração, redução da tensão muscular e da dor, melhoria da concentração, redução da revolta e raiva, aumento da confiança e do autocontrolo e diminuição da ansiedade e do *stress*.

Os exercícios realizados em cada uma das sessões passaram pelo reconhecimento de emoções através da observação de imagens, pela leitura de excertos de notícias e pela expressão da própria opinião acerca da notícia, pelo reconhecimento de frases com sentido, pelo cálculo matemático, pelo treino de memória e agilidade mental, pela treino da atenção voluntária visual, pela perceção espacial, pelo desenvolvimento do raciocínio abstrato, pelo processamento numérico, pela promoção do convívio entre os utentes e a comunidade, pela ocupação adequada do tempo livre, evitando que o tempo de ócio seja despersonalizado e propício à perda de funções, pela estimulação da atenção seletiva, sustentada e focalizada, pelo desenvolvimento da memória a curto e a longo prazo.

Durante as sessões, os doentes participavam de forma ativa e autónoma, tendo os psicólogos o cuidado de incentivar os doentes menos motivados e colaborantes. Os exercícios encontram-se no (Anexo C).

Na última sessão foi pedido aos doentes um *feedback* relativamente ao programa de estimulação. De uma forma geral, a resposta foi positiva. “*Passamos o tempo, é uma coisa diferente, estamos ocupados, estamos a aprender coisas, ...*” - (sic) e “*Não dormimos tanto*” (sic). A perceção obtida foi de que os doentes estavam muito motivados.

Inicialmente esta atividade era destinada a um grupo fechado, em que iria proceder a uma avaliação final com a aplicação do mesmo instrumento de avaliação utilizado na avaliação inicial, no entanto, devido às altas antecipadas, transferência, agudizações, e também à vontade de novos utentes em querer aderir ao grupo, este tornou-se num grupo aberto. Assim, alguns participantes assistiram a metade das sessões, outros a 3 sessões, não podendo ser possível aos estagiários fazerem uma reavaliação preciso dos ganhos existentes, ou não, a nível cognitivo.

c) Avaliação de Doentes Afásicos

O AVC é a terceira maior causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos (DGS, 2010) e, em Portugal, a primeira causa (DGS, 2006). O AVC podem afetar qualquer zona do cérebro, dependendo as suas consequências das áreas afetadas, da gravidade da lesão e do estado geral de saúde da pessoa (Martins, 2006). Ocorrem geralmente de forma abrupta, com pouco ou nenhum aviso prévio e os seus sintomas são geralmente persistentes (Chapey, 2008).

Para além das consequências a nível cognitivo, emocional e social que referi anteriormente, os problemas físicos mais comuns decorrentes de um AVC são: hemiplegia, disfagia, afasia, apraxia, alterações visuais, agnosia, disartria, cinestesia, incontinência e dor no ombro (Martins, 2006).

Uma das consequências mais comuns do AVC é a afasia. Esta é considerada uma perturbação da função linguística, causada por lesão cerebral, da qual pode resultar a dificuldade em utilizar a linguagem em todas as suas modalidades: compreensão auditiva, expressão, leitura e escrita (Katz, 2000). A instalação de uma afasia após um AVC é caracterizada pela perda repentina da fala e das capacidades linguísticas (Bruce et al., 2000). Ainda que alguns indivíduos recuperem nas primeiras semanas pós AVC, outros terão uma recuperação muito lenta. A vida de um afásico modifica-se completamente de um momento para o outro. Não provoca apenas barreiras que dificultam aspetos da vida diária, tais como a manutenção da casa, criar uma família ou ter um emprego ou uma profissão (Chapey, 2001). A afasia trás modificações de linguagem que afetam também a capacidade da pessoa de comentar, sugerir, questionar, discutir, brincar e partilhar histórias de vida (Davidson et al., 2003).

Perante estas dificuldades e a necessidade de obrigatoriamente todos os utentes terem de ser avaliados – pelo menos com o MMSE – os Estagiários de Psicologia criaram uma adaptação do instrumento para utentes que não se conseguem expressar verbalmente e por isso não podem responder às questões colocadas pelo Psicólogo. Para tal, foi construído um documento constituído pelas questões do MMSE, por escrito, em que aparecem diversas respostas e o utente apenas tem de assinalar a que considera correta. Trata-se, assim, de uma adaptabilidade da prova para respostas de escola múltipla, e não de resposta oral, tendo o utente apenas de assinalar com o dedo, ou lendo, para os que são capazes.

As limitações desta adaptação do instrumento prendem-se com o facto de só poder ser utilizado em doentes com escolaridade (que saibam ler), doentes em que compreensão escrita não esteja afetada e doentes em que não apresentem um estado confusional. Obviamente o facto de o Psicólogo apresentar respostas de escolha múltipla condiciona a avaliação, pois estão a ser dadas “pistas”, mas apenas desta forma se consegue ter uma avaliação cognitiva básica (exemplo: orientação tempoespacial).

d) Sessão de Psicoeducação

A insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde parece estar relacionada com problemas de comunicação, especialmente na interação com os técnicos de saúde. Portanto, é neste contexto que o psicólogo poderá ter um papel facilitador da comunicação entre os diversos protagonistas dos cuidados de saúde. O papel do psicólogo pode desempenhar um papel importante na prevenção das disfunções comunicacionais em saúde, quer com utentes quer com os técnicos (Trindade, 2007).

Tendo em conta a quantidade de utentes que são admitidos nas UCCI Nova Saúde Paredes com diagnóstico de Afasia, e as dificuldades de comunicação com estes, surgiu numa reunião de Supervisão a ideia de os Estagiários Curriculares proporcionarem aos funcionários do HPP uma pequena sessão informativa e educativa sobre estratégias para lidar com população portadora de afasia.

A psicoeducação pode ser considerada como modalidade de intervenção que pode proporcionar melhores condições de compreensão da patologia, bem como evidenciar e potencializar os aspetos positivos do paciente (Bernhard et al., 2006). Assim, foi realizada uma sessão de psicoeducação com os auxiliares de ação médica que se encontram a trabalhar nesta instituição, no sentido de promover o conhecimento de estratégias de comunicação com afásicos e, deste modo, melhorar o relacionamento e o ambiente entre a comunidade hospitalar e estes doentes.

A população-alvo a quem se dirigiu esta ação foi propositadamente escolhida entre os diversos técnicos que asseguram os cuidados em UCCI, este são os únicos que não possuem formação académica superior, e portanto sem conhecimento médico sobre esta patologia de que padecem os doentes que cuidaram diariamente. Após a autorização da direção da Unidade, a sessão foi previamente divulgada, tendo sido esta realizada no quarto piso, na sala de reuniões. Não foi possível ter uma adesão de todos os auxiliares de ação médica, visto alguns estarem de folga, e outros não poderem deixar os seus serviços, e portanto pudemos contar com a presença de oito participantes e eram do sexo feminino.

A sessão teve início com apresentação dos Estagiários e os objetivos inerentes à Sessão e sensibilização. De seguida foi iniciada a apresentação em PowerPoint (através do computador) (Anexo E) e exploração do tema.

A sessão consistiu na explicação de uma perspetiva teórica, de forma a expor a importância das estratégias de comunicação para a resolução de conflitos e uma forma mais assertiva. O papel dos profissionais de saúde visa essencialmente ajudar o doente e a família a ultrapassar melhor esta situação. No final da sessão, efetuou-se um pequeno debate, onde se realizou esclarecimento de dúvidas e um feedback com os profissionais para averiguar se o programa foi gratificante e produtivo face à patologia em causa. Ao que podemos observar *“devia existir mais informações como esta...”* (sic). De forma generalizada todas as funcionárias de ação médica presentes mencionaram que o tema foi importante e bastante elucidativo, mas que deveriam participar mais colegas, para proporcionar um ambiente de trabalho em equipa adequado e mais compreensivo. Referiram ainda que num futuro próximo outros colegas de psicologia, deveriam dar continuidade a estas e outras iniciativas, quer para benefício dos profissionais quer para o bem-estar dos doentes.

e) Reuniões de Orientação

As reuniões de orientação eram realizadas no HPP, semanalmente, após a reunião da equipa multidisciplinar.

Nestas reuniões era debatida a condição dos doentes sob acompanhamento, a discussão de casos clínicos e a divulgação do parecer da equipa multidisciplinar, era feita uma planificação da intervenção, assim como a entrega de relatórios de admissão e alta dos respetivos doentes.

f) Reuniões de Supervisão

As reuniões de supervisão eram realizadas no Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte - CESP, semanalmente, com a Professora Doutora Manuela Leite, até setembro de 2015.

Inicialmente, estas reuniões eram realizadas em grupo e, mais tarde, para o estudo dos casos clínicos de cada estagiário passaram a ser realizadas individualmente. Nestas reuniões era feito um resumo sobre o estágio e sobre os problemas encontrados, assim como eram discutidas estratégias de intervenção e diagnóstico.

IV. Estudos de caso

Caso J.A.

Identificação

J.A, sexo masculino, de 72 anos de idade, de nacionalidade portuguesa, reside no norte de Portugal e é analfabeto (nunca frequentou a escola). Encontra-se reformado. Casado há 49 anos e tem três filhos. Família com nível de vida médio-baixo.

Diagnóstico clínico

Enfarte Cerebral em território vertebrobasilar e POCI¹

Motivo de consulta de psicologia

Avaliação do estado mental e posterior avaliação das alterações cognitivas resultantes do Enfarte Cerebral.

História do problema

J.A. foi internado no serviço do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), a 27 de dezembro de 2014, com novos episódios de vertigens, náuseas e vômitos, o que motivou a ida ao SU.

Segundo descrição do utente, estes sintomas já tinham ocorrido um mês antes ao seu internamento hospitalar: “*Já andava a sentir-me ourado e tinha muitas dores de cabeça*” (sic). Aludiu que a situação ocorreu dentro da sua casa, da parte da tarde quando sugeriu deitar-se. Após a ocorrência recorda que a esposa recorreu à ajuda do cunhado para o transportar até à ambulância, uma vez que os acessos habitacionais não eram bons. Assim, socorrido pelos bombeiros foi transportado para CHTS.

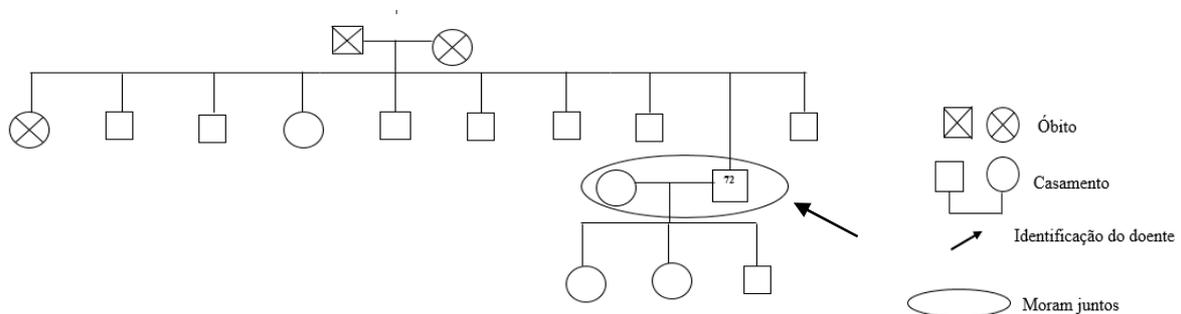
¹ Enfarte da circulação posterior

O utente apresentava hemiplegia direita, evidenciada no membro superior e no membro inferior direito e oculomotricidade com aparente olhar preferencial para a direita.

+Inicialmente, após admissão Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, J.A foi diagnosticado com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Mal Definido, sendo a sua condição redefinida como um Enfarte cerebral em território vertebrobasilar e POCI (enfarte da circulação posterior). Com base no relatório de alta hospitalar, o doente apresenta como antecedentes clínicos HTA (hipertensão arterial), dislipidemia e múltiplos episódios de vertigens.

A 15 de Janeiro de 2015, J.A. dá entrada na Unidade de Convalescência do HPP para realização do processo de reabilitação. Segundo a avaliação da equipa de Enfermagem, o utente apresentava-se consciente, orientado, colaborante e participativo e dependente de cadeira de rodas para se mover.

Genograma



História pessoal

.A. iniciou o seu trabalho aos oito anos de idade, como trabalhador rural, juntamente com os seus pais. Diz que gostava de ter frequentado a escola. “ *Naquela altura não era obrigatório ir para a escola... faz falta saber ler e escrever. Olhe! Quando eu estava na tropa, quem me escrevia as cartas para a minha mulher, era um amigo meu. Eu gostava de ter aprendido, pois, está claro! O que me vale é que a minha mulher sabe ler e escrever, senão estava mal... Mas sei contar o dinheirinho...isso não falha! Ai! Não, não*“ (sic).

anos de idade, como trabalhador rural, juntamente com os seus pais. Diz que gostava de ter frequentado a escola. *“Naquela altura não era obrigatório ir para a escola... faz falta saber ler e escrever. Olhe! Quando eu estava na tropa, quem me escrevia as cartas para a minha mulher, era um amigo meu. Eu gostava de ter aprendido, pois, está claro! O que me vale é que a minha mulher sabe ler e escrever, senão estava mal... Mas sei contar o dinheirinho...isso não falha! Ai! Não, não“* (sic).

Mais tarde por volta dos 15/16 anos de idade, começou a trabalhar para uma indústria de madeira, mais propriamente abate de árvores. Manteve-se nessa profissão até ir para a tropa. Durante esse período de tempo (por volta dos 17 anos) teve um acidente de trabalho do qual resultou a amputação do dedo indicador da mão esquerda, mas aparentemente sem qualquer impacto negativo na sua autoimagem, referindo-se ao mesmo como, *“Nem penso nisto!”* (sic).

Aos 21 anos J.A. foi recrutado para o exército para o Ultramar, onde permaneceu 27 meses, período durante o qual adquiriu um louvor, uma *“Cruz de Guerra”*. Após conclusão do serviço militar, iniciou atividade profissional na Empresa de Cerâmica de Valadares, onde permaneceu apenas sete meses, devido ao facto de residir bastante longe e à escassez de transportes, tendo regressado ao seu antigo trabalho (empresa de madeiras, instalada na sua terra), onde permaneceu até à sua reforma.

J.A. casou-se aos 25 de idade. Diz ter conhecido a sua esposa num baile na festa da sua terra, Após alguns meses do serviço militar, casou-se, *“Olhe, foi um dia bonito! Eu gostava muito dela e ela de mim, pois, está claro! E ainda gosto muito dela! (risos) Foi numa quinta-feira de manhazinha às 11 horas. Lá fomos à igreja. Dei-me sempre bem com ela... E digo-lhe mais! São poucas as vezes que saio sem ela (...) sabe, a minha patroa é cega de um olho (...) ela era pequena, tinha para aí três anos, estava num gigo de verga e o pai dela andava a atirar lenha para o barraco e depois um cavaco caiu-lhe em cima da cabeça... Foi para o hospital e, olhe, ficou cega”* (sic).

J.A. demonstrou grande afeto e estima no seu relacionamento, mencionando momentos de grande dedicação e compreensão um pelo outro. *“Quando casei fui morar para um barraco...não tinha muito dinheiro! Era umas cortes de ovelhas e vacas... Ai,*

Jesus! Aquilo era uma miséria... arranjei aquilo tudo por minha mão...! Eu e a patroa.” (sic).

Deste relacionamento nasceram três filhos: duas raparigas e um rapaz. Diz ter tido sempre uma boa relação com todos eles. *“A minha patroa teve todos os três em casa. Nunca foi ao médico por causa de estar grávida... e trabalhava no campo até os ter. Foi sempre saudável. (...) Os dois últimos já nasceram na outra casa nova (...) Poucas vezes casquei nos meus filhos. Eles até se portavam bem... Eles foram sempre com nós para o campo. A minha patroa é que estava mais com eles...Eu ia trabalhar, quando chegava a casa é que ia para o campo...” (sic).*

J.A. mencionou que todos os seus filhos frequentaram a escola, tendo todos concluído o 2º “ ciclo. *“ A escola era na televisão “ (sic).* Atualmente, ambas as filhas trabalham na agricultura e residem na mesma freguesia dos pais. O filho é funcionário de limpeza numa Câmara Municipal e mora a vários quilómetros de distância dos pais.

J.A. foi questionado relativamente a conflitos conjugais no sentido de averiguar se o relacionamento foi sempre estável, referindo que as discussões entre o casal não eram frequentes mas, em períodos de maior irritação, chegou a descontrolar-se. *“ Por duas ou três vezes desandei-lhe a mão ao pra trás! Ela não fazia logo o que eu queria (...) Mas arrependia-me do que fazia...mas já estava feito!” (sic).* Referiu o consumo de bebidas alcoólicas, tendo sido sendo questionado se o fazia em demasia, ao qual respondeu *”É assim, eu sempre bebi vinho às refeições, mas nunca fiquei a cair...”.* *“Nunca fiquei bêbado...Não, senhor! Sempre soube ser homem! E nunca fui homem de tascas.” (sic).*

Atualmente, vive com sua esposa em casa própria e possui boas condições habitacionais. A sua esposa aparenta ser uma pessoa saudável, segundo o utente. *“Ela vai poucas vezes ao médico. Nunca teve nenhuma doença grave, que eu saiba...” (sic).* Vive perto de ambas as filhas, com qual mantém boa relação. J.A. mencionou que estas têm muito tempo ocupado devido ao emprego e, por isso, têm pouca disponibilidade para ajudar os pais. *“As minhas filhas trabalham muito no campo. Tenho pena delas... Quando podia ajudava...! Elas não podem deitar a mão lá em casa há minha mulher. É muita coisa! Tenho muita pena delas...” (sic).* Preserva bom relacionamento com todos

os filhos, que o visitam todos os fins-de-semana no hospital (segundo o utente). A sua esposa manteve visitas diárias durante todo o período de internamento do doente.

Numa das visitas habituais da esposa de J.A., considerou-se pertinente explorar pontos relevantes dos relatos fornecidos por J.A., nomeadamente as questões de agressividade conjugal, no sentido de cruzar informação e concluir sobre a veracidade destes relatos. Toda a informação explorada coincidia com os factos que J.A. narrou, à exceção da sua postura após a Guerra do Ultramar. A esposa achou-o *“mais irrequieto e mais nervoso quando veio do Ultramar”* (sic).

J.A. revela que, ainda hoje, tem muitos amigos, tanto da infância como outras amizades que fez ao longo da sua vida. Acrescenta, ainda, que preserva fortes laços de amizades com os seus companheiros do Ultramar. *“Tenho ainda muitos amigos... Nunca estou sozinho! Graças a Deus, onde vou encontro sempre alguém que conheço. Isto não é mentira nenhuma! Olhe os amigos que me vêm ver! Até já me vieram ver quatro amigos da tropa. E olhe que vieram de longe, sabe? Já perdi a conta dos que me telefonam. Sinto que sou um homem de bem! Nunca fiz mal a ninguém. Os meus vizinhos são pessoas de bem, também. No trabalho também são.”* (sic).

Processo de Avaliação Psicológica

Durante o período de internamento, o doente apresentou sempre aspeto cuidado, cabelo cortado, barbeado e de fato de treino para ser mais prático. Salienta-se a dedicação dos familiares a todos os níveis, nomeadamente ao nível do vestuário. Inicialmente encontrava-se na cadeira de rodas mas, com a evolução do processo de reabilitação, começou a andar de andarilho e, por fim, de canadianas.

Apresentava discurso rápido e de tom alto, mantendo um bom contacto ocular. Aquando da recolha de dados anamnésicos, apresentou-se, no geral, com humor eutímico, revelando-se sempre colaborante e motivado em todas as tarefas solicitadas. A sala de convívio era onde J.A. permanecia a maior parte do seu tempo com as visitas. Estava sempre muito comunicativo tanto com os familiares e amigos como com os outros utentes, apresentando uma boa interação com todos os técnicos de saúde.

Na primeira consulta, a 22 de janeiro de 2015, procedeu-se à avaliação com o *Mini Mental State Examination* (MMSE), conforme o protocolo. Neste instrumento, J.A. obteve uma pontuação total de 24 pontos, entre os 30 possíveis (Anexo F), não revelando *deficits* cognitivos significativos, tendo em conta a idade e escolaridade. Apresenta no entanto, *deficits* ligeiros ao nível da atenção e cálculo, evocação e linguagem, destacando-se a dificuldade de J.A. na realização do exercício que faz uso das praxias visuo-contrutivas, sendo as mesmas expectáveis tendo em consideração que J.A. era destro e apresentava uma hemiparesia direita consequente do AVC.

Na segunda consulta, a 29 de Janeiro de 2015, foi aplicado ao paciente a versão de 30 itens da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS) (Yesavage et al., 1982) para o despiste de Sintomatologia Depressiva. J.A. obteve nesta escala a pontuação total de 6 pontos (Anexo F), o que indica que não sofria de depressão.

Tendo em conta a dificuldade apresentada no MMSE, essencialmente ao nível das praxias visuo-construtivas, a 30 de março de 2015, foi aplicado a J.A. o teste do relógio, para concluir sobre os *deficits* associados a esta área.

O Teste do Relógio foi inicialmente usado por neurologistas para avaliar a função do lobo parietal e, conseqüentemente, visuo-espacial. No entanto, este teste tem sido usado como instrumento de rastreio de demência. O Teste do Relógio faz uso de uma vasta gama de aptidões intelectuais e preceptivas, nomeadamente compreensão, planeamento, memória visual, capacidade visuo-espacial, programação motora e executiva, pensamento abstrato, concentração e capacidade de inibir a tendência de ser conduzido pelas características perspetivas de um estímulo (Shulman, 2006). Este teste consiste em solicitar ao doente que desenhe um relógio a marcar 11 horas e 10 minutos, sendo-lhe dada apenas uma folha branca, onde o relógio deve ser completamente desenhado desde o início (CLOX1) (Royall, Cordes, & Polk, 1998).

Existem vários sistemas de cotação do teste, mais ou menos complexos, como por exemplo o Clock-Drawing Interpretation Scale (CDIS) (Mendez, Ala, & Underwood, 1992), o Teste do Relógio de Tuokko (Tuokko, Hadjistavropoulos, Miller, Horton, & Beattie, 1995) e o de Strub & Black (Strub & Black, 1985). Optou-se pelo sistema de cotação sugerido por Strub & Black (Strub & Black, 1985) (Anexo F) por ser

um sistema de classificação breve mas capaz de fornecer uma informação compreensiva do desenho efetuado. J.A. obteve uma classificação de 0 pontos (Anexo F). Apesar das várias tentativas, os círculos do relógio que realizou não estavam completamente fechados, nem os números nem os ponteiros estavam presentes. Estes resultados sugerem que há um *deficit* cognitivo grave no domínio visuo-construtivo.

Considerando o nível de escolaridade de J.A., foi então aplicado o teste da Figura Complexa de Rey, a 7 de abril de 2015. Esta escolha teve em conta o facto de ser uma figura que não requer nível de escolaridade, nem a capacidade de desenhar números, como no caso do teste do relógio (Ardila, Rosselli, & Rosas, 1989).

A Figura Complexa de Rey foi desenhada originalmente por André Rey (Rey, 1941) em 1941 e posteriormente, em 1944, Paul-Alexandre Osterrieth (Osterrieth, 1944), inventou um sistema de pontuação para estandardizar o procedimento. Foi adaptado à população portuguesa pela Secção de Estudos de Testes da CEGOC-TEA, LDA. Lisboa. É um dos testes neuropsicológicos mais utilizados para a avaliação da capacidade de construção visuo-espacial, assim como a capacidade de memória (Shin, Park, Park, Seol, & Kwon, 2006). É realizado em duas partes: na primeira parte é pedido ao utente que efetue a cópia do desenho e na segunda parte é pedido ao utente que reproduza a figura copiada de memória. Este teste fornece dados no domínio da atenção, níveis de concentração, coordenação da motricidade fina, percepção visual, memória não-verbal imediata e capacidades organizacionais (Helmes, 2000). Através da análise da prestação do utente, é possível avaliar eficazmente a disfunção neuropsicológica.

A imagem foi colocada à frente do doente na posição horizontal, e este insistiu em coloca-la na vertical para fazer a cópia. J.A. foi avisado de que a folha seria na horizontal mas este voltou a colocá-la na vertical outra vez, identificando a imagem como um esquema que lhe era familiar: “*Isto é uma capela*” (sic).

A prova tem uma pontuação máxima de 36 pontos. Os critérios de classificação deste teste têm em consideração tanto a riqueza como a exatidão da cópia. Uma baixa pontuação na cópia indica reduzidas capacidades visuo-construtivas e reduzida integração visuomotora. Já uma baixa pontuação na reprodução da figura sugere

reduzida capacidade de recordação visual. No teste da Figura Complexa de Rey, J.A. obteve 7 pontos na cópia da figura A e 0,5 pontos na sua reprodução de memória (Anexo F).

Segundo o tipo de cópia definido por Osterrieth (Osterrieth, 1944), J.A. apresenta detalhes sobre fundo confuso, pois o grafismo é pouco estruturado mas verifica-se a intenção da cópia de determinados detalhes. Já a reprodução de memória é menos racional, só apresenta garatujas, ou seja, o modelo é irreconhecível, não estando presente tão-pouco a sua forma global.

De acordo com a tabela do manual para a classificação da cópia, tendo J.A. obtido 7 pontos, o percentil do doente oscila entre 1 e 10. Este valor é claramente baixo relativamente à média padronizada ($\bar{x}=31,17$; DP= 3,62), tendo em conta a idade. Quanto à reprodução de memória, o resultado foi muito inferior ao menor resultado apresentado na tabela do manual. O doente obteve 0,5 pontos e a menor classificação para adultos seria de 15 pontos. Logo, J.A. obteve um percentil bastante inferior a 10 ($\bar{x}=22$; DP=4,9).

Após estes resultados e a fim de efetuar uma válida avaliação cognitiva breve, mas de forma mais completa que o MMSE, utilizou-se o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Nasreddine et al., 2005), uma vez que avalia mais funções e apresenta maior nível de exigência e complexidade das suas tarefas que o primeiro (S. Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2012). O MoCA é um método mais rápido, prático e eficaz na diferenciação entre alterações cognitivas devido ao envelhecimento e défices cognitivos patológicos.

O MoCA é um protocolo de uma página, com duração de aproximadamente 10 a 15 minutos, que permite atingir uma pontuação máxima de 30 pontos. Os domínios cognitivos avaliados por este teste são as capacidades visuo-espacial/executiva, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, evocação diferida e orientação. O MoCA tem sido referenciado pelas boas propriedades psicométricas e pela sua elevada sensibilidade na identificação precoce de pacientes com *deficits* cognitivos ligeiros e doença de Alzheimer, bem como *deficits* cognitivo vascular e patologias cardiovasculares (Hachinski et al., 2006).

Este instrumento foi aplicado a J.A., a 15 de abril de 2015 (três meses após a avaliação inicial com o MMSE), no qual obteve a pontuação de 17 pontos, de entre os 30 possíveis. Os resultados obtidos apontam a presença de *deficits* cognitivos ligeiros, nomeadamente, ao nível das capacidades visuo-construtivas, atenção, linguagem, abstração e evocação diferida. Este resultado vem corroborar a hipótese da presença de alterações cognitivas apresentadas pelo doente.

J.A. sofreu um Enfarte Cerebral em território vertebrobasilar. Quando um AVC envolve o sistema vertebrobasilar compromete o lobo temporal inferior e o lobo occipital. Os lobos temporais permitem ao indivíduo distinguir sons e cheiros, sendo também responsáveis pela memória a curto prazo. O lobo temporal direito é responsável pela memória visual e o esquerdo pela memória verbal. O lobo occipital processa a informação visual, sendo o principal responsável pela perceção visual e contém áreas associativas que ajudam no reconhecimento visual de cores e formas. Os danos no lobo occipital podem causar *deficits* visuais. Ora, sendo o cérebro maioritariamente irrigado pelas carótidas e pelas artérias vertebrobasilares, se ocorrer uma lesão numa destas estruturas, a oxigenação será comprometida e poderá levar à ocorrência de sequelas (Blumenfeld, 2010).

Desta forma, seria expectável que J.A apresentasse *deficits* cognitivos ao nível das funções visuais, nomeadamente do reconhecimento de formas, e ao nível da memória visual e memória a curto prazo, tal como pudemos comprovar nas provas aplicadas – Teste do Relógio e Figura Complexa de Rey – relevando resultados fracos relativamente às praxias visuo-construtivas.

Intervenção - Estimulação cognitiva individual

O envelhecimento normal está associado a uma redução do número de células nervosas e uma diminuição na velocidade de condução do estímulo nervoso, com consequentes perdas funcionais progressivas na perceção, cognição, memória e controlo motor (Mahncke, Bronstone, & Merzenich, 2006).

Embora as causas do declínio cognitivo relacionado com a idade sejam pouco compreendidas, existem estudos que evidenciam que uma estimulação intensiva pode

resultar numa melhoria das funções cognitivas em idosos (Kwok et al., 2011; Mahncke, Connor, et al., 2006; Williams & Kemper, 2010). Estimulando o cérebro, é possível aumentar a sua plasticidade, ou seja, as ligações sinápticas são fortalecidas, compensando a deterioração neuronal (Goh & Park, 2009). Vários estudos indicam que a estimulação intelectual ao longo da vida traz grandes benefícios no combate à demência (Ott et al., 1995; Scarmeas, Levy, Tang, Manly, & Stern, 2001; Wenisch et al., 2007). Este estímulo pode ser conseguido através da educação e da execução de *hobbies* intelectuais que estimulem diferentes áreas do cérebro (Kramer et al., 2004). Adquirir um novo *hobby* pode servir tanto como estímulo psicológico como pode atuar aos níveis da autorrealização e motivação (Leach, 2004).

Ao longo das consultas, J.A. foi realizada estimulação cognitiva individual, nas seguintes áreas: atenção, memória, evocação e linguagem e cálculo. À medida que iam sendo feitas as avaliações com os instrumentos anteriormente descritos, foi-se construindo um programa de estimulação adaptado às áreas em que eram identificados *déficits* e que eram, sendo neste caso, a capacidade de planeamento visuo-espacial e memória a curto prazo.

Apesar de ter sido admitido na Unidade de Convalescença (duração internamento 1 mês), J.A. conseguiu uma vaga na Unidade de Média Duração no HPP, permitindo uma intervenção mais prolongada. O doente apresentou-se sempre muito motivado e colaborante, mesmo perante as dificuldades na realização de algumas tarefas, solicitando a atenção sempre que via a Psicóloga pelos corredores do HPP. Na ausência de salas próprias e confortáveis para o efeito, a estimulação era realizada no quarto do paciente. O programa foi aplicado ao longo de 6 sessões de 50 minutos cada. A Psicóloga fazia-se acompanhar de exercícios impressos em folhas A4, que eram colocados em cima da mesa e dadas as instruções ao doente para os realizar, como por exemplo: completar figuras, unir figuras pelos pontos, unir figuras através de uma sequência de números, identificar objetos sobrepostos e sobpostos nas respetivas folhas de papel, entre outros (Anexo F).

J.A. teve alta antecipada (1 mês) pelo que a calendarização das tarefas teve que ser interrompida. À data da alta, o doente continuou a apresentar grandes incapacidades na execução dos exercícios da praxia visuo-construtivas.

Identificação

A.R., sexo masculino, de 88 anos de idade, reside no norte de Portugal, e tem nacionalidade portuguesa. Possui como escolaridade o 1º ciclo incompleto (3ª classe). Encontra-se reformado da agricultura. É viúvo (há cerca de um ano e meio) e tem cinco filhos (quatro rapazes e uma rapariga). Possui um nível socioeconómico médio baixo.

Diagnóstico clínico

Enfarte cerebral em território da Artéria Cerebral Média Direita (tACMD).

Motivo de consulta de Psicologia

Avaliação do estado mental.

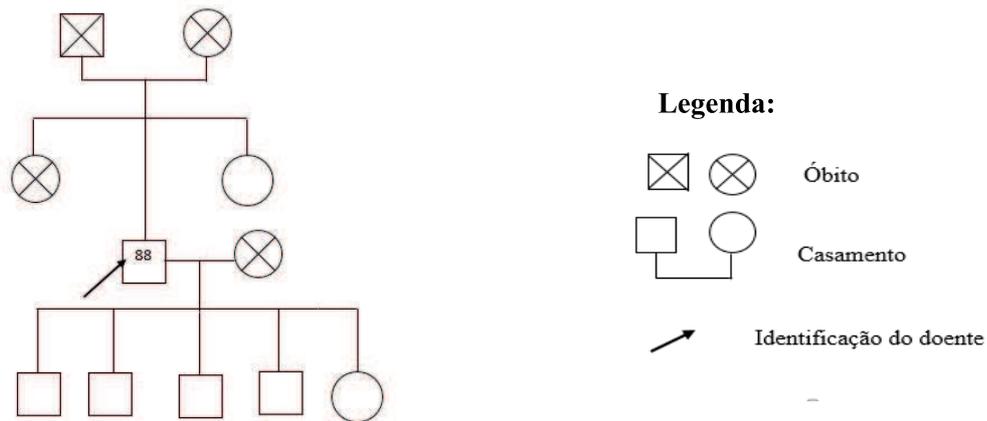
História do problema

A.R proveio do serviço do CHTS, após um enfarte cerebral de tACMD. Na altura do incidente, o doente encontrava-se sozinho em casa e quem o socorreu foi uma nora, sendo essa uma visita habitual para apoio na lida da casa e alimentação “...*faz-me a comida... arruma a casa*” (sic). Recorda-se que se estava a levantar para ir à casa de banho pela manhã e sentiu fortes dores de cabeça e má disposição, não se recorda de ter caído “*acho que não caí...*” – (sic). Foi assistido pelos bombeiros e transportado para o hospital.

Após o internamento hospitalar (CHTS), em Janeiro de 2015, dá entrada na Unidade de Convalescença do HPP, para reabilitação em contexto de enfarte cerebral em território da ACMD. No momento de admissão, segundo o relatório da Equipa de Enfermagem o utente encontrava-se consciente orientado auto e alopsiquicamente e dependente de cadeira de rodas para a sua deslocação.

Com base no relatório de alta hospitalar (CHTS), o doente apresenta como antecedentes clínicos: anemia macrocítica, HBP, patologia osteoarticular degenerativa e obstipação. Como consequência do AVC o doente apresenta hemiparesia esquerda.

Genograma



História familiar

A.R., provém de uma família economicamente carente. A sua irmã mais velha faleceu há cerca de seis anos. Os seus pais tinham como habilitações literárias o 1º ciclo básico incompleto (3ª classe) e sempre trabalharam na agricultura. Segundo o utente, desde muito cedo acompanhou os pais nas tarefas da agricultura. “*Fui cedo com eles... a vida era muito difícil*” (sic). Recorda que a sua mãe sempre foi muito carinhosa e cuidadosa. Quanto ao pai, diz que este nunca usou agressões físicas nem psicológicas para com eles. “*A minha mãe era boa, era muito educada... O meu pai também era um bom homem. Aprendi tudo o que sei com eles*” (sic).

Ambos os pais já faleceram, tendo o pai falecido de AVC, não referindo idade, e a mãe de doença grave (não especificou o tipo de doença, nem idade com que morreu). Segundo A.R., os seus pais sempre tiveram uma relação saudável. “*Havia respeito entre eles*” (sic). Quanto à relação com as irmãs, diz ter sido boa “*Sempre gostei delas*” (sic).

Quando questionado acerca da existência de patologias no ceio da família referiu “*não sei*” (sic).

Historia pessoal

A.R. começou a trabalhar desde muito cedo na agricultura (não soube dizer com que idade) “*Era muito novo*” – (sic). Entrou para a escola com sete anos de idade e diz ter concluído a 3ª classe. Aludiu que sempre respeitou os professores e os colegas da escola.” *Tive alguns amigos... sempre me dei bem por lá*” – (sic).

Revelou que desde sempre trabalhou na agricultura e que nunca aprendeu outra profissão senão esta. Referiu, ainda, que não foi recrutado para o exército. A.R. não recorda com que idade casou. Mencionou que só namorou para a sua esposa cerca de 4 anos e que esta era mais nova do que ele 6 anos. “*Não me recordo muito bem da idade... Foi há tanto tempo...! Ela era mais nova*” (sic). O casamento é relatado com grande vínculo afetivo, satisfação e de aspetos positivos “*Companheira, trabalhadora, amiga, boa mãe...Alegre!*” (sic). Estiveram casados “*muitos anos*” – (sic). Relatou, que sempre teve um relacionamento saudável com a esposa. “*Sempre a respeitei... E ela a mim.*” - (sic), Lembrou ainda, que sempre trabalhou ao seu lado “*Sempre comigo*” (sic).

Desta união, nasceram cinco filhos, quatro rapazes e uma rapariga, sendo a filha mais nova, agora com 42 anos, portadora de uma deficiência mental. Atualmente encontra-se internada numa instituição para deficientes mentais em Castro Daire. Divulgou, ainda, que todos os filhos nasceram em casa. “*Deu á luz em casa, com ajuda de uma vizinha*” – (sic). Mencionou que todos os filhos frequentaram a escola (não revelou o grau de escolaridade) exceto a filha mais nova.

Atualmente, o filho mais velho de A.R. permanece como cuidador mais próximo, visto que este se encontra desempregado.

Processo de Avaliação Psicológica

A.R. ao longo do seu internamento apresentava-se com aspeto cuidado, cabelo cortado, barbeado e de fato de treino, para ser mais confortável. Encontrava-se na maioria das vezes no seu quarto sentado na poltrona a ver televisão. Inicialmente, dependia de cadeira de rodas para se deslocar, com o progresso da reabilitação começou a caminhar de andarilho. Apresentava ainda, acuidade auditiva diminuída e fazia uso de óculos para ler.

O processo de Avaliação Psicológica iniciou-se a 05 de Janeiro de 2015. Na primeira consulta procedeu-se à recolha de dados da história de vida de A.R. e à avaliação protocolada com o Mini Mental State Examination (MMSE). Nesta observação A.R. mostrava-se nosognósico, colaborante e participativo. Apresentava, ainda, um discurso organizado, com alguma lentificação da fala. Manteve bom contato ocular.

Na escala de avaliação do MMSE, A.R. obteve uma pontuação de 23 pontos em 30, o que, segundo o sistema de classificação, corresponde a uma escolaridade superior a 11 anos. Este resultado é bastante superior à escolaridade real de A.R., o que se mostra, à primeira vista, como um ponto forte deste utente. Nesta avaliação, A.R. não apresenta défices cognitivos significativos embora haja alguns pontos fracos ao nível das praxias visuo-construtivas, da evocação, da orientação e da linguagem (Anexo G). Ao analisar o MMSE, este paciente revela uma certa desorientação temporal e, ao nível da evocação e das praxias visuo-construtivas os resultados foram nulos.

A segunda consulta, decorreu, no dia 12 de janeiro de 2015. Nesta, procedeu-se à recolha de informação acerca da sua história de vida e, no fim, foi proposta a aplicação de um instrumento para avaliação do estado depressivo do utente. O instrumento utilizado foi a Escala de Depressão Geriátrica, tendo em consideração a idade do mesmo. A.R. obteve nesta escala um resultado de 7 pontos, o que aponta para ausência de depressão (Anexo G). Contudo, apesar de não apresentar resultados indicativos de depressão, o doente apresenta semblante triste e um discurso negativista

“Agora estou arrumado (...) já fiz o que tinha a fazer” (sic), o que motivou a exploração destes sentimentos na consulta seguinte.

A terceira consulta, foi realizada no dia 22 de janeiro de 2015. A.R. encontrava-se no quarto sentado na poltrona e tinha o televisor ligado. Ao longo das entrevistas efetuadas, A.R. mostrou uma certa labilidade emocional e que estava a vivenciar com intensidade sentimentos de perda da esposa que tinha falecido há cerca de 1 ano e meio. *“Deus levou-me o que de melhor eu tinha... Sinto muito a falta dela”* (sic). A.R. transmitiu momentos de grande emoção, de choro, de silêncios e ansiedade, dizendo que *“Sabe, ela sempre foi uma mulher doente... Não esperava que fosse tão grave. Ela queixava-se muitas vezes, ia ao médico... Podia ter ido primeiro que ela, ela era mais nova! Não pensei que ela morresse já...”* (sic).

Uma vez que o doente demonstrava tristeza, choro e evidências da dificuldade sentida na desvinculação da esposa, questionou-se se este doente estaria a vivenciar um luto complicado. Por este motivo, foi-lhe aplicado o Inventário de Luto Complicado (ICG) a fim de corroborar ou despistar esta patologia. O ICG inicialmente construído por Prigerson *et al.* (Prigerson et al., 1995), e posteriormente adaptado para a população portuguesa (Frade, B., Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, 2009), avalia a sintomatologia real do luto complicado. O ICG é composto por 19 itens descritivos de um conjunto de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais que devem persistir por um período mínimo de 12 meses e que estão necessariamente associados a um significativo distúrbio funcional. Este instrumento avalia a frequência do sentimento das dificuldades traumática e de separação, assim como as dimensões da negação e revolta, psicótica e depressiva, cujas respostas são do tipo Lickert.

Nesta escala, A.R. obteve 38 pontos (Anexo G), ultrapassando o ponto de corte de 30 pontos, o que significa que o doente se encontra num processo de luto complicado.

Análise compreensiva

O paciente mostrou-se bastante consciente face à sua problemática e com baixas perspectivas de futuro. “*Agora estou arrumado (...) já fiz o que tinha a fazer*” (sic). Para além disso, A.R. debate-se com problemas de desvinculação da esposa. Este sentimento de vazio oblitera o prazer de viver e o desenvolvimento das capacidades pessoais. Não apresenta ideias delirantes nem alucinações, contudo, as suas preocupações são centradas na incapacidade funcional e falta de autonomia após o AVC que tomam contornos mais agravados devido à solidão, falta de apoio e companheirismo. Verifica-se que A.R. mantinha uma relação de dependência emocional e suporte em relação à esposa.

Ao fazer-se uma análise compreensiva da problemática de A.R., pode-se aperceber de uma dinâmica emocional que se assume através de expressões da perda sofrida e apresentava sinais clínicos evidentes da angústia de separação. O enquadramento das vivências de A.R. remete para um luto com uma angústia prolongada, preenchendo os critérios de luto complicado.

O luto, do latim *lucto*, é definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem como resposta a uma perda de um ente significativo (Delalibera, Coelho, & Barbosa, 2011).

A resposta psicológica ao luto envolve uma progressão ordenada ao longo das diferentes fases do luto. A primeira proposta à teoria das fases do luto foi feita por Bowlby e Parkes (Bowlby, 1961, 1982; Parkes & Prigerson, 2013). No entanto, o modelo Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1997), adaptou a teoria de Bowlby e Parkes, descrevendo o processo de luto em 5 fases:

1. A negação, em que a perda parece impossível e a dor insuportável
2. A raiva, que acontece quando o enlutado ainda se nega a acreditar na perda. Nesta fase, podem também ser despoletados sentimentos de inveja e revolta.
3. A negociação, que surge quando o enlutado começa a colocar a hipótese da perda e tenta-se fazer algum tipo de acordo de maneira a que as coisas

possam voltar a ser como antes. Normalmente, esta fase é acompanhada de manifestações religiosas ou crenças, comprometendo-se, muitas das vezes em segredo, a ser uma pessoa melhor se sair daquela situação.

4. A depressão, caracterizada por um sofrimento profundo, tristeza, desolamento, culpa, descrença e medo. O enlutado toma consciência da debilidade física e surge um sentimento de grande perda, acompanhado pela necessidade de isolamento e introspeção.
5. E a aceitação, onde o vazio deixado pela perda é preenchido. Nesta fase, o enlutado já não experimenta desespero, compreende a realidade da perda e aceita-a com paz e serenidade.

Segundo a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), até um período de 12 meses, é normal que o enlutado adulto sofra de uma certa angústia mental gerada pela experiência de perda e pelas intensas saudades do falecido. Se os sentimentos de tristeza e mágoa intensas se prolongarem por um período superior ao referido, poder-se-á estar perante uma situação de luto persistente. A perturbação de luto complicado persistente pode ocorrer em qualquer idade, começando depois de um ano.

O género é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de luto complicado, apesar do comportamento específico de cada género ser pouco consistente na literatura. As viúvas apresentam níveis mais elevados de depressão; no entanto, os níveis de mortalidade são maiores nos viúvos (Stroebe & Schut, 2001). De acordo com o DSM-5, a perturbação de luto complicado persistente é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino.

É de ter em atenção que na idade adulta avançada o facto de se perder o cônjuge poderá levar a uma situação de solidão. É possível que, devido ao maior número de anos que passaram juntos e assumindo que tiveram uma relação saudável, o idoso sofra mais com a perda do que um adulto jovem. A perda desta ligação afetiva pode nunca parecer aceitável para o viúvo e é de esperar que haja nesta faixa etária uma maior manifestação de sentimentos de ansiedade, depressão e tristeza persistente (Jacobs, Kasl, Ostfeld, Berkman, & Charpentier, 1986; Moon, Kondo, Glymour, & Subramanian, 2011; Pollock, 1978; Shear, Ghesquiere, & Glickman, 2013).

Pelos critérios propostos pelo DSM-5 para o diagnóstico de luto complicado persistente (Anexo G), A.R. vivencia a morte da esposa, com quem tinha uma relação próxima (Critério A) há mais de 12 meses. Referenciou que tinha saudades persistentes da esposa (Critério B1) e, sempre que falava nela, ficava muito emocionado e chorava com frequência (Critério B2). A.R. não apresentava sinais de revolta nem dificuldade em aceitar a morte da esposa. No entanto, referiu “*devia ter ido primeiro eu, ela era mais nova*” (sic), o que revela que não concorda com a ordem cronológica dos acontecimentos, verificando-se uma avaliação desadaptativa relativamente à situação (Critério C5). Quando revela “*Agora estou arrumado... Já fiz o que tinha a fazer*” (sic) está intrínseca uma crença de que a vida não tem significado ou objetivo sem o falecido (Critério C10) e que não faz grandes planos para o futuro (Critério C12). Ao exprimir “*Agora estou aqui... até ir para junto dela*” (sic), a ideia anterior é corroborada e denota-se que sente desejo de morrer porque tem vontade de estar com a esposa (Critério C7). Na aplicação do ICG respondeu que sente sempre que a sua vida está vazia sem a pessoa que morreu, assim como, sente-se só grande parte do tempo desde que ela morreu (Questões 13 e 19), podendo-se concluir que A.R. se sente isolado (Critério C9).

Analisando o DSM-5, A.R. apresenta como fator de risco ambiental a sua dependência elevada da pessoa falecida. A fragilidade física e vulnerabilidade decorrente do recente AVC, poderá ter reativado sentimentos de perda, pelo suporte que a esposa lhe daria, quer emocional, quer instrumental. A sucessão dos acontecimentos incapacita A.R. de viver sozinho, de forma independente, como até à altura. Neste contexto, A.R. poderá estar a sentir desamparo e a questionar-se acerca da vida futura. «*As minhas noras vêm à vez fazer-me a comida e a lida da casa*» (sic), pelo que não existia rotina e estabilidade, desde a morte da esposa.

Após o AVC e conseqüente alta hospitalar, A.R. obrigatoriamente terá que depender de terceiros. Os filhos estarão disponíveis para organizar um plano rotativo para cuidarem deste? Será que algum dos filhos irá viver com A.R.? Será que tinha que mudar de residência? Seria A.R. a ir viver com um dos filhos? Ou então, teria que ser institucionalizado? Todas estas questões associadas à mudança ambiental e às mudanças de rotinas são hipotetizadas como a causa para a labilidade emocional de A.R.

Mesmo já tendo aceitado o sucedido, de estar consciente da realidade e de não demonstrar sinais de revolta referente à morte da esposa, o estado psicoemocional de A.R. encontrava-se afetado, experimentava uma angústia profunda. Na minha perspectiva, A.R. já poderia ter concluído o ciclo do luto, mas, neste contexto de doença, poderia ter regredido para a fase da depressão. Apesar de na aplicação da GDS, os resultados indicarem a ausência de Depressão, segundo a teoria do luto, A.R. está a vivenciar a fase da Depressão. Assim, a hipótese a colocar é a de que a doença veio avivar a morte da esposa.

Ainda uma outra hipótese é a de que este doente poderá estar num duplo processo de luto: pelo AVC (e conseqüente perda de autonomia) e pela perda da esposa. Perde a independência e perde o apoio. “*Agora que estou doente, não a tenho comigo*” (sic). Dado a situação amorosa, o relacionamento saudável, o carinho que mantiveram ao longo dos anos de casados, A.R. poderá estar a sentir que lhe falta o suporte emocional e social e que todo este sofrimento advenha de um afastamento do objeto de segurança narcísica.

A última das hipóteses colocada seria de que A.R. estaria a passar um episódio depressivo *major* (EDM) tendo em consideração que 20% a 50% de doentes com AVC sofre de depressão pós-AVC (Paradiso & Robinson, 1998) e cerca de metade destes doentes tem uma síndrome do tipo depressão *major* que é impossível de distinguir clinicamente da depressão *major* primária, preenchendo a outra metade os critérios para a distímia (Spar & La Rue, 2005). O diagnóstico diferencial da depressão *major* pode ser difícil, pois é facilmente confundida com outras síndromes depressivas comuns que afetam os idosos (Spar & La Rue, 2005). Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), os pontos fulcrais na distinção entre luto complicado e o EDM são de que no luto o sentimento predominante é o vazio e o de perda, enquanto no EDM é o humor deprimido persistente e a incapacidade de sentir alegria e prazer.

Pelos critérios propostos pelo DSM-5 para o diagnóstico de perturbação depressiva *major* (Anexo G), A.R. não apresenta humor deprimido, mas sim um humor eufórico com episódios de labilidade emocional. Os episódios de choro e tristeza ocorriam por vagas, as chamadas pontadas de dor, associadas a pensamentos e recordações da falecida. Não eram, de todo, semelhantes às ruminacões autocríticas ou

pessimistas observadas no EDM. Quando lhe foi pedido que relatasse um episódio agradável com a falecida esposa, este foi capaz de contar o episódio acompanhado de sorrisos e de uma nostalgia com muita ternura. Estes aspetos estão relacionados com a dor no luto, que poderá ser acompanhada por emoções positivas e humor que são incaracterísticos da infelicidade penetrante e miserabilismo característicos do EDM.

Durante uma das sessões, A.R. foi questionado se algum dia lhe passou pelo pensamento a hipótese de terminar com a própria vida, ao que respondeu “*Não, não, nunca pensei nisso... Eu já não demoro muito a ir.*” (sic). Este aspeto é importante na distinção entre EDM e luto, pois um indivíduo enlutado pensa sobre a morte e em morrer, mas tais pensamentos são geralmente centrados no falecido e na possibilidade de se lhe “juntar”, enquanto no EDM tais pensamentos estão focados em terminar a sua própria vida devido ao sentimento de inutilidade, desmerecimento da vida ou incapacidade para lidar com a dor da depressão (American Psychiatric Association, 2013).

A.R. teve alta um mês após admissão (como o expectável), não apresentando alterações do estado cognitivo previamente descrito. Foi realizada uma entrevista de devolução, onde se fez uma pequena revisão por todas as temáticas abordadas nas consultas e dotando o utente de estratégias para combater a saudade da esposa, nomeadamente não deixar de ir ao cemitério (ato que o faz sentir bem), acompanhar-se com uma foto dela (dialogando sempre que sentisse necessidade), e manter-se ativo socialmente. Nesta última consulta, A.R. Já não apresentava uma labilidade emocional tão acentuada. Foi ainda aconselhado a procurar ajuda, caso sinta necessidade disso.

Propostas de intervenção – Narrativa cognitiva e Estimulação Cognitiva

A estratégia utilizada com A.R. foi a de escuta ativa dos seus problemas, conflitos e angústia, com o objetivo de aliviar os sintomas. Segundo Lazure (1994), a escuta é uma característica primordial para o estabelecimento da relação de ajuda, é uma capacidade essencial no processo de relação de ajuda, pois é através desta que são compreendidos os doentes.

A escuta ativa tem como função oferecer um ambiente físico de acolhimento, sustentar a atitude de respeito e interesse, manter contacto visual, iniciar a conversa com perguntas abertas. Portanto, deve-se observar as reações emocionais do paciente e identifica-las caso seja necessário, respeitando os momentos de silêncio, choro, ou seja, orientar o seu trabalho para o desejo de viver, para o reabilitar da esperança, que orientará a forma como o paciente lida com as suas dificuldades e limitações inerentes ao seu quadro clínico (Simonetti, A., 2004). Foram respeitados os momentos de silêncio, nomeadamente, nos episódios de choro, com A.R.

Houve um reforço dos aspetos positivos, das habilidades e capacidades que não foram afetadas pelo AVC, para que A.R. compreendesse o que ainda poderá fazer, para manter-se ativo socialmente, e para que compreenda que progressivamente irá voltar a ter um maior grau de autonomia. Como objetivado pela psicologia clínica, houve um esforço destes fatores para aumentar o bem-estar intelectual interno, desenvolver confiança própria, aconselhar sobre escolhas positivas mesmo quando envolvem uma dor emocional, como por exemplo, acerca da morte da esposa.

Devido à brevidade do internamento do utente, não foi possível realizar-se qualquer tipo de intervenção direcionada para o luto. O luto complicado é um fenómeno que, apesar de não se poder prevenir, pode ser tratado (Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky, & van Heeringen, 2011). A intervenção psicológica no luto tem sido um tema controverso. No entanto, e de uma forma geral, é aceite que a intervenção psicológica ajuda a reduzir a intensidade do sofrimento e promove uma maior resiliência no processo de ajustamento após a perda (Currier, Neimeyer, & Berman, 2008; Kato & Mann, 1999; Wittouck et al., 2011). É importante ter em atenção as mudanças significativas relativamente aos pensamentos e emoções durante o processo de luto, para compreender claramente os benefícios da procura de ajuda (V. Barbosa, Sá, & Carlos Rocha, 2014).

Com base nos resultados positivos que vêm a ser apresentados pela terapia de cognitiva-narrativa (Currier et al., 2008) e após uma revisão de estudos empíricos que provaram ser eficazes ao nível dos sintomas psicotraumáticos (O. F. Gonçalves, 1994) depressivos e ansiosos, considera-se que A.R. beneficiaria com uma intervenção de narrativa breve (Jané-Llopis & Barry, 2005; Nezu & Nezu, 2008).

Um manual, desenvolvido por Sousa, Sá & Rocha (V. Sousa, Sá, & Rocha, 2013) com base em Gonçalves, Machado & Rosas (O. Gonçalves, Machado, & Rosas, 1997) e Barbosa, Sá & Rocha (V. Barbosa et al., 2014), foi desenhado para 4 sessões de 60 minutos. A primeira sessão envolve narrativas de evocação, cujo objetivo é o entendimento do significado da perda na vida do paciente e a promoção da memória de um episódio específico relativamente à perda. Na segunda sessão dever-se-á falar da subjetivação emocional e cognitiva, dando espaço à exploração dos aspetos emocionais e à multiplicidade e diversidade das experiências cognitivas do episódio. A terceira sessão envolve a metaforização, onde o objetivo é explorar diferentes significados para o episódio e escolher uma metáfora a que esteja associada tensão e condensação de importância. O uso de paráfrases, silêncio, reflexão de significado e sumarização são valências importantes na entrevista. Subsequentemente, o cliente deverá estar apto a gerar uma única metáfora, tendo origem em várias perspetivas, com a finalidade de condensar o significado do episódio. Finalmente, na quarta sessão, tem lugar a projeção, que pretende promover a construção e a experiência de outra possível organização do episódio, refletindo na metáfora. Nesta estratégia da terapia cognitiva-narrativa, a preparação e intervenção do psicólogo é extremamente importante, pois este deve ser capaz de estabelecer níveis muito altos de empatia, aceitação positiva, neutralidade e autenticidade (V. Sousa et al., 2013).

Apesar de não ter apresentados *deficits* significativos na Avaliação Breve do Estado Mental, durante o acompanhamento, o doente referiu que se esquecia de várias tarefas como, por exemplo, pagar as contas mensais. Para além disso, não soube dizer a idade dos pais nem com que idade se casou. Assim, se o internamento de A.R fosse mais longo, para além de uma Intervenção adequada ao luto, poder-se-ia aplicar outros instrumentos que permitissem avaliar o declínio cognitivo, bem como estimular a memória e a concentração em sessões de estimulação cognitiva.

V. Reflexão

Com a realização deste estágio curricular de oito meses, foi-me dada a possibilidade de enriquecer a minha aprendizagem a dois níveis, nomeadamente, a nível profissional e pessoal. O local de estágio que me foi atribuído foi o HPP, no que concerne um serviço calmo, onde existe só apoio ao internamento.

A nível profissional permitiu-me aumentar o contacto com diversas problemáticas. Posso afirmar que senti um crescimento e aumento de responsabilidades, confesso que algumas vezes senti alguma insegurança, devido à pressão a que estive sujeita nesta fase, como estagiária, na medida que exigiu de mim uma maior dedicação e entusiasmo pela atividade profissional. Em termos pessoais, experienciei um misto de sentimentos, essencialmente por acompanhar casos complicados que me fizeram vivenciar experiências que geraram em mim preocupação e satisfação.

Na unidade de cuidados continuados, foi possível observar um ambiente de colaboração e cooperação entre todos os profissionais que me acolheram neste estágio. Este ambiente foi essencial, especialmente para o desenvolvimento da minha confiança e crescimento profissional enquanto estagiária. A boa relação estabelecida com a orientadora e colegas de estágio foi, também, de extrema importância para obter apoio e compreensão nos momentos mais difíceis.

Com o decorrer deste plano, as minhas limitações pessoais começaram a manifestar-se. Por vezes questioneei se estaria a desempenhar o meu papel de forma correta e a corresponder às expectativas. Os medos e as inseguranças manifestaram-se, deixando, muitas vezes, a incerteza de que seria capaz de atingir os objetivos estabelecidos. Contudo, penso ter cumprido os desafios que me foram proposto e os objetivos que eu própria tracei para este percurso. Com dedicação e esforço considero que este estágio foi uma excelente oportunidade para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O meu percurso foi enriquecido pelo meu esforço e dedicação, pelo apoio crucial da minha supervisora e da minha orientadora de estágio, pelos momentos em que me orientaram e me apoiaram quando estava com dúvidas e inseguranças. Por isso gostaria de deixar o meu agradecimento, principalmente aos meus orientadores, aos meus

colegas de estágio e a todos que contribuíram para o meu sucesso na realização do mesmo.

Quanto aos estudos de caso apresentados, foram escolhidos por apresentarem situações mais desafiantes e por serem aqueles que acompanhei durante mais tempo, apesar de não ter sido o suficiente para a realização de uma intervenção completa.

O caso J.A. contempla o sucesso de recuperação e uma grande motivação para processo de reabilitação, sendo um doente bastante colaborante, participativo e comunicativo, em todas as suas ações. A meu ver, estas características foram os seus pontos fortes para a sua recuperação física. Apresentou-se, desde o início, nosognóstico e ciente da necessidade de ajuda, tanto física como psicológica. Enquanto caso, foi bastante gratificante, tendo em conta que o doente inicialmente estava destinado para UC, sendo um internamento que poderá ir até 30 dias. Devido à sua boa recuperação foi-lhe atribuído um período de internamento mais longo, sendo transferido para UMD, o que me proporcionou uma maior recolha de informações e intervenção.

O caso A.R., por sua vez, ilustra um grande desafio, muito distinto do anterior, principalmente pelo estado psicoemocional apresentado. Apesar de o doente se mostrar sempre nosognóstico, discurso fluente e de tom baixo, boa compreensão e participativo no solicitado, A.R. apresentava um semblante triste e um discurso negativista. O maior desafio deste caso foi o facto de me ter apercebido de que o doente estava a passar por uma fase de luto, por ter perdido a sua esposa há cerca de dois anos, e ainda de me aperceber que a sua patologia poderá ter avivado mais os seus laços afetivos e emocionais acerca da perda. Este caso obrigou-me a uma avaliação mais profunda e mais cautelosa, não tendo, contudo, realizado todo processo desejado, uma vez que o doente se encontrava internado na UC. Isto refletiu-se, nomeadamente, na recolha de dados. A meu ver, A.R. necessitaria de um apoio e acompanhamento psicológico, visto que poderá ser um doente de risco por se encontrar bastante solitário.

Dos restantes casos que acompanhei mas que não foram detalhados neste relatório, encontrei vários com grande interesse, que desencadearam emoções e, acima de tudo, uma maior preocupação e perceção da realidade vivenciada pelos doentes. Por exemplo,

um caso de afasia global obrigou a bastante estudo paralelo para o acompanhamento e desenvolvimento de estratégias de comunicação.

Num todo, foi um trabalho muito gratificante que me preparou para uma realidade que depende muito da dedicação e empenho com que a agarramos. Nem tudo correu como era expectável. O Hospital Particular de Paredes não possuía gabinetes próprios onde se pudessem realizar as avaliações e intervenções. Aconteceram algumas situações de interrupção que comprometeram a confidencialidade do doente e obrigaram a pausas durante a sessão. Tentei minimizar as eventuais quebras de confiança e empatia por parte do doente que essas circunstâncias desagradáveis pudessem causar.

Foi com grande prazer e entusiasmo que fiz valer os conhecimentos adquiridos no meu percurso académico na prática clínica. Aprendi com as dificuldades, desenvolvi a prática na aplicação e cotação de instrumentos de avaliação, expandi o meu conhecimento e fomentei o interesse pela psicologia clínica.

Acima de tudo, o meu estágio foi marcado não só pela ansiedade e tensão, associadas à vontade de vencer, mas também pelo enorme prazer de ajudar o outro.

VI. Bibliografia

- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D., & Charlson, M. (1997). "Vascular depression" hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 54(10), 915–22.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.: DSM 5*. (A. P. Association, Ed.).
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Rosa, A. I., & Paúl, C. (2014). The Effect of Cognitive Stimulation on Nursing Home Elders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 157–166.
- Ardila, A., Rosselli, M., & Rosas, P. (1989). Neuropsychological assessment in illiterates: visuospatial and memory abilities. *Brain and Cognition*, 11(2), 147–66.
- Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A. G., Heuschmann, P. U., & Wolfe, C. D. A. (2011). Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the South London Stroke Register. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 42(7), 1907–11.
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 202(1), 14–21.
- Barbosa, A. M., N, D., & C, M. (2011). Factores preditivos de depressão pós-acidente vascular cerebral. estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação. *Acta Med Port*, 24(S2), 175–80.
- Barbosa, V., Sá, M., & Carlos Rocha, J. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, 18(3), 354–62.
- Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., & Al., E. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 21, 81–6.
- Blumenfeld, H. (2010). *Neuroanatomy Through Clinical Cases*. Sinauer Associates.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317–40.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–78.
-

Bruce, C., D. Howard, et al. (2000). "Why should recovery be a cause for concern? An investigation of an unusual pattern of recovery in a man with aphasia." *Aphasiology* 14: 755-769.

Caeiro, L., Ferro, J. M., Santos, C. O., & Figueira, M. L. (2006). Depression in acute stroke. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, 31(6), 377–83.

Chapey, R. (2001). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (4th Ed.). Baltimore, MD, Williams&Wilkins.

Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (5th Ed). Baltimore, MD, Williams&Wilkins.

Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In *Envelhecer em Portugal* (1st ed., pp. 157–176). Lisboa: Climepsi.

Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648–61.

Davidson, B., L. Worrall, et al. (2003). "Identifying the communication activities of older people with aphasia: Evidence from naturalistic observation." *Aphasiology* 17 (3): 243-264.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Med Port*, 24, 935–942.

(DGS), D. G. S. (2006). "Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares – Despacho nº. 16415/2003 (II série) – D.R. nº. 193 de 22 de Agosto". Retrieved 03/05/2006.

(DGS), D. G. d. S. (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa, Grupo LIDEL.

- Dieguez, S., Staub, F., Bruggimann, L., & Bogouslavsky, J. (2004). Is poststroke depression a vascular depression? *Journal of the Neurological Sciences*, 226(1-2), 53–8.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferraz, I. N., & Silveira, C. (2013). Depressão e Acidente Vascular Cerebral: Causa ou Consequência? *Arquivos de Medicina*, 27, 148–53.
- Frade, B., Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, J. C. (2009). *Validação e adaptação para a língua portuguesa do inventário de luto complicado. [Validation and adaptation to Portuguese inventory of complicated grief]*. CESPU.
- Fradique, E.M.S. (2010). *Efectividade da Intervenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Freitas, M. (2014). *Depressão pós-AVC: Revisão Bibliográfica*. Universidade da Beira Interior.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2012). Montreal cognitive assessment: validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 27(1), 37–43.
- Goh, J. O., & Park, D. C. (2009). Neuroplasticity and cognitive aging: the scaffolding theory of aging and cognition. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 27(5), 391–403.
- Gomes, B., Higginson, I.J. & Davies, E. (2008). Hospice and Palliative Care. In: Heggenhougen K. & Quah S. (Eds), *International Encyclopedia of Public Health*, 1ª ed. *San Diego: Academic Press*; 3, 460-9.
- Gonçalves, O. F. (1994). Cognitive Narrative Psychotherapy: The Hermeneutic Construction of Alternative Meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8(21), 105–125.
- Gonçalves, O., Machado, P., & Rosas, M. (1997). A elaboração narrativa dos aspetos psicotraumáticos do enfarte miocárdio: um manual terapeutico. *Psicologia: Teoria, Investigação E Prática*, 3, 26–27.
- Gonçalves, O. F (1999). *Introdução às Psicoterapias Comportamentais*. Coimbra: Edições Quarteto.
-

- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa do teste: «Mini Mental State Examination» («M.M.S.E.»). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9.
- Hachinski, V., Iadecola, C., Petersen, R. C., Breteler, M. M., Nyenhuis, D. L., Black, S. E., ... Leblanc, G. G. (2006). National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 37(9), 2220–41.
- Helmes, E. (2000). Learning and memory. In G. Groth-Manat (Ed.), *Neuropsychological Assessment in Clinical Practice* (pp. 293–334). New York: John Wiley & Sons.
- Jacobs, S., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Charpentier, P. (1986). The measurement of grief: age and sex variation. *The British Journal of Medical Psychology*, 59 (Pt 4), 305–10.
- Jané-Llopis E, McDaid D. Promoting mental health in Europe: A timely opportunity. *Eurohealth*. 2005;11(4):9–10.
- Kato, P. M., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 275–96.
- Katz, R. C. (2000). "A multinational comparison of aphasia management practices." *Int. J. Lang. Comm. Dis.* 35: 303-314.
- Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S. J., Dong, W., & Greenough, W. T. (2004). Environmental Influences on Cognitive and Brain Plasticity During Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(9), M940–M957.
- Kübler-Ross, E. (1997). *On Death and Dying*. Scribner.
- Kwok, T. C. Y., Chau, W. W., Yuen, K. S. L., Wong, A. Y. M., Li, J. C. Y., Shiu, R. Y. Y., & Ho, F. K. Y. (2011). Who would benefit from memory training? A pilot study examining the ceiling effect of concurrent cognitive stimulation. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 83–8.
- Leach, L. (2004). Cognitive stimulation therapy improves cognition and quality of life in older people with dementia. *Evidence-Based Mental Health*, 7(1), 19–19.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Editora Fim de Século.
-

- Loubinoux, I., Kronenberg, G., Endres, M., Schumann-Bard, P., Freret, T., Filipkowski, R. K., ... Popa-Wagner, A. (2012). Post-stroke depression: mechanisms, translation and therapy. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 16(9), 1961–9.
- Mahncke, H. W., Bronstone, A., & Merzenich, M. M. (2006). Brain plasticity and functional losses in the aged: scientific bases for a novel intervention. *Progress in Brain Research*, 157, 81–109.
- Mahncke, H. W., Connor, B. B., Appelman, J., Ahsanuddin, O. N., Hardy, J. L., Wood, R. A., ... Merzenich, M. M. (2006). Memory enhancement in healthy older adults using a brain plasticity-based training program: a randomized, controlled study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(33), 12523–8.
- Martins, T. (2006). AVC - Qualidade de vida e bem - estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra, FORMASAU.
- Matos, L. C. C. de. (2011). Medo da queda, estado emocional, qualidade de vida e contexto habitacional em idosos : um estudo exploratório.
- Mendez, M. F., Ala, T., & Underwood, K. L. (1992). Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(11), 1095–9.
- Moon, J. R., Kondo, N., Glymour, M. M., & Subramanian, S. V. (2011). Widowhood and mortality: a meta-analysis. *PloS One*, 6(8), e23465.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–9.
- Neto, I. (2004). Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática de cuidados paliativos. In Neto, I., Aitken, H. & Paldron, T. (eds.). *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais: Pergaminho, 1ª edição, 11-48.
- Neto, I. (2005). Cuidados Paliativos. *Revista Cidade Solidária; Janeiro*, 36-47.
- Neto, I. (2008). Cuidados continuados e paliativos: o direito à dignidade. *IESSPRO Outono/Inverno*, 10-5.
-

- Nezu A, Nezu C. *Evidence-Based Outcome Research: A Practical Guide to Conducting Randomized Clinical Trials for Psychosocial Intervention*. London, England: Oxford University Press; 2008. pp. 285–313.
- Osterrieth, P.-A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe. *Arch. Psycho.*, 30, 206–356.
- Ott, A., Breteler, M. M., van Harskamp, F., Claus, J. J., van der Cammen, T. J., Grobbee, D. E., & Hofman, A. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 310(6985), 970–3.
- Pais Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA; 1ª Edição.
- Paradiso, S., & Robinson, R. G. (1998). Gender differences in poststroke depression. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(1), 41–7.
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life, Fourth Edition*.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandes, M. C. (1994). *Introdução à psicologia clínica*. CLIMEPSI.
- Pedinielli, J.-L. (1999). *Introdução à psicologia clínica. O método clínico e os seus instrumentos*. (1 Edição). Lisboa: Climepsi Editores (p. 38).
- Pollock, G. H. (1978). Process and affect: mourning and grief. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 59(2-3), 255–76.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22–30.
- Regulamento Interno (2009). Regulamento Interno da Instituição da Unidade Nova Saúde Paredes. Conceitos da Unidade. Abril, 2009.
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encephalopathie traumatique. *Arch. Psycho.*, 28, 286–340.
- Rocha, S. I. M. (2008). *Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda: Avaliação de Protocolo de Trombólise*. Universidade da Beira Interior - Faculdade e Ciências da Saúde.
-

- Rodrigues, S. M. L. (2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação. Braga: Universidade do Minho.
- Rossell, N. Y. (2004). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. In N. Y. Rossell, R. R. Herrera, & M. A. Rico (Eds.), *Rossell, N. Y.* (pp. 81–84). Madrid: Ediciones Piramides.
- Royall, D. R., Cordes, J. A., & Polk, M. (1998). CLOX: an executive clock drawing task. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *64*(5), 588–94.
- Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M. X., Manly, J., & Stern, Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology*, *57*(12), 2236–42.
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, *15*(11), 406.
- Shin, M.-S., Park, S.-Y., Park, S.-R., Seol, S.-H., & Kwon, J. S. (2006). Clinical and empirical applications of the Rey-Osterrieth Complex Figure Test. *Nature Protocols*, *1*(2), 892–9.
- Shulman, Z. I. K. I. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeratria* (pp. 513–529). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar. o mapa da doença*. São Paulo: Casa do psicólogo. Primeira edição (p. 201
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010, July 1). Depressão em idosos: Prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*.
- Sousa, V., Sá, M., & Rocha, J. C. (2013). Divergent and Convergent Validation of the Complicated Grief Prototype Narrative Outcome. *Journal of Loss and Trauma*, 141217135325008. <http://doi.org/10.1080/15325024.2013.801723>
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). Perturbações do Humor - Diagnóstico. In *Psiquiatria geriátrica - Guia prático de medicina* (3ª edição, pp. 71–110). Lisboa: Climepsi Editores.
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 349–371).
-

- Strub, R. L., & Black, F. W. (1985). *The Mental Status Examination in Neurology*.
- Trindade, I. & Carvalho Teixeira, J.A. (2002). Psicologia em serviços de saúde. *Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais*. *Análise Psicológica*, vol.20 no.1, pp.171-174.
- Trindade, I. & Carvalho Teixeira, J. A. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi; 2ª ed.
- Trindade, I. (2007). Prevenção das Disfunções Comunicacionais nos Cuidados de Saúde Primários. Pp: 160-165. In: Trindade, I. & Carvalho Teixeira, J. A. (Org) (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi; 2ª ed.
- Tuokko, H., Hadjistavropoulos, T., Miller, J. A., Horton, A., & Beattie, B. L. (1995). *The Clock Test: Manual for administration and scoring*. Toronto: ON: Multi-Health Systems.
- Vaz Serra, A. (1994). Inventário da Avaliação Clínica da Depressão. *Edição Psiquiatria Clínica*. Coimbra: 1ª Edição.
- Veríssimo, M. T. (1988). Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica. *Porto: Serviço de Neurologia Do Hospital S. João Do Porto*.
- Wenisch, E., Cantegreil-Kallen, I., De Rotrou, J., Garrigue, P., Moulin, F., Batouche, F., ... Rigaud, A. S. (2007). Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared with normal aged subjects: preliminary results. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(4), 316–22.
- Williams, K. N., & Kemper, S. (2010). Interventions to reduce cognitive decline in aging. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(5), 42–51.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69–78.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.
-

Anexos

**Anexo A – Instrumentos de Avaliação Psicológica
Protocolados**



**Anexo B – Casos acompanhados para Avaliação
Psicológica**

Utentes UC			
Utente	Idade – Sexo	Motivo do internamento	Avaliação/Intervenção Psicológica
<i>M.O.</i>	<i>78; F</i>	Prótese total do joelho direito	MMSE
<i>L.S.</i>	<i>65; F</i>	Fratura do Úmero proximal esquerdo	MMSE; GDS
<i>A.M.</i>	<i>68; M</i>	Enfarte cerebral em tACMD	MMSE; GDS
<i>J.M.</i>	<i>72; M</i>	Doença Vascular Cerebral Aguda	MMSE; GDS
<i>A.A.</i>	<i>58; M</i>	Trombose Cerebral com Enfarte Cerebral	MMSE; IACLIDE
<i>A.P.</i>	<i>70; M</i>	Fratura do colo do fémur	MMSE; GDS
<i>E.C.</i>	<i>77; F</i>	Fratura do colo do fémur	MMSE; GDS
<i>A.C.</i>	<i>53; M</i>	Choque Séptico com ponto de partida em PAC	MMSE; IACLIDE
<i>J.P.</i>	<i>74; M</i>	Fratura transtrocantérica do fémur à direita	MMSE
<i>J.C.</i>	<i>79; M</i>	Sequelas de fratura transtrocantérica	MMSE; GDS
<i>A.S.</i>	<i>75; M</i>	Sequelas de bronquite aguda e PAC	MMSE; GDS
<i>A.S.</i>	<i>100; F</i>	Fratura transtrocantérica	MMSE; GDS
<i>M.S.</i>	<i>80; F</i>	Síndrome Vertiginoso + ITU	MMSE; GDS

Utentes UMDR

Utente	Idade - Sexo	Motivo do internamento	Avaliação/Intervenção Psicológica
M.I.	50 - F	Hemorragia Cerebral hemisférica direita	MMSE; IACLIDE
M.N.	80 - F	Fratura trocantérica esquerda	MMSE; GDS
M.M.	71 - F	Sequelas de AVC Isquémico em tACMD; Afasia Global	MMSE (Exigência de estratégias de aplicação); Estimulação cognitiva
A.S.	71 - M	Enfarte Cerebral da ACME	MMSE; GDS; Estimulação cognitiva
A.M.	86 - M	Sequelas de AVC Isquémico em tACMD	MMSE; GDS
D.S.	89 - M	Enfarte Cerebral em tACMD	MMSE; GDS; Estimulação Cognitiva
M.R.	84 - F	AVC Isquémico em tACMD	MMSE; GDS
A.Q	85 - M	Transtorno neuromuscular com consequente fratura	MMSE; GDS

Anexo C – Grupo de Estimulação Cognitiva



Anexo D – Avaliação de Doentes Afásicos



Anexo E - Sessão de Psicoeducação



Anexo F – Caso J.A.



Regras de cotação do Teste de Relógio

Pontuação	Resultado	Descrição
0	Mau	Desenho não reconhecível ou distorção grosseira
1	Suficiente	O relógio deve conter um dos seguintes: face aproximadamente circular; números de 1 a 12.
2	Bom	O relógio deve conter dois dos seguintes: face circular; números de 1 a 12; colocação simétrica dos ponteiros.
3	Excelente	Representação perfeita ou quase perfeita.

Estimulação Cognitiva Individual: J.A



Anexo G – Caso A.R.



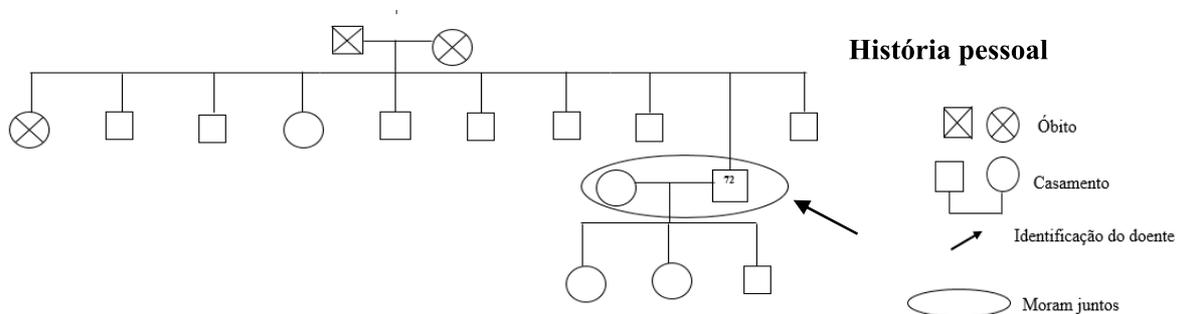
O utente apresentava hemiplegia direita, evidenciada no membro superior e no membro inferior direito e oculomotricidade com aparente olhar preferencial para a direita.

+Inicialmente, após admissão Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, J.A foi diagnosticado com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Mal Definido, sendo a sua condição redefinida como um Enfarte cerebral em território vertebrobasilar e POCI (enfarte da circulação posterior). Com base no relatório de alta hospitalar, o doente apresenta como antecedentes clínicos HTA (hipertensão arterial), dislipidemia e múltiplos episódios de vertigens.

A 15 de Janeiro de 2015, J.A. dá entrada na Unidade de Convalescência do HPP para realização do processo de reabilitação. Segundo a avaliação da equipa de Enfermagem, o utente apresentava-se consciente, orientado, colaborante e participativo e dependente de cadeira de rodas para se mover.

Genograma

Legenda:



J.A. iniciou o seu trabalho aos oito anos de idade, como trabalhador rural, juntamente com os seus pais. Diz que gostava de ter frequentado a escola. “ *Naquela altura não era obrigatório ir para a escola... faz falta saber ler e escrever. Olhe! Quando eu estava na tropa, quem me escrevia as cartas para a minha mulher, era um amigo meu. Eu gostava de ter aprendido, pois, está claro! O que me vale é que a minha mulher sabe ler e escrever, senão estava mal... Mas sei contar o dinheirinho...isso não falha! Ai! Não, não*“ (sic).

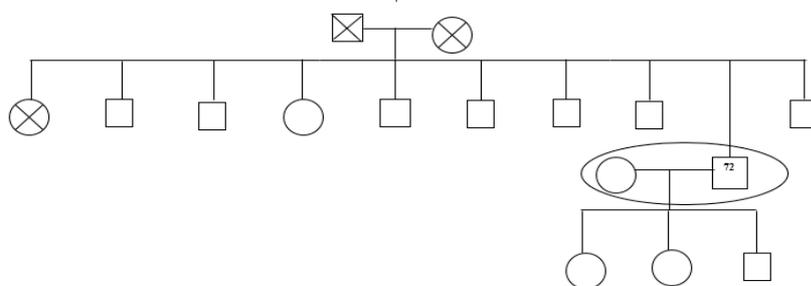
O utente apresentava hemiplegia direita, evidenciada no membro superior e no membro inferior direito e oculomotricidade com aparente olhar preferencial para a direita.

Inicialmente, após admissão Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, J.A foi diagnosticado com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Mal Definido, sendo a sua condição redefinida como um Enfarte cerebral em território vertebrobasilar e POCI (enfarte da circulação posterior). Com base no relatório de alta hospitalar, o doente apresenta como antecedentes clínicos HTA (hipertensão arterial), dislipidemia e múltiplos episódios de vertigens.

A 15 de Janeiro de 2015, J.A. dá entrada na Unidade de Convalescença do HPP para realização do processo de reabilitação. Segundo a avaliação da equipa de Enfermagem, o utente apresentava-se consciente, orientado, colaborante e participativo e dependente de cadeira de rodas para se mover.

Genograma

Legenda:



História pessoal

- ☒ ☓ Óbito
 - ☐ ☉ Casamento
 - ➔ Identificação do doente
 - Moram juntos
- .A.
inic
iou
o seu trabalho aos oito