

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

António Lumbongo Funete

Relatório de Estágio apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia
sob a orientação da Professora Doutora Joana Soares

Gandra, Outubro de 2018

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

António Lumbongo Funete, estudante do curso de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

A apresentação deste relatório é um compilar de vários momentos de aprendizagem, sacrifício e partilha.

A todos aqueles que de forma directa ou indirecta contribuíram, para a realização deste trabalho, gostaria de manifestar o meu agradecimento, em especial:

Á Deus pela saúde e o dom da vida

Á minha família

Á Dra. Joana Soares

Á Dra. Vânia Almeida

Aos meus colegas de estágio e de Curso

A equipa da CESPU pelo acolhimento e carinho brindado durante estadia em Gandra

E ao meu querido Administrador do Município pelo encorajamento e pela dispensa concedida ao nível dos serviços

Em suma

A todos, muito obrigado

Índice

INTRODUÇÃO	6
I ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL	7
II - O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	12
III- ACTIVIDADES REALIZADAS	16
OBSERVAÇÃO DE CONSULTAS.....	17
REUNIÕES.....	17
DESCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS/ PROVAS E TESTES UTILIZADOS	18
Entrevista motivacional.....	18
Testes Psicométricos.....	19
Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975)	19
Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Barreto,Leuschner,Santos & Sobral, 2003).....	20
Avaliações Realizadas.....	21
Estimulação Cognitiva.....	24
IV - ESTUDO DO CASO	25
História de vida.....	25
História de Desenvolvimento Biopsicossocial.....	25
Desenvolvimento da adolescência.....	26
História da Vida Adulta	27
História Familiar	29
História clínica do Problema actual.....	29
REFLEXÃO	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
ANEXOS	39

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACM	Artéria Cerebral média
AIT	Acidente Isquêmico Transitório
APA	American Psychological Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD'S	Atividades de Vida Diárias
CCI	Cuidados Continuados Integrados
DA	Demência de Alzheimer
DCV	Doença Cerebrovascular
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HTA	Hipertensão Arterial
IUCS	Instituto Universitário de Ciências da Saúde
MMES	Mini Mental State Examination
PTA	Protese Total da Anca
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SU	Serviço de Urgência
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UMD	Unidade de Média Duração
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, realizado no ano lectivo de 2017/2018 no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS).

O estágio teve a duração de 30 dias, tendo-se iniciado aos 16 de Janeiro e finalizado em 9 de Fevereiro de 2017, constituindo como mais uma etapa, de uma caminhada que teve como principal objectivo desenvolver um conjunto de actividades que possibilitaram pôr em prática as aprendizagens e enriquecimento pessoal construída ao longo do curso.

O estágio curricular assume-se como uma componente fundamental na medida em que permite aplicar todos os conhecimentos adquiridos, contribuindo de igual modo, como dimensão para o desenvolvimento pessoal e profissional. O estágio envolveu três componentes fundamentais, sendo os mesmos, a avaliação psicológica, estimulação cognitiva e a investigação científica.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro partes. A primeira consiste na descrição e caracterização do Hospital, visando dar a conhecer a sua estrutura organizativa, bem como a sua prática de atuação. Na segunda parte, será definido o papel do neuropsicólogo clínico nesta unidade Hospitalar. Aqui, podemos referir que o papel do neuropsicólogo clínico, em contexto hospitalar, é bastante abrangente, e o seu modo de atuação deve sobretudo, adequar-se à instituição onde exerce a actividade e às principais necessidades prevalentes nesse contexto. Diferentemente do contexto de consultório, muitas vezes o neuropsicólogo precisa de ser ativo e dinâmico, e adaptar-se aos mais distintos settings e preparar-se para as mais inesperadas situações que a doença pode trazer. No concernente a terceira parte, esta aborda as actividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio. Iniciando com avaliação neuropsicológicas, passando pela descrição do programa de estimulação cognitiva implementado na instituição, e culminando com as reuniões de supervisão e de orientação. A quarta parte deste trabalho dedicar-se-á ao estudo mais aprofundado de um caso clínico.

No fecho do presente relatório, finalizo com uma reflexão pessoal da experiência do estágio.

I - ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

Caracterização da Instituição

Ao iniciar a abordagem sobre a caracterização da Instituição gostaria passar em revista um breve historial da mesma, salientando que o Hospital situa-se no coração da cidade de Paredes, no Vale de Sousa no qual também fazem parte os conselhos de Paços de Ferreira, Felgueiras, Lousada, Penafiel e Castelo de Paiva. Serve uma população do concelho de 83.064 habitantes e orienta a sua influência para os concelhos circundantes totalizando uma população de 200.000 habitantes, não havendo nas proximidades instituição semelhante em dimensão, oferta de serviços e qualidade.

O Hospital em referência foi inaugurado em 1966, no entanto em 1977 foi nacionalizado pelo Estado que passou a explorá-lo até Novembro de 2001.

No sentido de retomar a exploração da actividade hospitalar no actual edifício existente, a sociedade do hospital procedeu à remodelação e ampliação do edifício, desenvolvendo o programa funcional, os projectos de arquitectura e respectivas especialidades tendo sempre em conta o cumprimento da legislação, a excelência técnica e a qualidade, tendo adquirido para o efeito equipamentos médicos e tecnologia de ponta. (Regulamento Interno da UCC).

A Instituição reabriu em 2008 e dispõe de uma oferta de serviços e de qualidade que mais nenhuma instituição nas proximidades apresenta. Além disso, esta instituição está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e proporciona a continuidade de cuidados de saúde de forma integrada a pessoas que independentemente da sua idade se encontrem numa situação de dependência temporária ou permanente, acreditando que esta é a melhor forma de contribuir para a recuperação ativa do doente, cumprindo critérios elevados de profissionalismo e qualidade.

O hospital é composto por quatro pisos, sendo estes devidamente equipados de acordo com as especialidades definidas para cada um, e que no total oferecem serviços tais como o acesso/recepção/atendimento, áreas de internamento, área de prestação de cuidados, nomeadamente de tratamento e reabilitação, áreas de apoio geral, nomeadamente alimentação, lavandaria, áreas de sujos, limpos e material esterilizado, áreas de convívio e estar para visitas, serviços de direcção e serviços técnicos e instalações para os profissionais de saúde.

MISSÃO,VISÃO,VALORES E OBJECTIVOS

Integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados, diante designada por Rede, esta instituição tem como missão a prestação de cuidados de saúde, personalizados e de qualidade, nas suas componentes de qualidade técnica e humana em ambiente institucional, ambulatorio e domiciliário, no âmbito privado e convencionado.

Para tal, os valores e objectivos pelos quais o hospital se rege passam por defender o desempenho norteado pela:

- a) Humanização dos cuidados
- b) Ética assistencial
- c) Qualidade e eficiência
- d) Envolvimento da família
- e) Continuidade e proximidade de cuidados
- f) Rigor e transparência
- g) Responsabilização
- h) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade

1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI, criada pelo Decreto-lei n.101/2006, de 6 de Junho, é definida como um conjunto de intervenções sequenciais decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global, ativa e contínua, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A RNCCI é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e apoio social. Estas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Os Cuidados Continuados Integrados fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos doentes com o objetivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação.

A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da

implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes. Implica o trabalho integrado e pró-ativo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

1.1. Objetivos da RNCCI

Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. E, como objetivos específicos, a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência; a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida; o apoio, o acompanhamento e o internamento adequados a cada situação; a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados; o apoio aos familiares ou prestadores informais na prestação dos cuidados; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços e sectores; e, por fim, 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 integrados e de cuidados paliativos.

1.2. Tipos de Serviços

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento (onde se inserem as unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos), unidades de ambulatório (a unidade de dia e de promoção da autonomia), equipas hospitalares (equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos), e pelas equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

2. O Hospital integrado na RNCCI

A integração do Hospital na RNCCI tem como objetivo fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e/ou família/cuidador com uma necessidade, num contexto específico. Deste modo, são implementados procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas que conduzam a uma maior autonomia possível. Assim sendo, a atuação multidisciplinar é indispensável, pois há necessidade de trabalho em equipa e permanente interação entre os profissionais, assumindo também uma cultura de responsabilização, abrangendo o cumprimento das normas, regras e procedimentos internos.

Para a prossecução das actividades nesta Instituição, estão disponibilizadas as unidades de convalescença e a unidade de média duração e reabilitação.

2.1. Unidades de Convalescença

De acordo com o artigo 13º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, a unidade de convalescença é uma unidade de internamento para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Tem como finalidade a estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos e pode coexistir com a unidade de internamento de média duração e reabilitação. Os utentes das unidades de convalescença são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva. São, na sua grande maioria, doentes oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia e de Neurologia.

A prestação de cuidados nas unidades de convalescença é garantida por uma equipa multidisciplinar das áreas de saúde e da ação social, determinada pela natureza dos cuidados a prestar, tendo em conta que se destinam, particularmente, à reabilitação e rápida reintegração dos utentes no seu meio de vida em condições da maior autonomia possível.

Unidade de Média Duração e Reabilitação

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação descrita anteriormente (art.13º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho).

O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. Os utilizadores desta unidade são doentes oriundos de outras respostas da rede, de instituições de saúde e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento (Santos et al.,2011). Neste sentido, os critérios de admissão nesta unidade de internamento são:

- Necessidade de controlo de sintomas, difícil de realizar no domicílio ;
- Necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento, para melhoria ou manutenção das capacidades;
- Necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento;
- Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais;
- Impossibilidade, por ausência de recursos sociofamiliares, de uma pronta reinserção na comunidade (Cuidados Continuados, 2010)

Os cuidados a prestar nas unidades de internamento de média duração e reabilitação destinam-se fundamentalmente, á rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições de maior autonomia possível através da promoção do treino de funções cognitivas, sensoriais e motoras, ressocialização e actividades sócio ocupacionais (Santos et al.,2011).

2.2. Condições de Funcionamento

O acolhimento dos utentes nesta Instituição obedece a uma série de procedimentos devidamente protocolados e do conhecimento de todos os profissionais de saúde que nele trabalham. Estes procedimentos passam pela entrega e apresentação do guia de acolhimento ao utente, explicação das regras gerais de funcionamento e filosofia da unidade, apresentação da equipa de profissionais de saúde e dos cuidados e serviços prestados na unidade bem como o horário de funcionamento, a explicação dos direitos, garantias e deveres da/o utente e cuidadores informais, a apresentação dos procedimentos para denúncia de uma situação de maus-tratos, abuso ou negligência e dos procedimentos para apresentação de sugestões e reclamações, terminando com a visita às instalações e o esclarecimento de dúvidas.

As equipas de gestão de altas servem de elemento central para a integração de toda a informação relativa à alta e têm como principais funções facilitar a identificação e avaliação precoces dos doentes que requerem cuidados continuados, recomendar opções para a continuidade de cuidados, que vão ao encontro das necessidades e preferências identificadas, estabelecer a ligação com os recursos da comunidade, de modo a promover o acesso dos doentes aos recursos necessários, colaborar com o doente, família e equipa de saúde no planeamento e facilitação da alta e garantir apoio e acompanhamento aos doentes e família, durante o processo de planeamento de alta.

Além de tudo o que foi enumerado no parágrafo anterior, deve ainda existir um programa de *follow-up*, que se baseia na marcação de consultas posteriores nas especialidades que a equipa considerar importantes.

II - O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Considera-se importante a intervenção de psicólogos na área da saúde, pois tal contribui para melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes, a redução de internamentos hospitalares, a diminuição da utilização de medicamentos e a utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (APA,2004).

A Psicologia Hospitalar, para Angermanicamon (1996),“é o renovar da esperança de que a dor seja entendida de uma forma mais humana”, de modo que se aprenda a escutar os sentimentos trazidos frente às situações de dor física e sofrimento, da família que

sofre junto ao paciente, aos profissionais que se envolvem com a dor e também sofrem por conta desse envolvimento. Sendo assim, o autor diz que " a Psicologia Hospitalar passa a ocupar um lugar na instituição hospitalar de decisão, sendo parte do tratamento instituído e oferecido ao paciente".

O Psicólogo precisa de fazer uma avaliação geral das condições emocionais do paciente, saber de quem foi a solicitação de atendimento, motivo da internação, sentimentos do paciente em relação a doença e a internação, saber a rotina diária antes da internação para compreender as reações emocionais e o modo de enfrentamento da doença. O indivíduo em condições de internação hospitalar está debilitado por estado de saúde de quadro orgânico, e em conjunto as questões clínicas desencadeiam a ansiedade, a angústia, traços depressivos momentâneos e diversas dúvidas sobre a patologia que o paciente desenvolveu. Além dos sintomas clínicos, emergem os sintomas psicológicos da patologia, possíveis sequelas, medicação, tratamento e da vida após alta hospitalar.

O paciente precisa de atenção da equipa Médica, da equipe de enfermagem, e de intervenção psicológica. É necessário discutir sobre a doença com o paciente para que ele possa entender sobre o efeito que este facto tem representado em sua vida.

A família sofre em algumas situações a mesma angústia que o paciente na busca de informações sobre a doença. Sendo assim, Campos (1995) diz que o médico deve informar ao paciente e seus familiares sobre a real situação e que " ao psicólogo cabe a tarefa de trabalhar os conteúdos emocionais que emergem, as fantasias, os medos, as dúvidas", assim como também assistir os familiares.

As informações que os pacientes recebem dos médicos a nível clínico sobre o problema de saúde apresentado nem sempre os deixam tranquilos, na maioria das vezes o paciente precisa de uma escuta, um momento em que possa externalizar seus sentimentos frente a situação actual. O psicólogo que é membro da equipe multiprofissional do hospital, vai ao encontro do paciente em seu leito oferecendo o apoio que este precisa. É neste momento que ele fala sobre seus medos, sentimentos de culpa, sobre a família; em várias situações observa-se que além do problema de saúde que vem sendo motivo de internamento, o paciente apresenta outras queixas que são possíveis de trabalhar com a família durante o período de estadia na unidade hospitalar.

É comum a equipe multiprofissional entender o psicólogo como tradutor do médico-paciente-família e enfermeiro-paciente-família. Também entendem que a psicologia atua

no sentido de minimizar atritos entre a equipe e o paciente, e com os pacientes mais “deprimidos”.

É papel do psicólogo entender que além do sofrimento emocional, existe o sofrimento orgânico que por diversas vezes é o desencadeador do sofrimento psíquico do paciente internado, porém outras vezes, é ao contrário. Ainda o psicólogo atua na prevenção e promoção de saúde, preparando o paciente para intervenções cirúrgicas, adesão a tratamentos e por vezes a relação do paciente e seus familiares com a equipe.

Enquanto estagiário de psicologia e neuropsicologia no Hospital, o meu estágio foi desenvolvido na UC e UMDR, tendo a orientadora do estágio feito a apresentação da Instituição, passando de sala a sala e terminando com apresentação da equipa de profissionais e de auxiliares que estavam de serviço naquele dia. O estágio esteve essencialmente ligado á avaliação psicológica a uma população de utentes com problemáticas variadas, ao acompanhamento psicológico e a intervenções breves devido a limitações no que se refere ao tempo de estágio.

A Neuropsicologia no Contexto Hospitalar

1.1. Enquadramento Teórico

Embora a história da neuropsicologia seja longa e resultante de várias décadas de conhecimento e investigação, a prática da neuropsicologia clínica é relativamente recente, tendo sido oficialmente reconhecida pela APA (American Psychological Association), como área de especialidade do psicólogo, apenas no ano de 1996 (Rufo-Campos, 2006; Beaumont, 2008; Almeida, Almeida & Almeida, 2010). Para o desenvolvimento da neuropsicologia contribuíram diversos factores, tais como, a integração progressiva entre as neurociências e as ciências do comportamento; as técnicas de observação do cérebro (neuroimagem funcional); os avanços da neurocirurgia e da psicométrica; o aperfeiçoamento das técnicas de avaliação neuropsicológicas; o desenvolvimento de métodos de reabilitação e a crescente procura por parte da sociedade em geral (Rufo-Campos, 2006; Quemada & Echeburúa, 2008).

A neuropsicologia clínica é definida como o estudo das relações entre o cérebro e o comportamento (Lezak, Howieson & Loring, 2004), é o campo de atuação profissional que investiga as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que estão associadas

as disfunções ou lesões cerebrais (Hebben & Milberg, 2009). A neuropsicologia é um recurso de grande valor para o estudo e tratamento das patologias cerebrais, contudo deverá ser encarada num contexto multidisciplinar (Haase et al.,2012). Os limites apresentados pelos actuais métodos de investigação cerebral destacam importância da neuropsicologia, como meio de estudo prático do cérebro humano, para a efectivação de um diagnóstico precoce e preciso das patologias cerebrais e de alterações das funções cerebrais superiores (Goldstein & McNeil, 2004). Em paralelo com os avanços conquistados pela neurocirurgia, neurofisiologia e pelas técnicas de diagnóstico neuroimagiológicas, a neuropsicologia vem clarificar a enigmática relação existente entre o funcionamento cerebral e as actividades psicológicas superiores (como percepção, memória, linguagem, atenção, entre outras), considerando tanto as variáveis biológicas quanto as sociocultural e psicoemocionais como constituintes do ser humano (Goldstein & McNeil, 2004 ; Rufo-Campos, 2006).

O neuropsicológico clínico é definido como o “ psicólogo profissional que aplica os princípios de avaliação e intervenção baseadas no estudo científico do comportamento humano e as suas relações com o funcionamento normal e anormal do Sistema Nervoso Central” (Almeida & Almeida, 2010).

As principais funções desempenhadas por este profissional da área da saúde são a avaliação, diagnóstico e reabilitação (Quemada & Echeburúa, 2008). Os contextos de actuação dos neuropsicólogos clínicos são diversos. Podem encontrar-se estes profissionais em clínicas, ambulatórios, consultórios privados, Centros de dia, unidades hospitalares (públicas e privadas), entre outros (Quemada & Echeburúa,2008).

III. ACTIVIDADES REALIZADAS

a) Avaliação Psicológica Protocolada

A prática clínica teve início a 16 de Janeiro de 2017, sendo esta inicialmente de observação de uma avaliação feita pela orientadora e, posteriormente, a prática passou a ser realizada de forma autónoma pelo estagiário. No total foram acompanhados 6 casos que foram atribuídos para avaliação psicológica e reabilitação, sendo um dos casos descrito em pormenor.

A avaliação psicológica é um processo que permite verificar o grau e a medida como principais critérios presentes no comportamento do indivíduo que devemos considerar, assim como as suas metas e objectivos que se propõe a atingir (Casulo,1999). Esta constitui uma importante actividade do exercício profissional do psicólogo.

Para Wechsler (1999), a avaliação psicológica é um processo de recolha e interpretação de dados, realizada através de instrumentos psicológicos que tem como objectivo final o conhecimento do indivíduo, para que seja possível a tomada de decisões. De uma maneira geral, a avaliação psicológica tem uma enorme relevância para a orientação da acção de forma segura e adequada do psicólogo no seu trabalho (Witter & David,1996).

A avaliação psicológica constitui um dos grandes objectos da psicologia, englobando várias tarefas e é feita com base na informação recolhida dos processos dos utentes, onde é possível ter acesso aos relatórios apresentados pelos diferentes profissionais que acompanham o utente, nomeadamente: médico, enfermeiros, psicólogo clínico, terapeuta da fala e assistente social. Estes obtêm informação acerca do seu comportamento e da sua problemática, no momento da entrada até a sua alta. Protocolarmente nesta unidade, aquando a admissão, a avaliação é efectuada através do Mini-Mental State Examination (MMSE) de uma escala de Depressão Geriátrica (GDS) composta por 30 itens.

Seguidamente é elaborado um relatório e um plano de intervenção individual que é entregue a orientadora do estágio. Após a entrada na unidade, o utente é observado e avaliado pelos demais serviços da unidade nas primeiras 48 horas.

Ao longo do período deparei-me com alguns constrangimentos no que concerne a falta de uma sala específica para a realização de consulta de avaliação, o que muitas vezes originou um certo atraso nas actividades projectadas; porque a única sala disponível é sala de trabalho do pessoal técnico (Médico, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente

Social), sendo que por vezes não é possível efectuar a avaliação na enfermaria, quer por razões de serviços do pessoal auxiliar, quer pelos visitantes familiares, que também constituíram como entraves na realização da avaliação psicológicas. Apesar disso, considero que o facto de não ter um gabinete reservado para a consulta de psicologia contribuiu para o meu crescimento, uma vez que, enquanto estagiário tive que me habituar aos demais contra tempos, facto que aumentou a minha flexibilidade para lidar com situações semelhantes.

Em suma, o meu papel na unidade recaía na avaliação psicológica de cada utente que me foi sendo atribuído e conseqüentemente no desenvolvimento de planos de intervenção adequados às diferentes idiossincrasias que minimizará o sofrimento psicológico.

OBSERVAÇÃO DE CONSULTAS

A observação de consultas no Hospital deu-se no segundo dia do estágio com a psicóloga do serviço neste caso a orientadora. Esta observação permitiu obter o contacto mais directo com a realidade e verificar competências práticas, básicas e essenciais no atendimento, nomeadamente: o estabelecimento da relação empática, a escuta activa, a postura corporal e o contacto ocular. A discussão dos casos posteriormente a observação permitiu perceber o funcionamento dos serviços nas unidades.

REUNIÕES

Reuniões de orientação /Supervisão

As reuniões de orientação /supervisão visavam essencialmente na atribuição de novos pacientes por avaliar, fazer balanço e correção de relatório dos testes aplicados dia anterior, das dificuldades encontradas na aplicação dos instrumentos e de outras informações complementares sobre os dados colhidos na Unidade. Importa frisar que estas reuniões eram realizadas pelas psicólogas do Hospital no final de cada dia, e em caso excepcional, no início do dia seguinte ao estágio.

Estes encontros ainda serviram para o esclarecimento de dúvidas a cerca do relatório de estágio, correção de trabalho sobre o papel do psicólogo, caracterização do Hospital e acompanhamento de alguns casos clínicos identificados na unidade.

DESCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS/ PROVAS E TESTES UTILIZADOS

Entrevista Motivacional

O reconhecimento por parte do clínico da possibilidade de ajudar os seus doentes a lidar com situações decorrentes do seu estilo de vida, ou a iniciar a mudança de comportamento menos saudável, tem feito da EM (Entrevista Motivacional) um instrumento poderoso.

Entrevista Motivacional (EM) é um instrumento para auxiliar o terapeuta nessa difícil tarefa de construir com o paciente a promoção da mudança comportamental dirigida e estruturada. É uma abordagem composta por várias abordagens já existentes, como centrada no cliente, terapias breves, terapias cognitivas e terapia sistêmica, com novos conceitos.

O protocolo de aconselhamento (Protocolo dos 5 As) permite organizar a entrevista, avaliar a fase em que o doente se encontra, otimizar os recursos e promover suporte e aliança ao processo de mudança.

Na prossecução deste desiderato, o psicólogo avalia os seguintes aspectos:

- A disponibilidade para dialogar/discutir
- Avaliar a convicção
- Avaliar a confiança
- Avaliar o estágio de mudança

A EM fornece técnicas, estratégias e oportunidade para modificar comportamentos que influenciam a saúde e pode ser praticada em diversos contextos clínicos, representando um meio terapêutico de eficácia comparável a outros tipos de intervenção.

Finalmente, porque prevê a avaliação, compreensão e ampliação da capacidade para a mudança, bem como a antecipação de recaídas, a EM pode melhorar a satisfação dos doentes e reduzir a frustração do clínico, os dois envolvidos num processo salutogénico de mudança comportamental.(Peixoto, Simões, et al.,(2012).

Testes Psicométricos

Os instrumentos de avaliação utilizados não foram pré-estipulados, ou seja não existia uma bateria fixa com todos os doentes, à exceção do Mini-Mental State Examination (MMSE) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), que fazia parte das provas protocolo a aplicar na instituição.

Neste sentido passarei a descrever de forma mais pormenorizada, às provas que tive ocasião de aplicar aos utentes avaliados ao longo do período.

Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

O MMSE é um teste breve, para avaliação global das funções cognitivas, muito usado internacionalmente (Strauss, Sherman & Spreen, 2006). Funciona como teste de rastreio, sendo necessária uma posterior avaliação detalhada para estabelecer conclusões definitivas (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009). É de utilização fácil e cotação simples, com uma administração que dura aproximadamente 10 minutos (Folstein et al., 1975; Strauss et al., 2006), tempo que pode variar consoante o estado cognitivo e o grau de colaboração do sujeito, como acontece aliás na aplicação de qualquer ferramenta de avaliação cognitiva (Massano, 2009). O MMSE avalia vários domínios cognitivos numa escala de 30 pontos: orientação (10 pontos), retenção e evocação (6 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), linguagem oral e escrita (8 pontos) e habilidade construtiva (1 ponto) (Cockrell & Folstein, 2002; Strauss et al., 2006). Guerreiro e os seus colegas (Guerreiro et al., 1990, cit in. Massano, 2009) validaram o MMSE para a população Portuguesa acima dos 40 anos na década de 1990. Nesta versão, considera-se a existência de deterioração cognitiva (défice cognitivo) se as pontuações (finais) forem: < 15 pontos (indivíduos analfabetos), < 22 pontos (indivíduos com escolaridade entre 1 e 11 anos) e < 27 pontos (indivíduo com escolaridade superior a 11 anos).

Num estudo mais recente, realizado por Morgado e seus colegas (Morgado et al., 2009), sobre os valores normativos do MMSE para a população Portuguesa, foi possível verificar que os resultados revelaram uma boa fidelidade, enquanto que a consistência interna determinada apresentou um valor moderado (alfa de Cronbach = 0,464). Os outros autores justificam este valor apontando os diferentes domínios cognitivos avaliados pelo

teste como principal causa. As normas neste instrumento têm sido sucessivamente aperfeiçoadas considerando variáveis como a idade, escolaridade e a definição de pontos de corte. Existe evidência empírica de que os resultados no MMSE são progressivamente menos discriminativos uma vez que os seus itens são relativamente simples e fáceis, sobretudo para sujeitos (cada vez) mais escolarizados. A escolaridade tem aliás um significado importante, uma vez que, numa das pesquisas mais recentes, explica 24% da variância nos resultados (Simões,2012). Importa sublinhar que uma pontuação elevada no MMSE não exclui a possibilidade de demência, aliás este é um teste sensível à presença de Demência de Alzheimer (DA), embora perca validade na deteção de défices mais ligeiros (Strauss et al.,2006).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral,2003)

A GDS, versão Portuguesa de Barreto (Barreto et al.,2003), traduzida e aferida a partir da Geriatric Depression Scale (yesavage et al., 1983), é um importante instrumento para avaliação dos sintomas depressivos na população idosa. É uma escala de autorrelato composta por 30 itens, com respostas dicotómica (sim ou não) (Castro, 2011). Uma pontuação entre 0 e 10 traduz "ausência de depressão", entre 11 e 20 indica "depressão ligeira" e, entre 21 e 30 sugere a presença de "depressão grave" (Barreto et al, 2003). O tempo de administração pode variar entre os 5 e os 10 minutos (Strauss et al, 2006).

Esta escala possui propriedades de validade e confiabilidades satisfatórias para despiste da depressão no idoso, sendo a escala mais utilizada com este tipo de população. O estudo realizado por yesavage e os seus colegas (yesavage et al., 1983) revelou que este instrumento é uma medida confiável e válida. Os resultados apontaram para um grau elevado de consistência interna com um alfa de cronbach = 0,94(yestavage et al. 1983),dados corroborados por outros autores em outros estudos realizados (Castro, 2011; Greenberg, 2012).

Avaliações Realizadas

Os mapas abaixo ilustrados, demonstram de forma resumida as avaliações realizadas nas UCC do Hospital, com finalidade de definir um perfil cognitivo emocional e comportamental, que nos permita obter informações úteis de cada utente, de modos a se programar uma intervenção dentro do contexto hospitalar ou reabilitação pós- alta.

Foram avaliados seis utentes com idades compreendidas entre 64 e os 82 anos, dos quais cinco do sexo feminino e com o 4º- ano de escolaridade como classe dominante; enquanto que a HTA, foi a patologia mais comum.

É de salientar ainda que após os resultados obtidos nas avaliações, eram planeadas como seguimento, terapias de orientação para a realidade, treino cognitivo e apoio psicoemocional.

Identificação	Dados Clínicos
Doente: A. C. Sexo: M Idade: 76 Escolaridade: 4	Diagnóstico Principal e Secundário (s): DPOC +Insuficiência respiratória resultante do tabagismo Avaliação: Entrevista MMSE Resultado: Sem aparentes alterações cognitivas ou do estado psicoemocional Seguimento: Sem necessidade de intervenção
Doente: E.B Sexo: F Idade: 77	Diagnóstico Principal e Secundário (s): Fractura subtrocantérica esquerda da anca, Osteoprose, sinusite e síndrome vertiginoso Avaliação: Entrevista MMSE e GDS Resultado: Evidencia défice ao nível da atenção e cálculo,

<p>Escolaridade:4</p>	<p>leigo défice na evoca�o espontânea , na compreensão de ordens complexas e praxia visuo-constructiva</p> <p>Seguimento:Terapia de orienta�o para a realidade,treino cognitivo,apoio psicoemocional</p>
<p>Doente: M. M Sexo: F Idade:64 Escolaridade:4</p>	<p>Diagnóstico principal e Secundário (s): Sequelas de PTA Esquerda, Dislipidemia, ansiedade, Broquite e Hepatite C</p> <p>Avalia�o: Entrevista MMSE e GDS</p> <p>Resultado: Revela ligeiro défice visuo-constructiva</p> <p>Seguimento: Treino das fun�es cognitivas e terapia de orienta�o para a realidade</p>
<p>Doente: A. N. Sexo: F Idade:78 Escolaridade : S/E</p>	<p>Diagnóstico principal e Secundário(s): Luxa�o da Anca, HTA,DM, Dislipidemia</p> <p>Avalia�o: Entrevista MMSE e GDS</p> <p>Resultado: Desorientada no tempo e no Espaço, Evidencia défice ao nível da aten�o e cáculo, na evoca�o espontânea e na compreensão de ordens complexas e Depressão ligeira</p> <p>Seguimento: Terapia de orienta�o para a realidade, treino cognitivo</p>

Identificação	Dados Clínicos
<p>Doente: M. F.</p> <p>Sexo: F</p> <p>Idade:76</p> <p>Escolaridade:4</p>	<p>Diagnóstico principal e Secundário (s): Reabilitação após Enfarte Cerebral em território posterior com hemiparesia esquerda, HTA, Dislipidemia, Obesidade</p> <p>Avaliação: Entrevista MMSE e GDS</p> <p>Resultado: Ligeiramente desorientada no tempo e no Espaço, com ligeiro déficit na atenção e cálculo , na evocação espontânea e revela a presença de Depressão grave</p> <p>Seguimento: Terapia de orientação para a realidade, treino cognitivo, apoio psicoemocional.</p>
<p>Doente: M. C.</p> <p>Sexo: F</p> <p>Idade:82</p> <p>Escolaridade:S/E</p>	<p>Diagnóstico principal e Secundário (s):Miopatia, de desuso após perda de consciência; Rabdomiólise, caso social, Pneumonia, nosocomial, delírio trematim, alteração de humor HTA</p> <p>Avaliação: Entrevista MMSE e GDS</p> <p>Resultado: Desorientada alo e autopsiquicamente, com déficit na atenção e cálculo, bem como na compreensão das ordens complexas e revela presença de Depressão ligeira</p> <p>Seguimento: Terapia de orientação para a realidade, treino cognitivo.</p>

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Em todos estes utentes avaliados, apenas a utente M.M foi a única escolhida para estudo isto, considerando o nosso curto tempo de estágio.

A cognição é definida como consciência, percepção, raciocínio e julgamento crítico, e tem em conta que o desenvolvimento cognitivo contorna processos de percepção, atenção, acção, solução de problemas, memória e a formação de imagens mentais. As funções cognitivas estabelecem processos que permitem aos indivíduos receber, armazenar e utilizar informação da realidade bem como a si próprio (Molina e Tarrés 1997).

Estimular é considerado o acto de activar e animar os indivíduos. Para Zimerman (2000), a estimulação cognitiva é considerada a melhor maneira de contrariar os efeitos adversos do envelhecimento.

Os programas de estimulação cognitiva têm como objectivo principal prevenir o declínio cognitivo global que aparece como consequência das doenças progressivas neuro degenerativas provenientes por exemplo das demências (Nordon et al, 2009), assim como, manter as habilidades preservadas e intactas compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens. Ainda permite a promoção de um estilo de vida, desenvolvimento pessoal e retarda os efeitos da perda da memória (Castro,2011; Moreno-Carrilo & Lopera-Restrepo, 2010).

IV - ESTUDO DO CASO

HISTÓRIA DE VIDA

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

M.M. é uma Sra. de 64 anos, nascida ao 21 de Fevereiro de 1952. De pais falecidos è a terceira filha de uma fratria de 7 irmãos. É divorciada e tem dois filhos, um Senhor de 39 anos e uma Sra. de 44 anos já casados e autónomos, a residir em Portugal e França respectivamente. A utente tem o 4º ano de escolaridade e está atualmente reformada da sua profissão de Auxiliar de Acção Educativa. Coabita com a sua Cuidadora Formal, que se ocupa de todas as tarefas que a utente necessita, numa residência com condições de habitabilidade. Esta ajuda já acontece desde há dois anos, altura em que começou a manifestar as primeiras manifestações somáticas caracterizadas por dores da anca esquerda.

HISTÓRIA DE DESENVOLVIMENTO BIOPSISSOCIAL

1.Desenvolvimento precoce

1.1.Desejo da gravidez

Considera-se uma filha desejada

1.2.Relato pais /Progenitores

Segundo a utente, pouco tem a relatar no que concerne a informação dos progenitores a cerca do desenvolvimento dela visto que o diálogo com os pais era muito reservado. Apenas os relatos da mãe davam conta que a utente nasceu de uma gravidez desejada, com um bom desenvolvimento e parto normal.

2.Desenvolvimento Infantil

2.1. No que se refere ao desenvolvimento psicomotor, segundo as palavras da utente: “ comecei ensaiar as primeiras palavras com 2 anos e andar aos 3 anos” (sic); A sua infância foi pautada por muita instabilidade e sofrimento devido a presença de uma Bronquite Crónica cuja sintomatologia comprometia o normal desenvolvimento biopsicossocial da DMM e que veio a comprometer a sua entrada no ensino básico, apenas com 7 anos de idade. Apesar da presença desta problemática, a utente considera que a sua mãe lhe terá prestado os cuidados necessários. Quando questionada se nesta fase teve alterações comportamentais, atitudes e outras problemática importantes como, Enurese? Ou se refere de alguns episódios típicos de sonambulismo? Como resposta disse recordar apenas que algumas vezes ao acordar se dava conta que estava em baixo da cama sem saber como terá ido aí parar, facto pela qual sente medo nesta altura em dormir numa cama sem proteção lateral.

Relativamente a outros acontecimentos de vida marcantes (nascimento de um irmão, separação, morte de um ente querido, divórcio dos pais, hospitalização, etc.,afirmou que sentia-se alegre pelo nascimento de um irmão e muito triste pela separação e morte de um ente querido, mãe e irmão, mas não sentiu o mesmo quando se tratou da morte do pai, pelos maus tratos que fazia a família (mãe e filhos), principalmente quando alcoolizado.

3.Desenvolvimento da adolescência

3.1.História psicosexual

A utente informou sobre a menarca, esta aconteceu aos 12 anos, correndo num período regular de 3 a 4 dias e do início da vida sexual ativa aos 19 anos. Relatou também que não teve medo, receio e nem preconceito do sexo oposto porque tinha tido uma educação aberta, sobre sexualidade, facilitada pela sua mãe. Neste sentido, foi possível contrair matrimónio aos 20 anos.

3.2.Relacionamento Familiar

O relacionamento familiar era instável emocionalmente, dado que a presença do pai causava muitos conflitos entre os diferentes membros da família; já na ausência do pai tudo corria bastante bem, e todos se sentiam bastante felizes (sic).

Entre irmãos o clima era de harmonia e compreensão, acontecendo o mesmo relativamente os outros membros de família e amigos.

Considerou o rendimento escolar de positivo porque ao longo dos quatro anos de escolaridade nunca teve nenhuma reprovação e sempre teve uma participação ativa nas actividades extras- escolares.

Um acontecimento marcante na vida da utente é de que aos 11anos teve de empregar-se em casa de uma senhora, fazendo trabalhos domésticos (arrumar a casa, lavar roupa e passar a ferro bem como aprender a preparar alimentos) para fazer face as dificuldades financeiras, económicas das famílias dado comportamento alcoólico do pai.

HISTÓRIA DA VIDA ADULTA

História conjugal

Relacionamento com os filhos

A escolha do noivo da utente não foi sua, mas sim da exigência dos pais situação que a levou viver um casamento sem amor.

A utente revelou que contraiu matrimónio no dia 22 de Outubro de 1973, com o homem escolhido pelos seus pais. Este casamento foi transformado numa violência doméstica praticada pelo marido, onde o alcoolismo e o tabagismo foram a cerne principal da questão. Segundo a utente, o marido ganhava 300 Euros pelos serviços que fazia ao nível do campo, em que este valor servia apenas para comprar cigarro e bebidas alcoólicas. " ele bebia meio garrafão de vinho por dia e fumava dois maços de cigarro" (sic) e depois se insurgia comigo. E para se livrar destas situações, a utente recorria a casa dos sogros, por onde passava noite, como forma de refúgio e protecção.

Face a esta constante situação, o casamento terminou em divórcio em 2009, isto é após 36 anos de convivência.

Realçou também que tinham boas relações com os filhos até altura em que contraíram os seus matrimónios.

Diz sentir-se triste porque após o casamento dos filhos e divórcio com esposo, sente-se abandonada, com maior realce para com o filho que mesmo estando em Baltar nem se quer visita a mãe; e mais grave ainda é que a esposa dele não deixa que as netas também visitem a avô, situação que a desanima e lhe faz chorar quase constantemente.

Salientou ainda que a primeira filha de 44 anos de idade vive na França com quem mantém contactos telefónico regularmente, por quanto que o segundo filho de 39 anos mesmo estando próximo, não se preocupa com a saúde da mãe. Situação essa que a entristece (sic).

Os acontecimentos de vida marcantes para a utente M.M foram a violência doméstica, o divórcio, a separação dos filhos e dos netos.

História Laboral

Iniciou a trabalhar aos 11 anos em casa de uma senhora como doméstica, 6 anos mais tarde empregou-se numa Fábrica de papel em Baldoma de onde trabalhou durante 4 anos. Depois conseguiu outro emprego na Escola Primária Feira 2 prestando serviços de manutenção e limpeza das salas de aulas, ir a papelaria e cuidar as crianças em momentos de recreios; actividade esta que considerou de muito importante para a vida dela.

Após 15 anos de trabalho, foi reformada continuando a desenvolver as suas actividades de vida diária no seu domicílio.

Já as expectativas futuras nesta fase de reformada, seria apenas de lidar com os filhos e com os netos, prazer que não se veio a concretizar, devido a falta de entendimento com os filhos.

As actividades de tempos livres estão limitadas devido a deficiência que a levou em internar primeiramente da UC de Riba d, AVC no serviço de Ortopedia do C H Tâmega e Sousa.

HISTÓRIA FAMILIAR

1.História Familiar Passada

A Figura da mãe

A mãe era vista como uma figura protetora merecedora de todo carinho e respeito. Foi graças a ela que os filhos, (a utente e os irmãos) tinham direito ao sustento e ao domicílio de qualidade bem como o alcance dos níveis de escolaridade, isto é atendendo o estado do pai voltado ao alcoolismo. A utente não se lembra da idade da mãe quando ela nasceu, apenas recorda-se que a mãe morreu a 25anos quando ela tinha 39 anos. A mãe era doméstica cuidava dos trabalhos de casa e da horta.

Quando a figura do pai a utente relata que tem poucas lembranças.... (sic), porque quando batia muito na mãe criou em nós um distanciamento na relação pai-filha. Mesmo assim ainda se lembra que o pai morreu há 41 anos.

No que relaciona a cliente na fratria, ela representa a 3ª irmã no universo de sete irmãos, sendo o primeiro com 73, a segunda com 67,ela a utente com 64, o quarto com 60,o quinto com 56, o sexto com 53 e o sétimo com 47 anos, recorda ainda que os três últimos são falecidos. Sempre ouviu boa harmonia entre irmãos.

HISTÓRIA CLÍNICA DO PROBLEMA ACTUAL

Em finais de 2015,pela 16 horas a senhora M.M. sentiu algumas ligeiras dores na coxa esquerda o que lhe levou a fazer algumas consultas médicas. A situação foi piorando de formas que as intensas dores começaram a dificultar a mobilidade, incluindo deitar, sentar-se e fazer qualquer movimento das actividades da vida diária o que levou a sua Médica de família mandar fazer um exame de Rx.

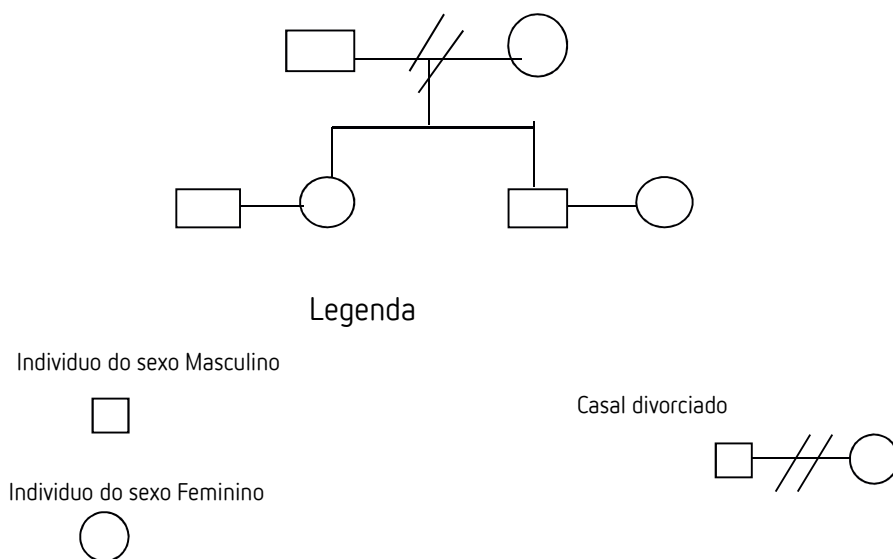
Assim no dia 27 de Dezembro de 2016 internou na UC de Riba d'AVC no serviço de Ortopedia do CH Tâmega e Sousa onde aos 28.12.2016, foi submetida a intervenção cirúrgica com a colocação electiva de prótese total da anca esquerda em função da Osteoartrose grave da qual decorria limitação funcional não desprezível. E, no dia 17.01.2017,é admitida num outro Hospital, na Unidade de Cuidados Continuados para a reabilitação após diagnóstico de sequelas de PTA esquerda.

Apresenta antecedentes de quadro depressivo e ansioso, com história passada de violência doméstica, dislipidemia, bronquite, hepatite c e ITU's. (Infecção do trato urinário).

Encontra-se consciente do seu estado de saúde, colaborante, orientada no tempo e no espaço e auto psiquicamente, autónoma, sem queixas relevantes.

Psicoemocionalmente, a utente apresenta uma alteração do estado de humor congruente com antecedentes prévios de ansiedade e depressão.

Figura 4. Genograma da senhora M.M.



Descrição dos principais momentos das sessões

O primeiro contacto com a utente deu-se no dia 24 de Janeiro 2017, quando abordado no quarto, onde se encontrava sozinha, depois de dispensar a companheira da sala como é regra. Esta apresentou – se cooperante, muito comunicativa e com linguagem própria de quem esteja interessada da intervenção de um psicólogo.

Quando foi referenciada que teria acompanhamento psicológico, esta mostrou total disponibilidade, perguntando em seguida se qual era a nacionalidade do psicólogo. Em resposta, lhe foi dito que era Angolano e que estava naquele Hospital com finalidade de estágio. Daí, lhe foi pedida para se manter a vontade e calma visto que o diálogo que se iria estabelecer era meramente profissional e com toda confidencialidade. Também lhe foi explicado de que iríamos fazer algumas breves perguntas de formas a preencherem o seu processo, e surpreendentemente esta respondeu: “ Doutor estou preparado... bem.” (sic).

Assim, deu-se início a primeira consulta, recolhendo informações básicas para o preenchimento da ficha de psicologia, a aplicação da Entrevista Motivacional e posterior aplicação do MMSE.

Na sequência do protocolo deste Hospital, todos os doentes internados têm de ter uma primeira avaliação com o MMSE e uma escala de Depressão e mais tarde a nota de alta e uma re-avaliação.

Esta avaliação decorreu normalmente, no final esta perguntou quando é que teria novamente consulta com os serviços de psicologia, justificando que se sentia bem a falar com os profissionais principalmente quando se trata de profissionais do sexo masculino porque as do sexo feminino algumas reagem mal para com pacientes do mesmo sexo (sic).

No que concerne aos resultados do MMSE (anexo 1), a utente obteve um valor de 29, o que se considera de valor anormal, tendo em consideração o ponto de corte de acordo com a idade e escolaridade (≤ 22), tendo perdido pontos nas provas de linguagem (compreensão de ordens simples e cumprimento de regras).

Em seguida, foi aplicada Escala de Depressão Geriátrica (GDS), de forma a explorar os sintomas depressivos na utente, cujo os resultados revelaram os seguintes dados:

Pontuação de 16 valores na Escala (GDS de 30 itens), representando deste modo uma avaliação de Depressão ligeira. (Anexo 2)

ACTIVIDADES DE INTERVENÇÃO

Assim, foram realizadas 5 sessões de estimulação cognitiva em que a utente revelava feed-back muito positivo, uma vez que esta possuía autocrítica sobre os seus défices, e demonstrava motivação para a intervenção. Apesar que em certas ocasiões apresentava-se indisponível para as sessões hora por estar mal disposta, hora porque recebeu uma notícia desagradável.

Nas sessões realizadas com a utente foram contempladas diversas actividades que se baseavam nas tarefas diárias, como a memorização das compras e o uso de dinheiro; memorização dos objectos e o sítio onde estão, para uma recordação posterior; completar as operações matemáticas, dentre outros; Tarefas estas extraídas do caderno de exercícios criado pela equipa de psicólogos do Hospital, visando estimular as diferentes

funções cognitivas, nomeadamente, a orientação espaço-temporal, o raciocínio lógico e abstrato, a atenção e cálculo e linguagem visuo-construtiva.(ver exercícios 3-12 em anexos).

Os objetivos pretendidos para com essas sessões foram: promoção de um estilo de vida activo, desenvolvimento pessoal, favorecer a criatividade da utente, aumentar a actividade cerebral; retardar os efeitos da perda de memória, de acuidade e velocidade perceptiva; prevenir o aparecimento de doenças degenerativas, tais como as demências; e desenvolver a capacidade para compreender e expressar ideias através de palavras.

No final das sessões de estimulação cognitiva esperava avaliar os resultados com as mesmas escalas e mesmos exercícios com que se iniciou avaliação e estimulação, porém não foi possível fazer esta avaliação dada as limitações

temporais do estágio. Contudo foi possível verificar que ocorreram algumas melhorias na forma como se demonstrou mais motivada, mais vigil e implicada no seu processo de recuperação.

CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Após a análise da avaliação efectuada a utente, é possível observar nos valores do MMSE e da GDS, que esta apresenta uma alteração do estado de humor congruente com antecedentes prévios de ansiedade e depressão, para além de revelar ligeiro défice ao nível das áreas visuo-construtivas.

A ansiedade é definida como um estado psicológico que se caracteriza por sentimento de tensão, preocupação e medo. É um estado emocional que podemos considerar normal e útil ao ser humano, quando sentida sem uma razão aparente, ou de uma forma excessiva e continuada (Picano,& Pereira, 2015).

As experiências negativas que vivenciamos ao longo da nossa vida, tornam-se traumática e perturbadora do nosso bem-estar; e por conseguinte, essas experiências irão condicionar a forma de como sentimos e de como agimos.

A depressão é uma perturbação do humor que trás consigo imensos prejuízos para a vida psíquica e para o funcionamento comportamental do sujeito. Trata-se de um quadro clínico que afecta negativamente o modo como as pessoas se sentem, pensam e agem; Picano, & Pereira, (2015).

No caso da utente MM apesar dos resultados revelados pela escala de depressão (ver anexo 2) serem apenas indicativos de uma depressão ligeira, existem determinados acontecimentos de vida, como; divórcio, maus tratos do marido, a separação dos filhos e a falta de interesse destes pela mãe, e os netos pela avô, situação que poderão ter influência no início desses sintomas.

Ainda assim, considerando o quadro clínico da utente, vimos alertar para a necessidade de monitorização dos níveis da ansiedade de depressão da mesma, evitando a evolução para um quadro clínico da depressão major.

Na depressão normal predomina a raiva e a revolta, enquanto que na depressão patológica, o abatimento e a culpa.

O percurso em volta da compreensão do fenómeno depressivo tem sido longo e sinuoso, por vezes com visões discordantes e ideias contraditórias, e frequentemente sobrecarregado com inúteis concepções antigas e ultrapassadas (mais míticas e especulativas que científicas), mas salda-se pelo encontro da inegável realidade de uma relação patogénica com um objecto depressígeno geradora de uma economia afectiva relacional de perda, em que o sujeito dá mais do que recebe (em termos de amor) – economia dita depressiva (caracteriza a depressão) e depressígena (causa de depressão), não fora a depressão a consequência do amor não correspondido; Coimbra de Matos, (2001).

REFLEXÃO

Após a realização deste estágio curricular que apesar de ser apenas por um período de curto espaço de tempo, permitiu-me ter uma grande integração entre aquilo que se aprendeu na teoria em relação ao que é praticado no dia-a-dia, enriquecendo a minha aprendizagem a nível profissional e pessoal. O local de estágio disponibilizado foi um dos Hospitais, que proporciona um serviço calmo, e com internamento exclusivamente para idosos em situação de dependência.

Inicialmente fiquei com sentimentos de insegurança relacionados com a falta de experiência perante novas situações e, até mesmo, com a concretização das actividades estipuladas para o estágio. A interação com a equipa técnica multidisciplinar foi extremamente boa, permitindo deste modo a descoberta e a expansão de novas formas e competências de mestria da prática clínica. O trabalho em equipa com colegas de estágio da especialidade também proporcionou uma relação de interajuda, que permitiu reflexões e entendimento acerca das problemáticas levantadas em discussão durante as reuniões.

A medida que se foram realizando as actividades, senti um crescimento a nível profissional, visto que esta realidade possibilitou -me um contacto direto com um utente pela primeira vez, e encarar as diversas situações problemáticas que se enfrenta no domínio de uma consulta psicológica.

Foi uma grande aprendizagem quando a utente pediu um conselho “se podia ou não perdoar o seu filho, por lhe ter abandonado e levado consigo algo de valor dela” (sic). Como resposta, eu disse que sim podia o perdoar desde que este viesse ter com a ela pedindo desculpa pelo cometido.

Quando colocada esta questão à orientadora do estágio, esta corrigiu este procedimento, afirmando que não é papel do psicólogo em dar conselhos e que a atuação da utente perante um facto como este, deverá ser na base orientadora da sua própria consciência.

Tenho muita certeza de que a aprendizagem adquirida vai contribuir gradualmente no meu desempenho e sentir mais confiante e autónoma na preparação e realização das minhas actividades de intervenção na área de Psicologia e Neuropsicologia.

Por outro seria da opinião no sentido da Cespu – Angola poder ajudar os estudantes na obtenção de Visto, de forma a aliviar muito dos constrangimentos relacionados com esta questão.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

APA On Line (2004a). Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost-Effective Treatment.

Angerami-Camon, Valdemar A. ; Chiattonne, H. Benevides de Carvalho & Edela, A.,(1996). O Doente, a Psicologia e o Hospital. 3ª ed. São Paulo:

American Psychiatric Association.(2013).The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition,; DSM 5.(A. P. Association,Ed,).

Almeida, M. Almeida, A., & Almeida, M.(2010). Reeducação Psiconeurológica (1ª ed).São Paulo: Biblioteca 24horas.

Baptista, M.; Dias, R. (2009). Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e caso clínicos. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro.

Bonaldi, C., et al, (2007). O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências quotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro; Roseni; Barros, Maria Elisabeth Barros de. Mattos, Ruben Araújo.(Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integridade; valores, saberes e práticas. 1. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

Campos, P. (1995). Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.São Paulo: ed. EPU,.

Cassulo,M.M.(1999).Evaluación Psicológica. Em S.M. Wechsler & R.S.L. Guzzo.(Orgs). Avaliação Psicológica : perspectiva internacional. (pp.25-46). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Castro, A. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados (Dissertação de mestrado em Psicologia, na área de especialização em psicologia clínica e da Saúde). Universidade de Aveiro, Aveiro.

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

Fernandes P. (2002). A depressão no idoso. Coimbra. Quarteto Editora.

Folstein, Marshal F, Folstein, Susan E, & McHugh, Paul R.(1979). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research, 12(3), 189-198.

Goldstein, L., & McNeil, J. (2004). Clinical Neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians. England:John Wiley & Sons Ltd.

Guerreiro,M.,Silva,A.,Botelho,M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C.,(1994). Adaptação á população portuguesa do teste: Míni Mental State Examination («M.M.S.E.»). Revista Portuguesa de Neurologia, 1 (9),9.

Haase,V., Salles, J., Miranda, M., Malloy-Diniz, L., Abreu, N., Argollo, N.,... Bueno, O. (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira e pesquisadores / clínicos em neuropsicologia. Revista Neuropsicologia Latinoamericana, 4(4), 1-8.

Hebben, N., & Milberg, W. (2009).Essentials of Neuropsychological Assessment (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Lezak, M., Howieson, D., & Loring, D. (2004). Neuropsychological Assessment (4th ed.).New York: Oxford University Press.

Massano, J.(2009). Escalas de avaliação e sua utilização em Neurologia. Em M., Sá (Ed.), Neurologia Clínica: Compreender as doenças Neurológicas (pp.597-608). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Matos de Coimbra, A.(2001). A depressão. Lisboa.Climepsi Editores.

Molina,Pilar Duarte, & Tarrés, Pilar Pedro. (1997). Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica: Masson.

Morgado. J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I.(2009). Novos valores normativos do "Mini-Mental State Examination". Sinapse,9(2), 19-25.

Nordon, David Gonçalves,Guimarães, Rodrigo Rejtman,Kozonoe, Debora Yuriko,Mancilha, Victor Sabbadim,& Neto,Vicente Spinola Dias.(2009). Perda cognitiva em idosos. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba.ISSN (impresso) 1517-8242 (eletrónico) 1984-4840,11(3), 5-8.

Peixoto, A., Simões, A.,Teles, A., et. al,(2012) Competencias Clinicas de Comunicação. Unidade de Psicologia Médica. Departamento Neurociências Clínica e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Quemada, J., & Echeburúa, E. (2008). Funciones y formación del neuropsicólogo clínico: una propuesta. Papeles del Psicólogo, 29(3),301-306.

Regulamento Interno(2009). Regulamento Interno da Instituição da Unidade Nova Saúde Paredes. Conceitos da Unidade. Abril, 2009.

Rufo-Campos, M. (2006). La Neuropsicología: história,conceptos básicos y aplicaciones.

Revista de Neurologia, 43 (1),57-58.

Santos, I., Covita, H., & Pacheco, C. (2011). Relatório Final: diretório de competências, necessidades formativas, bases para o plano de formação- Identificar necessidades de formação em cuidados continuados. Faculdade de ciências Médicas- Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Shulman, Z.I.K.I. (2006), Avaliação cognitiva breve para a demência. In H. Firmino (Ed),Psicogeriatrics (pp. 513 – 529). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Simonetti, Alfredo.(2004). Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicoólogo.

Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Wechsler, S. M.,Wechsler, S. M.,& Guzzo, R. S. L. (1999).Guia de procedimentos éticos para a avaliação Psicológica. Avaliação Psicológica: Perspectiva internacional,133-141.

Yesavage, Jerome A, Brink, TL, Rose, Terence L,Lum, Owen, Huang, Virginia, Adey, Michael, & Leirer, Von Otto.(1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, Journal of psychiatric research,17(1), 37-49.

ANEXOS

Anexo 1

MMSE - Avaliação Breve do Estado Mental		Admissão			Alta		
		Score	Data	Rubrica	Score	Data	Rubrica
Orientação	1. Ano	1					
	2. Mês	1					
	3. Dia do mês	1					
	4. Estação	1					
	5. Dia semana	1					
	6. País	1					
	7. Distrito vive	1					
	8. Terra vive	1					
	9. Casa estamos	1					
	10. Andar estamos	1					
Repetição	11. Repetir Pêra	1					
	12. Repetir Gato	1					
	13. Repetir Bola	1					
Atenção e Cálculo	14. 30-3	1					
	15. 27-3	1					
	16. 24-3	1					
	17. 21-3	1					
Evocação	18. 18-3	1					
	19. Repetir Pêra	1					
	20. Repetir Gato	1					
Linguagem	21. Repetir Bola	1					
	22. Relógio	1					
	23. Lápis	1					
	24. Caneta	1					
	25. Pegar papel	1					
	26. Dobrar papel	1					
	27. Colocar papel	1					
	28. Ler e cumprir cartão	1					
	29. Escrever frase	1					
	30. Cópia	0					
Total		29					

Legenda: Analfabetos: defeito ≤ 15; 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22; > 11 anos de escolaridade: ≤ 27

Inventário Neuropsiquiátrico

	Admissão					Alta				
	Freq.	Grav.	Total	Data	Rubrica	Freq.	Grav.	Total	Data	Rubrica
1. Delírios	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
2. Alucinações	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
3. Agitação	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
4. Depressão / Disforia	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
5. Ansiedade	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
6. Euforia	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
7. Apatia	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
8. Desinibição	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
9. Irritabilidade / Labilidade	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
10. Kto sem finalidade	0 1 2 3 4	1 2 3				0 1 2 3 4	1 2 3			
Total						Total				

Página 6 de 6

Anexo 2

(vinheta identificativa do utente)

GDS – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

	Sim	Não	Data	Rúbrica
1. *Está satisfeito(a) com a sua vida?	0	1		
2. *Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	1	0		
3. *Sente que a sua vida está vazia?	1	0		
4. *Fica muitas vezes aborrecido(a)?	1	0		
5. Tem esperança no futuro?	0	1		
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	1	0		
7. *Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	0	1		
8. *Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	1	0		
9. *Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1		
10. *Sente-se muitas vezes desamparado(a)/abandonado(a)?	1	0		
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	1	0		
12. *Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	0		
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	1	0		
14. *Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	0		
15. *Pensa que é bom estar vivo(a)?	0	1		
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	1	0		
17. *Sente-se inútil?	1	0		
18. Preocupa-se muito com o passado?	1	0		
19. Acha a vida interessante?	0	1		
20. É difícil para si começar novas atividades?	1	0		
21. *Sente-se cheio(a) de energia?	0	1		
22. *Sente-se sem esperança?	1	0		
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?	1	0		
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	1	0		
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	1	0		
26. Tem dificuldade em se concentrar?	1	0		
27. Gosta de se levantar de manhã?	0	1		
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	1	0		
29. Tem facilidade em tomar decisões?	0	1		
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	0	1		
Total	16			

Legenda:

GDS 30 itens:

0-10 – Ausência de depressão; 11-20 – Depressão ligeira; 21-30 – Depressão grave

GDS 15 itens:

0-5 – Ausência de depressão; 6-10 – Depressão ligeira; 11-15 – Depressão grave

Anexo 3

Um euro tem o mesmo valor de 100 cêntimos. Observe cada série de moedas e diga se as afirmações são verdadeiras ou falsas



1 euro = 100 cêntimos

				V/F	
50 cent.	50 cent.		= 1 euro	<i>v</i>	
50 cent.	20 cent.	20 cent.	20 cent.		= 1 euro
50 cent.	20 cent.	20 cent.	10 cent.		= 1 euro
20 cent.	20 cent.	20 cent.	20 cent.	20 cent.	= 1 euro
50 cent.	10 cent.	5 cent.	2 cent.	1 cent.	= 1 euro
50 cent.	20 cent.	20 cent.	5 cent.	5 cent.	= 1 euro

Anexo 4

Observe os números e complete as questões

627	13 534	88	813	9 000
25	222	6	91	3 459

- Indique todos os números pares

627 88 25 91 9.000

- Ordene os números pares do menor para o maior

25 88 91 9.000 3.459

- Ordene os números ímpares do maior para o menor

13.534 813 627 222

- Ordene do menor para o maior os números maiores que 500

627 813 9.000 3.459 13.534

Anexo 5

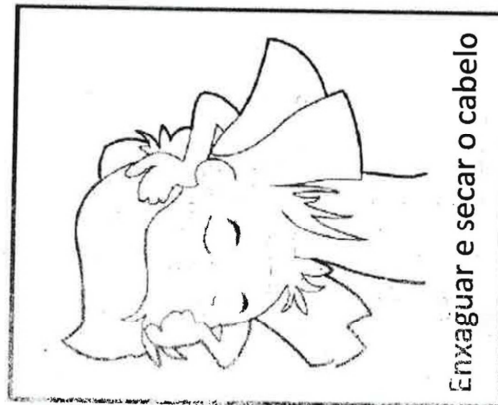
Observe a lista de alimentos e os seus preços.
Responda às perguntas.

1 Kg de bananas 1,10 €	1 Kg de uvas 1,65 €	1 pacote de café 1,68 €
1 litro de leite 0,75 €	1 litro de azeite 2,14 €	1 Kg de frango 2,50 €

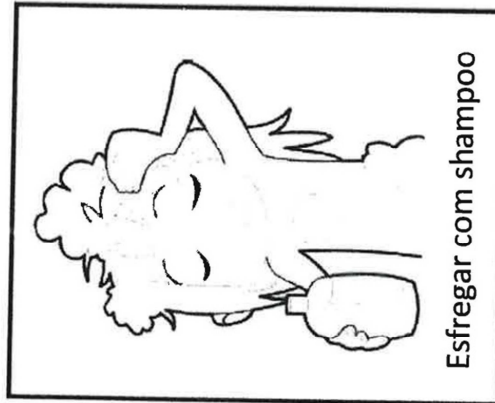
- Quanto custa 1 litro de leite? ✓
- Quanto custa um pacote de café? ✓
- Qual é o produto mais barato? ✓
- Qual é o produto mais caro? ✓
- Calcule quanto custaria o leite e as bananas ✓
- Calcule quanto custaria as uvas e o azeite ✗
- Calcule quanto custaria meio quilo de frango ✓

Anexo 6

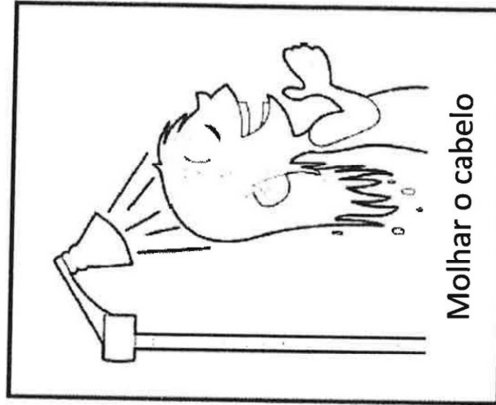
Ordene os passos a dar para lavar o cabelo. Coloque o número por baixo da imagem.



3



2



1

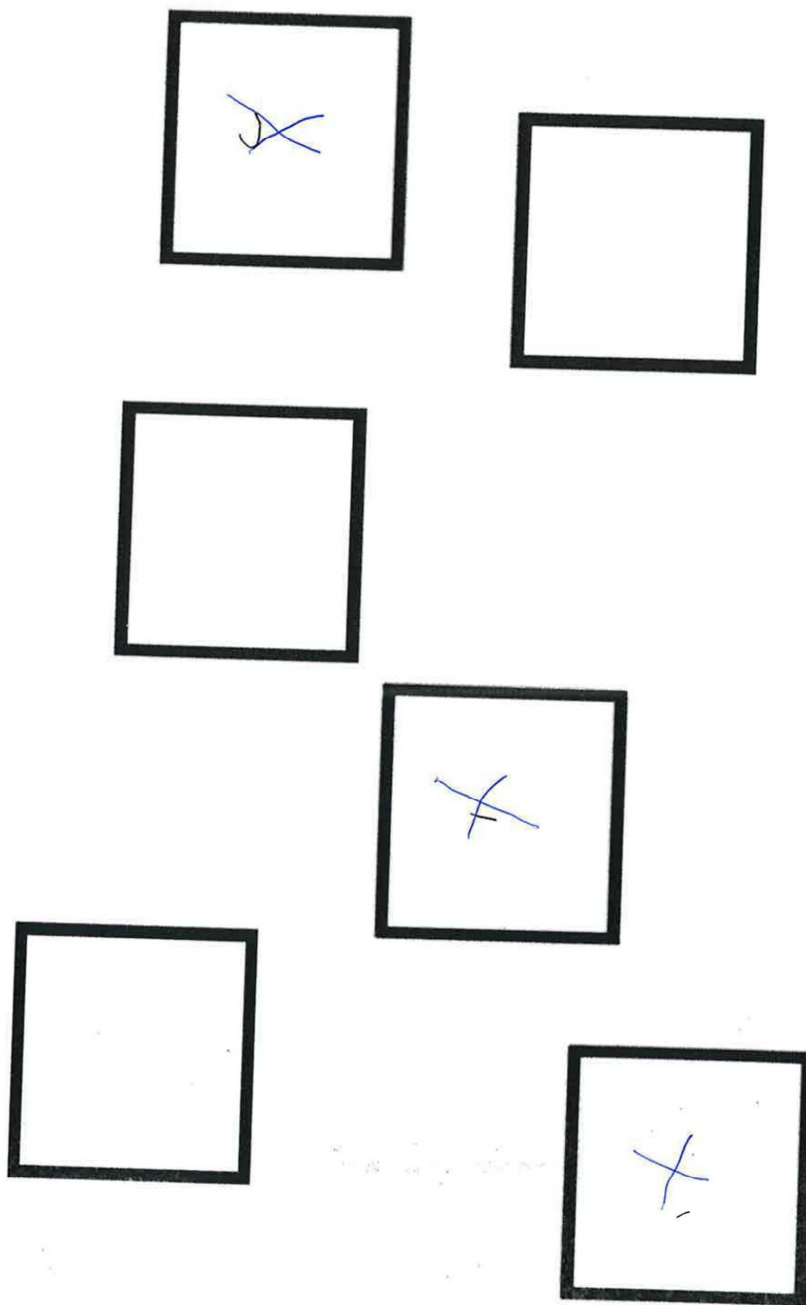
Anexo 7

Memorize os objectos e o sítio onde estão.
Mais tarde terá de os recordar



Anexo 8

Recorde que objectos viu e o sítio onde estavam.
Escreva o nome no quadrado correspondente.



Anexo 9

Ponha um círculo em todos os números iguais a este:

7

5 1 7 5 3 8 1 9 2 8 3 6 1 4 3 8 1 0 5 2
4 9 5 2 0 7 6 9 3 8 3 4 9 3 8 4 5 2
9 3 8 1 6 3 7 6 1 6 3 8 4 5 2 6 7
1 9 0 2 8 3 9 2 0 7 9 1 4 5 2 6 4
4 1 8 3 9 7 0 5 2 6 1 8 3 0 5 2 6
9 7 5 1 6 3 9 2 0 7 8 3 0 4 9 1 5
8 5 2 4 9 7 8 1 5 3 6 0 4 6 0 4 4
0 2 4 9 7 8 1 5 3 9 2 0 7 3 6 0 4
7 8 5 2 6 3 9 4 1 5 3 1 0 8 1 5
6 4 1 9 3 5 7 0 2 9 4 0 2 8 1 5
8 3 0 7 6 2 9 4 1 5 8 3 5 2 4 0 1 8
9 5 2 4 0 1 8 7 6 3 0 1 8 7 6 3
8 7 3 6 2 5 1 9 4 0 8 7 3 6 2 5 1
0 3 9 4 1 8 5 2 6 7 8 7 3 9 4 1 8 5 2 6 7

Anexo 10

Complete as operações:

▪ $3 + 4 = 7$

▪ $6 + 1 = 7$

▪ $8 + 2 = 10$

▪ $5 + 7 = 12$

▪ $6 + 8 = 14$

▪ $12 + 1 = 13$

▪ $26 + 3 = 29$

▪ $80 + 8 = 88$

▪ $61 + 9 = 70$

▪ $7 + 3 + 2 = 12$

▪ $4 + 6 + 5 = 15$

▪ $8 + 3 + 7 = 18$

▪ $4 + 2 = 6$

▪ $5 + 3 = 8$

▪ $7 + 2 = 9$

▪ $9 + 8 = 17$

▪ $7 + 7 = 14$

▪ $21 + 6 = 27$

▪ $13 + 5 = 18$

▪ $44 + 2 = 46$

▪ $75 + 4 = 79$

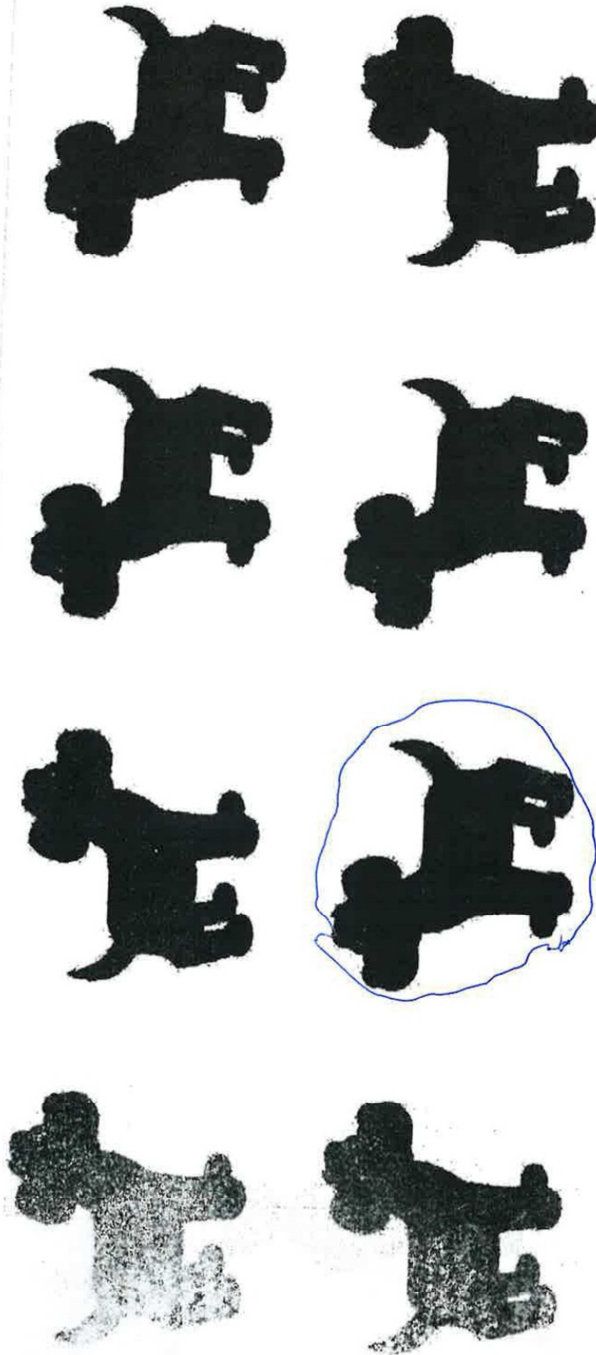
▪ $5 + 1 + 2 = 7$

▪ $3 + 4 + 8 = 15$

▪ $5 + 4 + 6 = 15$



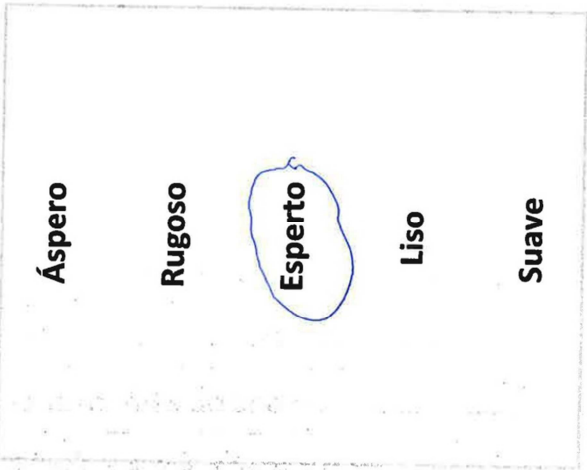
Assinale as sombras iguais ao desenho:



Anexo 12

Marque com um ~~X~~ a palavra que está a mais

Áspero Rugoso Esperto Liso Suave



Áspero Rugoso Esperto Liso Suave

