



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Ana Rita Mendes Correia

Gandra, março de 2019

Ana Rita Mendes Correia

Código de aluno: 22562

Relatório de estágio

Relatório de estágio curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário Ciências da Saúde

Supervisora: Professora Doutora Maria Emília Areias

Gandra
Ano letivo 2018/2019

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Rita Mendes Correia, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio. Confirmando 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

Pela supervisão prestada, pelas críticas construtivas e pela sabedoria partilhada,

agradeço à Professora Doutora **Maria Emília Areias**.

À minha **orientadora de estágio**, pela transmissão de conhecimentos e pelo importante contributo que deixou no meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus **Pais**, por serem os meus melhores amigos, por tudo aquilo que me ensinam, por serem o meu maior amparo e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao meu namorado **Carlos** pelo amor, carinho e paciência, por todo o companheirismo e dedicação ao longo deste percurso.

Aos meus **avós maternos** que são para mim um pilar fundamental na minha vida, agradeço pela força e motivação que sempre me proporcionaram para concluir esta etapa.

À **Rita**, a minha homónima, agradeço pelas ideias trocadas, bibliografias partilhadas e pelos inúmeros encontros. Obrigada pelo apoio incondicional.

Agradeço ainda a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Um grande OBRIGADA a todos!

“Valeu a pena? Tudo vale a pena/Se a alma não é pequena/ Quem quer passar além do Bojador/ Tem de passar além da dor” Fernando Pessoa.

Índice Geral

1. Introdução.....	1
CAPÍTULO I.....	2
2. Descrição da Organização Geral da Instituição	2
3. Caracterização das unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	3
a. Unidade de Convalescença.....	4
b. Unidade de Média Duração e Reabilitação	4
4. Papel do Psicólogo em contexto hospitalar	5
CAPÍTULO II.....	6
5. Exposição das atividades propostas à aluna	6
a. Atividades de Estimulação Cognitiva em Grupo	6
b. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	8
c. Consulta Psicológica Individual	9
d. Reuniões de Orientação e Supervisão	10
e. Formações/Workshops	11
6. Estudo de Caso - M	12
7. Reflexão final/Conclusão	22
8. Bibliografia.....	24
ANEXOS	26

Índice de Anexos

Anexo I - Certificados de participação em formações/workshops

Anexo II - Planeamento das sessões de estimulação cognitiva em grupo

Anexo III - Avaliações e acompanhamentos psicológicos

Anexo IV - Planeamento das sessões do estudo de caso

1. Introdução

A elaboração do presente relatório traduz toda a atividade desenvolvida ao longo do contexto de estágio curricular no âmbito do Curso de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia.

Visa descrever o percurso realizado pela estagiária numa Unidade de Cuidados Continuados (UCCI) que, por sua vez, se divide em unidade de Convalescença e na unidade de Média Duração e Reabilitação de um Hospital, sob orientação de uma Psicóloga Clínica e com a supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias. Estas duas Unidades estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O relatório centra-se na descrição crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas no estágio, que decorreu no período entre 8 de outubro de 2018 e 19 de junho de 2019, e contou com uma assiduidade de quatro dias por semana. As 420 horas presenciais inicialmente estabelecidas foram ultrapassadas mediante a necessidade em dar resposta aos acompanhamentos e avaliações dos utentes.

Este relatório está então estruturado em dois capítulos de forma a facilitar a sua consulta e compreensão. Num primeiro capítulo procede-se ao enquadramento geral do estágio, à caracterização da instituição e descrição das unidades de cuidados continuados, bem como à exposição do(s) papel(eis) do psicólogo em contexto hospitalar. Num segundo capítulo descrevem-se as principais atividades realizadas no estágio, em particular as atividades de estimulação cognitiva em grupo e o caso clínico escolhido. É ainda feita uma reflexão geral acerca do estágio na perspetiva da estagiária sobre as experiências e aprendizagens adquiridas, referindo também as dificuldades encontradas e os obstáculos sentidos. Para terminar, são expostos os anexos mais pertinentes para ilustrar todo o trabalho desenvolvido durante o percurso.

CAPÍTULO I

1. Descrição da Organização Geral da Instituição

O Hospital é reconhecido como referência no Norte do país, no que diz respeito à qualidade de serviços de saúde prestados. Este Hospital foi inaugurado em 1966 e esteve sob tutela das Irmãs da Misericórdia durante 10 anos. Em 1977 foi nacionalizado pelo Estado, funcionando como instituição pública até finais de 2001. Entretanto, com o surgimento de outro Hospital público na zona circundante, este edifício hospitalar foi desativado.

Posteriormente, no sentido de retomar a exploração da atividade hospitalar no atual edifício já existente, a Sociedade procedeu à remodelação e ampliação do edifício, acabando por desenvolver um programa funcional. Todo este esforço envolveu projetos de arquitetura e respetivas especialidades, tendo sempre em conta o cumprimento da legislação, a excelência técnica e a qualidade.

Sendo assim, o Hospital voltou a reabrir em 2008, destacando-se pela qualidade, dimensão e oferta de serviços, que nenhuma outra instituição adjacente apresenta.

Atualmente presta serviços à população do concelho em que está situado (83.064 habitantes) e aos concelhos circundantes totalizando uma população de cerca de 200.000 habitantes.

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.

O Hospital é composto por 4 pisos que integram vários serviços. No piso 0 funciona a consulta externa, que abarca as várias especialidades médicas, e integra ainda o centro de atendimento permanente (CAP) equivalente às urgências, funcionando 24h por dia. No piso 1 encontram-se o bloco operatório e internamento privado que é custeado e assegurado pelos utentes. Os pisos 2 e 3 integram a Unidade de Convalescença (UC) e a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), respetivamente. Por fim, no piso 4 funciona maioritariamente a fisioterapia e também os serviços administrativos.

Para além das diversas especialidades médicas que este hospital dispõe, esta instituição está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que tem como objetivo principal aumentar o grau de autonomia de pessoas

que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência, seja temporária ou prolongada. Por estas mesmas razões, requerem determinados cuidados de saúde e/ou de apoio social, no tempo e locais certos, pelo prestador adequado.

De acordo com Nogueira, Henriques, Gomes & Leitão (2007) os objetivos específicos da rede pretendem: a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência; a manutenção da qualidade de vida de pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no seu domicílio sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários; 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 respetiva qualificação e na prestação de cuidados; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação 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.

A prestação de cuidados deste Hospital pretende adotar procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas que conduzam a uma maior autonomia possível, fornecendo os melhores cuidados a um indivíduo e/ou família/cuidador com necessidades específicas.

2. Caracterização das unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Esta instituição hospitalar integra apenas duas das unidades de Cuidados Continuados Integrados: a Unidade de Convalescença e a Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Para além destas duas unidades, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados dispõe ainda de uma unidade de longa duração e manutenção e de cuidados paliativos. É importante referir que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados também disponibiliza mais ofertas de intervenção: unidades ambulatoriais (unidades de dia e promoção da autonomia), equipa hospitalar (equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos) e equipas de ambulatório (equipa de cuidados continuados integrados e equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos), (UMCCI, 2011).

a. Unidade de Convalescença

A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente e integrada, que se destina a prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva. Providencia ainda cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico (conforme estabelecido no artigo 13º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Nesta unidade, os internamentos têm uma duração mínima de 30 dias consecutivos. 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.

b. Unidade de Média Duração e Reabilitação

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, devido a uma situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (conforme estabelecido no artigo 13º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Sendo esta uma unidade de média duração, o intervalo de internamento é previsto como sendo 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 e que necessitam de cuidados integrados em regime de internamento.

Os objetivos destas unidades passam por evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos, bem como gerir as altas destas instituições, diminuir a utilização desnecessária de unidades de internamento de longa duração, e também promover a reabilitação e a independência e/ou autonomia dos utentes.

Em ambas as unidades de Cuidados Continuados Integrados, a prestação de cuidados é assegurada por uma equipa multidisciplinar, constituída por Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Auxiliares de ação médica, Terapeutas da fala e Psicólogos, que trabalham rigorosamente de modo a garantir uma boa eficácia e qualidade de serviços prestados. Neste Hospital as duas

unidades estabelecidas têm espaços físicos próprios em distintos pisos, onde integram 10 quartos com capacidade para 17 camas. A finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

3. Papel do Psicólogo em contexto hospitalar

A prática profissional da Psicologia, o ser Psicólogo/a, é socialmente reconhecida na atualidade. Esse reconhecimento tem sido conquistado ao longo dos anos mediante, por um lado, a sistematização e clarificação daquilo que é o corpo científico do conhecimento desta ciência e, por outro lado, através do desempenho de profissionais competentes e eficazes em inúmeros contextos (Leal, Marques & Pimenta, 2012).

Considera-se importante a intervenção de Psicólogos na área da saúde, pois tal contribui para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos doentes, 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 da saúde dá relevância à promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças (Simon, 1993).

Segundo Teixeira (2004), os Psicólogos da saúde que trabalham nos cuidados primários podem desenvolver vários tipos de atividades em diversos contextos, como: exercícios de promoção da saúde e prevenção; consulta psicológica centrada na avaliação e/ou intervenção no âmbito, por exemplo, da mudança de comportamentos, confronto e adaptação à doença, stress induzido por exames e tratamentos médicos, crises pessoais e/ou familiares; cuidados continuados; humanização e qualidade; investigação e formação.

Na Unidade de Cuidados Continuados Integrados deste Hospital, os doentes eram na grande maioria idosos, sendo os diagnósticos mais frequentes: dependência nas atividades de vida diária, resultantes de acidente vascular cerebral, fraturas, traumatismos, úlceras de pressão e amputação dos membros. Estes diagnósticos, em grande parte são muitas vezes acompanhados por traços de ansiedade face ao envelhecimento e à morte, luto, medo de dependência, e outras patologias como a demência, perturbações mnésicas, perturbações de humor e perturbações de ansiedade.

Sendo assim, e respeitando o protocolo já estabelecido, o Psicólogo/a efetivava uma avaliação inicial do estado mental e cognitivo do doente, e assim traçava uma proposta de intervenção. Em alguns casos, dado que não se reuniam critérios suficientes para acompanhamento psicológico, os doentes apenas beneficiavam de supervisão para monitorização do estado de humor e reforço motivacional face às diversas terapias.

Outra tarefa de cariz significativo, passava por facultar o apoio necessário à família, bem como reunir com o doente/família para dar conhecimento do processo de reabilitação.

Relativamente à avaliação neuropsicológica, sabe-se que o objetivo principal pretende correlacionar as alterações observadas no comportamento do paciente com as possíveis áreas cerebrais envolvidas, realizando sobretudo, um trabalho de investigação clínica que utiliza testes e exercícios neuropsicológicos (Malloy-Diniz, Fuentes, Mattos, Abreu *et al*, 2010).

Segundo Wilson (2003), a Reabilitação define-se como o conjunto de intervenções em que o seu principal objetivo consiste em proporcionar ao indivíduo melhorias nos seus processos cognitivos, emocionais e sociais, para este puder alcançar uma maior qualidade de vida e tornar-se independente. O neuropsicólogo deverá apoiar na construção de uma nova consciência de si, uma nova identidade que promova também a autonomia social.

Para finalizar, no contexto da Unidade de Cuidados Continuados Integrados o trabalho do Neuropsicólogo é distinto nas duas unidades de atuação. Por um lado, na Unidade de Convalescença a intervenção é mais intensiva, com vista a uma recuperação da funcionalidade global do doente; na Unidade de Média Duração e Reabilitação o papel do Neuropsicólogo debruça-se sobretudo na manutenção da função cognitiva e do estado motivacional, de modo a promover uma maior adesão às diferentes terapias.

CAPÍTULO II

4. Exposição das atividades propostas à aluna

a. Atividades de Estimulação Cognitiva em Grupo

No internamento do Hospital, predomina uma população com idade superior a 60 anos, afetada por uma panóplia de patologias, mas que em percentagem significativa ocorre algum tipo de défice cognitivo. Por esse motivo, foi proposto à estagiária dar

continuidade às atividades, já anteriormente desenvolvidas, de estimulação cognitiva em grupo dinamizadas no âmbito da Unidade de Convalescença e Unidade de Média Duração e Reabilitação do hospital.

De acordo com Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral (2011), a estimulação cognitiva é importante na prevenção do risco de declínio cognitivo e do aparecimento de demências e de perturbações depressivas. Tem ainda um impacto positivo na melhoria da autonomia e no cuidado do idoso.

Idosos institucionalizados têm uma maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições; a falta de estímulos (cognitivos, físicos e sociais) nestes contextos acelera o processo de envelhecimento (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009).

Assim, as atividades de estimulação cognitiva que desenvolvemos tiveram o objetivo de potenciar a intervenção em domínios específicos das funções cognitivas como a memória, a atenção, a concentração, a perceção, o raciocínio, o pensamento, a linguagem, a capacidade visuoespacial e a associação de ideias, com o objetivo de manter as funções existentes e permitir que compensem as funções comprometidas.

Este tipo de atividade torna-se fundamental, uma vez que colabora com o tratamento farmacológico. A função principal é estimular as capacidades da pessoa de modo a obter um funcionamento o mais aproximado possível da autonomia, procurando atrasar o processo demencial. Ao estimular a pessoa, pretendia-se maximizar as potencialidades residuais das estruturas subjacentes à cognição, ajudando-a a compensar as suas dificuldades.

A metodologia utilizada consistia na utilização de jogos e atividades interativas e ocupacionais com duas variantes: a aprendizagem ou a reaprendizagem. O propósito dos jogos aplicados à reabilitação neurocognitiva foi o de auxiliar na reabilitação das funções afetadas em resultado de lesões ou doenças, permitindo o incremento da funcionalidade e a melhoria da qualidade de vida (Miranda, 2012).

Estas atividades semanais de estimulação cognitiva tiveram início em outubro de 2018 e terminaram em maio de 2019, com frequência semanal e alternando entre os dois pisos de internamento. As sessões eram de participação voluntária, pelo que os doentes não necessitavam de critérios para poderem integrar o grupo.

Do ponto de vista geral, o trabalho realizado teve um impacto positivo no bem-estar psicológico dos doentes, pois estes aderiam com grande vontade e entusiasmo às

sessões dinamizadas. No entanto, havia claramente uma distinção entre os dois pisos, dado que, na Unidade de Média Duração e Reabilitação os doentes apresentavam algumas limitações, o que dificultava a participação em certas atividades, necessitando de reforço motivacional e ajuda em tarefas de mais dificuldade.

Durante este período, foram realizadas as seguintes atividades: dia do sorriso, empatia e assertividade; memória visual; memória tátil e olfativa; dia de Halloween (data festiva realizada conjuntamente); memória auditiva; dia de São Martinho; expressão emocional; dia do Amor; qualidades e defeitos; “descobrir o eu e o outro”; jogo mímica e escrita; dinâmica do cubo; “poster” - ronda 1 (individual, sem partilha de grupo); atividades práticas - cálculo, linguagem e funções executivas; “poster” - ronda 2; jogo “dominó especial”; dinâmica do peluche; Percurso dos saberes – Atenção, Memória, Linguagem, Cálculo e Emoção; dia de Primavera, jogo “ida às compras”; dia do Trabalhador e o Bingo.

b. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Numa fase inicial, a estagiária, recém-chegada aos serviços, e no desconhecimento dos procedimentos e metodologias utilizados, observou a ação dos profissionais mais experientes em consultas/acompanhamentos psicológicos, os procedimentos, tomando contacto com os diferentes instrumentos de avaliação que integram o protocolo do hospital e a abordagem seguida.

Depois de conquistada essa aprendizagem, começou a atuar de forma autónoma em consulta e avaliação psicológica aos doentes que davam entrada na Unidade de Cuidados Continuados.

A avaliação psicológica e neuropsicológica representa um processo fundamental para a prática de profissionais de saúde, contribuindo não apenas para o diagnóstico, mas também para o desenvolvimento de programas ou estratégias interventivas adequadas e individualizadas (Tavares, 2010). Relativamente à prática clínica, têm demonstrado a sua eficácia no apoio ao diagnóstico, no auxílio à decisão terapêutica mais adequada e na monitorização do processo de reabilitação e de tratamento (Mendes, 2014).

Foram realizadas 66 consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica numa fase mais avançada do estágio, com maior autonomia. Posteriormente à administração das provas, era feita a cotação e interpretação dos resultados obtidos, para elaboração do respetivo relatório. Este, por sua vez era colocado e registado na plataforma digital e as

informações eram transcritas para a Ficha de Psicologia Clínica que era incluída no processo clínico do doente.

Apesar da ampla gama de testes psicológicos e neuropsicológicos disponíveis, foram maioritariamente realizados os seguintes: Mini Mental State Examination (MMSE); Geriatric Depression Scale (GDS); Teste do Desenho do Relógio; INECO Frontal Screening (IFS) e Frontal Assessment Battery (FAB) para avaliação do funcionamento do lobo frontal; a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para avaliação de declínio cognitivo; Escala de Deterioração Global (GDS) e Avaliação Clínica da Demência (CDR). Esta seleção mais restrita de provas usadas na avaliação inicial (MMSE e GDS) tem como base o protocolo definido pelo hospital, sendo os restantes instrumentos adaptados às situações clínicas específicas dos pacientes.

Na conclusão do relatório psicológico de cada doente era descrito também o funcionamento psicológico geral, ou seja, a orientação auto e alopsíquica, a capacidade de *insight*, o estado psicoemocional, a qualidade do discurso, a postura e o comportamento, a sua adaptação ao internamento e situação clínica, assim como o grau de motivação e colaboração para o processo de reabilitação.

c. Consulta Psicológica Individual

As consultas psicológicas visavam essencialmente realizar uma avaliação inicial de cada paciente para possibilitar o acompanhamento psicológico necessário congruente face à situação clínica encontrada. A Psicóloga estagiária tinha de efetuar os registos do estado de saúde do doente numa plataforma digital, de acordo com a periodicidade que cada serviço exigia: semanalmente para os utentes da Unidade de Convalescença e quinzenalmente para os utentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação. No entanto, a necessidade de acompanhamento de cada caso variava de acordo com o estado de humor do doente ou alguma situação iminente que carecesse de intervenção psicológica.

Neste contexto, pude intervir nas consultas de apoio/acompanhamento psicológico ao longo do estágio em 52 pacientes (Anexo III).

Em relação às problemáticas mais frequentes nestas duas unidades, podem-se destacar diversas patologias, como doenças neurodegenerativas, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's), Traumatismos Cranioencefálicos (TCE's), doenças pulmonares

crónicas, doenças psiquiátricas, fraturas resultantes de quedas, entre outras que não sendo tão frequentes, acabam por interferir diretamente com a saúde mental do doente.

No que diz respeito à componente psicológica, as alterações mais frequentes estavam relacionadas com sintomatologia depressiva e ansiosa, com incapacidade de se adaptar à sua condição clínica e limitações, bem como com a falta de motivação para dar continuidade ao processo de reabilitação físico-funcional. O facto de existirem situações de ausência de apoio familiar ou desenraizamento, que num grande número de casos implica que a instituição alargue os seus braços para a acção social, origina uma dificuldade acrescida de reintegração na comunidade para alguns doentes.

Assim sendo, a intervenção e o acompanhamento psicológico ao doente, estavam dependentes das problemáticas identificadas, sendo estas posteriormente orientadas para competências distintas: supervisão do estado psicoafectivo e cognitivo, monitorização de sintomas depressivos e ansiosos, apoio psicoemocional (escuta ativa e validação, estratégias de autocontrolo emocional); psicoeducação acerca dos vícios; estimulação cognitiva adaptadas às necessidades dos doentes; manutenção e promoção do estado motivacional no processo de reabilitação e promoção da adesão terapêutica; apoio persistente e contínuo na preparação para o momento da alta, para que a reintegração do doente na sociedade seja facilitada.

O luto pelas diferentes perdas foi uma temática frequentemente abordada com os doentes e os casos de declínio cognitivo (muitos deles associados a quadros demenciais) necessitaram de uma intervenção mais exaustiva devido às alterações que apresentavam.

Em todas as intervenções tive a preocupação de assegurar o cumprimento dos princípios gerais expressos no código deontológico dos psicólogos portugueses: respeito pela dignidade e direitos da pessoa, competência, responsabilidade, integridade e beneficência e não-maleficência (OPP, 2016).

d. Reuniões de Orientação e Supervisão

A supervisão tem-se vindo a revelar como algo fundamental ao exercício de uma boa prática psicológica, pois neste caso em concreto estamos a preparar o próprio início dessa prática psicológica.

Assim sendo, o estágio foi seguido em reuniões semanais de supervisão com a Professora Doutora Maria Emília Areias, que se realizaram à terça-feira à tarde, em que a estagiária juntamente com outros colegas apresentavam os casos clínicos mais relevantes e em acompanhamento, discutindo planos de avaliação e de intervenção mais

adequados aos doentes. Sendo assim, foi também possível aprender através da partilha de conhecimentos dos outros colegas, acerca do seu trabalho nos respetivos locais de estágio.

Relativamente à orientação no local de estágio, sempre que possível a Psicóloga Clínica prontificava-se a esclarecer dúvidas sobre a funcionalidade do Hospital, mais precisamente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados onde se debruçava a maior parte do meu trabalho, sendo que com o passar do tempo e com as dificuldades que iam surgindo eram ainda discutidos os casos de maior relevância e impacto psicológico, as avaliações e os acompanhamentos realizados, os planos de intervenção a definir, os instrumentos mais adequados e a respetiva interpretação e cotação, bem como as atividades de estimulação cognitiva realizadas em grupo.

e. Formações/Workshops

No decorrer do estágio foi ainda possível participar em ações de formação/workshops que funcionaram como dinâmicas cruciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional (Anexo I).

A primeira sessão de formação decorreu no dia 19 de fevereiro de 2019, e tinha como temática “Estratégias de comunicação em equipas multidisciplinares: gestão de conflitos e prevenção de burnout”. A Psicóloga do hospital tomou esta iniciativa, que contou com a presença de uma Psicóloga convidada, tendo como objetivo principal fomentar um melhor relacionamento entre os vários profissionais de saúde. Inicialmente a sessão começou através da introdução de alguns conceitos de relevância, que rapidamente promoveu o diálogo entre os participantes. Foi ainda possível executar uma tarefa prática em pequenos grupos.

A segunda sessão de formação foi realizada pela Psicóloga do hospital, juntamente com a terapeuta da fala, no dia 12 de junho de 2019 e contou com a ajuda da estagiária na preparação e organização. Tinha como temática “Na pele do outro: o poder da empatia e da assertividade” e destinava-se apenas a auxiliares de ação médica. Inicialmente os participantes foram convidados a apresentarem-se dois a dois recorrendo à escrita, onde deveriam colocar pontos-chave de momentos marcantes da sua vida. Foram de seguida apresentados conteúdos importantes referentes à comunicação e à relevância desta mesma, dando espaço à discussão de exemplos do dia-a-dia destes profissionais. Para terminar, procedeu-se à realização de tarefas práticas com vista à partilha de ideias e conhecimentos. No fundo esta sessão serviu

maioritariamente como uma “porta de entrada” para se começarem a introduzir temas como este, tão sensíveis e que podem ainda ser passíveis de má interpretação por parte da equipa de profissionais, com vista a que se promova um melhor relacionamento e onde os utentes só saiam a beneficiar.

5. Estudo de Caso - M

Dados de Identificação

M é uma doente do sexo feminino com 86 anos de idade. É viúva e não tem filhos. Estudou até à 4ª classe. Atualmente está reformada, do emprego como operária fabril.

Motivo de Internamento

A doente deu entrada no hospital, na Unidade de Convalescença, proveniente de outro hospital, com o diagnóstico de infeção de prótese endovascular femural. Foi realizada remoção de prótese com amputação do membro inferior esquerdo em fevereiro de 2018. Apresenta como antecedentes médicos/pessoais: neoplasia mieloproliferativa (leucemia neutrofílica crónica); AIT em 2014; FA paroxística; internamento em cirurgia vascular em novembro de 2017 por isquemia crítica do membro inferior esquerdo; bypass femoropoplíteo esquerdo em dezembro de 2017 e portadora de pacemaker. À data de admissão na unidade, a paciente apresentava ainda como antecedente psicopatológico, síndrome demencial incipiente.

O acompanhamento feito à utente não partiu de um pedido formal expresso pela mesma, mas sim da equipa multidisciplinar que achou necessário fazer uma intervenção focalizada ao nível cognitivo devido ao agravamento marcado dos défices mnésicos inicialmente encontrados.

História de Vida

(Tendo em conta o estado de desorientação da utente, a anamnese e história de vida foi completada através de informação facultada por um sobrinho, bem como através da consulta de relatórios sociais).

M é a mais nova de uma fratria de 5 irmãs (já falecidas). Pensa-se que terá sido uma gravidez planeada e desejada, sem problemas associados conhecidos, tendo

nascido por parto eutócito. Refere-se às suas irmãs como suas amigas e companheiras. “Éramos uma família pobre, mas antigamente parecíamos todos pobres e era mais fácil encontrar amigos e dar-mo-nos bem uns com os outros” (sic). A irmã mais velha, A era aquela com quem mantinha uma relação privilegiada. Um dos seus filhos, MO é o afilhado que ainda assume contacto tanto com a utente, como com a instituição sempre que é solicitado. A irmã E foi-se tornando mais distante a partir do momento em que se mudou para Aveiro para poder exercer a sua profissão, como professora.

Os pais de M já faleceram, tendo o seu pai falecido primeiro e a sua mãe alguns anos mais tarde devido a velhice. Fala dos seus pais com grande saudade, e recorda os valores e princípios que lhe transmitiram. “Não me dava pior com ninguém, até os vizinhos eram meus familiares” (sic). Com isto, é possível apreender que existia um bom relacionamento familiar. O pai é descrito como alguém mais “frio e rígido” (sic), no entanto esta é a figura considerada muito típica da altura.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, a doente não se recorda de nenhum problema. Tudo indica que foi uma fase que decorreu dentro dos parâmetros normativos, não se tendo registado doenças relevantes ao longo do seu crescimento.

Quanto à sua vida escolar, como já referido, M tem apenas a 4ª classe. “Naquela altura era o que se fazia, porque depois tínhamos de trabalhar” (sic). Aos 10 anos, saiu da escola para ir trabalhar para um armazém, acompanhando assim a sua mãe.

Durante a adolescência, sempre se sentiu uma pessoa feliz, afirmando ter bastantes amigos. São várias as vezes que refere que nesta fase da sua vida fazia teatro e que isso lhe proporcionava bons momentos de lazer.

Da história adulta, sabe-se que começou a namorar aos 18/19 anos, num baile da sua aldeia. O casamento aconteceu por volta dos 21 anos. Da união, não resultaram filhos, por problemas de fertilidade, no entanto a doente afirma que “fazia dos meus afilhados, os meus filhos e tinha mais de 10” (sic). M é católica, diz que sempre foi muito religiosa. “Tenho muita fé em Deus e quando estou sozinha falo com o Criador” (sic).

A nível do seu percurso profissional, foram vários os empregos pelos quais passou. Depois de ter iniciado a atividade laboral no armazém, trabalhou ainda numa padaria, onde fazia entrega do pão, numa fábrica de lousas (ardósia) e por fim, numa fábrica de cadeiras, que diz ter sido o emprego onde permaneceu a maior parte do seu tempo.

Em relação à história conjugal, é viúva há cerca de 10/11 anos. O marido trabalhava nos caminhos de ferro e após terem surgido problemas de saúde, teve uma curta duração de vida (cerca de um mês). De salientar que a doente não faz referência ao casamento, “casada nunca fui” (sic). Depois do marido ter falecido, permaneceu estável durante 2/3 anos, no entanto após esse período de tempo sentiu necessidade de integrar um Centro de Dia na sua zona de residência, uma vez que se assumiu como solitária.

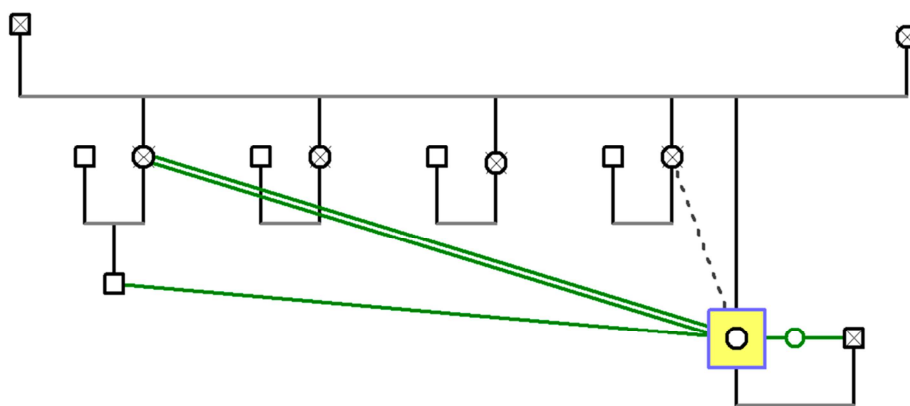
História Clínica

Os primeiros sintomas na doente surgiram aquando do ferimento num dos membros inferiores. Inicialmente, esse ferimento provocou outros sintomas físicos, como pé inchado. Após consultar o centro de saúde, foi possível amenizar o sofrimento físico sentido, mas apenas durante um curto espaço de tempo.

Com o passar do tempo, a situação foi piorando e passados 3 meses foi submetida a remoção de prótese com amputação. “Foi uma infeção e foi preciso cortar, senão ia passar para a outra” (sic).

A doente foi admitida no hospital para dar continuidade ao processo de reabilitação físico-funcional. Por não ter retaguarda familiar, continua a aguardar resolução da sua situação social.

Genograma



Legenda:

—	Normal
---	Indiferente / Apático
- - - -	Distante
- · - ·	Separado / À Deriva
- · - ·	Reunião
· - · -	Discórdia / Conflito
· - · -	Ódio
—	Harmonia
—	Amizade / Próximo
—	Amor
—	Apaiçoadado
—	Ligação Emocional / Relação espiritual
—	Dependente
+	Suspeita
+	Hostil
+	Distante-Hostil
+	Próximo-Hostil
+	Dependente-Hostil
+	Violência
+	Distante-Violência
+	Próximo-Violência
+	Dependente-Violência
+	Abusador
+	Violência Física

○	Sujeito Principal
□	Homem
○	Mulher
⊗	Falecida

Processo de Avaliação Psicológica

De modo a atender ao protocolo estabelecido pelo hospital, a doente foi inicialmente reavaliada com os seguintes instrumentos: Mini Mental State Examination (MMSE) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS), numa 1ª sessão.

O Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975) é um instrumento de rastreio do declínio cognitivo e segundo Guerreiro *et al* (1994) na tradução e adaptação para a população portuguesa, o valor de corte para a deteção de défice cognitivo correspondente à sua escolaridade é de 22 pontos. No momento da reavaliação, a doente obteve neste teste de despiste/screening a pontuação de 21/30 pontos, onde se verificaram dificuldades ao nível da orientação, memória, evocação e capacidade visuoconstrutiva. No final do mesmo, foi ainda possível realizar o teste do desenho do relógio, com uma duração de cerca de 3 minutos. A paciente foi capaz de iniciar a tarefa desenhando primeiro o círculo, no entanto, colocou de seguida os números pelo sentido inverso, começando da esquerda para a direita. A colocação dos ponteiros foi errada e incompreensível.

Apesar do teste do relógio parecer uma tarefa simples, exige que múltiplos domínios cognitivos funcionem de forma precisa, isto é, ao pedirmos a uma pessoa que desenhe um relógio, estamos a exigir que ela compreenda as instruções, consiga recuperar informação relacionada com o conceito de relógio com diferentes tipos de processos de memória, que traduza este conhecimento através de processos visuo-percetivos e visuo-motores, e ainda que consiga avaliar e monitorizar através das funções executivas o resultado que vai obtendo ao desenhar (Peres & Pinto, 2008).

Outro instrumento que faz parte do protocolo de avaliação do hospital é a Escala de Depressão Geriátrica, na versão portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003), traduzida e aferida a partir da Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage *et al*, 1983; versão portuguesa, Veríssimo, 1988) que avalia os sintomas depressivos. É composta por 30 itens, com resposta dicotómica (de sim ou não). Uma pontuação entre 0 e 10 traduz “ausência de depressão”, entre 11 e 20 indica “depressão ligeira” e, no intervalo entre 21 e 30 sugere a presença de “depressão grave”. Durante a reavaliação, a doente manifestou alguma tristeza e desânimo, tendo-se registado uma pontuação de 12 (depressão ligeira). No decorrer da aplicação dos referidos instrumentos, mostrou-se

desde o início colaborante, fazendo agradecimentos constantes. Mediante a questão que lhe era feita, respondia e fazia comentários, como por exemplo “Estou velha e não posso ajudar em nada”; “O futuro já não me importa”; “Sinto-me inútil sim, porque não consigo fazer nada” (sic).

A recolha de anamnese, realizada na 2ª sessão, não teve uma participação que pudéssemos considerar fidedigna. Mesmo assim, a sessão durou cerca de 45 minutos, proporcionando uma entrevista não-estruturada, em que falou livremente de alguns momentos importantes da sua vida. A maioria da informação dada não era coerente face à realidade.

Posteriormente foi agendada uma reunião com o sobrinho (contacto privilegiado durante o internamento), para solicitar dados mais exatos da história de vida da paciente. Este segundo momento de recolha de informação foi de extrema importância, já que permitiu uma verificação e complementarização dos dados fornecidos pela doente, mas que ainda assim ficaram algumas lacunas que não foram esclarecidas.

Na 3ª sessão, a avaliação foi mais direcionada para a avaliação de um possível processo de Demência, e foram aplicadas a Escala de Deterioração Global (GDS) e a Avaliação Clínica da Demência (CDR). A Escala de Deterioração Global para avaliação de demência degenerativa primária é uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg *et al* (1982) para tentar caracterizar a doença supracitada e classificá-la em estádios. No caso apresentado e, tendo em conta a cognição e função, o nível global mais apropriado é o estágio 4 - declínio cognitivo moderado (suficiente para preencher critérios operacionais para demência).

Desenvolvido por Hughes *et al* e adaptado por Morris, o Clinical Dementia Rating (CDR) é o instrumento que permite classificar a prevalência dos diversos graus de demência, além de identificar casos questionáveis, ou seja, aqueles que não são enquadrados como normais. A CDR contém cinco graus de comprometimento do desempenho do indivíduo, em cada uma das seguintes categorias: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, atividades na comunidade, casa e passatempos, e cuidado pessoal. Os cinco graus de comprometimento são: saudável (CDR=0), questionável (CDR=0,5), demência leve (CDR=1), demência moderada (CDR=2) e demência grave (CDR=3). Esta classificação é obtida através de entrevista estruturada, em que o avaliador, atendendo à informação que tem do indivíduo e de um acompanhante significativo, realiza o melhor julgamento possível.

A Avaliação Clínica da Demência foi aplicada à paciente, no entanto a parte alusiva ao cuidador foi aplicada a uma das enfermeiras do hospital, visto que não existe nenhum familiar próximo com informações suficientes para poder responder. Sendo assim, e como os/as enfermeiros/as são os cuidadores assíduos e conhecedores de praticamente toda a história da doente, achamos mais pertinente realizar a avaliação qualitativa desta maneira. Mediante os resultados apresentados, foi possível concluir que a doente apresentava Demência Moderada.

Enquadramento Concetual

Segundo Abreu *et al* “Demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo das funções cognitivas... suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo” (2005, p.2). À medida que a doença progride surgem cada vez mais alterações nas atividades de vida diária, tais como: uma perda marcante da memória, alterações de comportamento evidentes e um aumento da sua dependência.

Perante a perspetiva referida anteriormente, a proposta de intervenção mais eficaz, tendo em conta a problemática apresentada pela paciente, teve por base a Reabilitação Cognitiva.

Neste contexto, Marques, Queirós e Rocha (2006) referem que a reabilitação cognitiva é um processo terapêutico que visa recuperar, compensar e promover, de forma sistemática, competências neurocognitivas, apoiando-se no pressuposto da capacidade plástica do cérebro. Assim, torna-se possível manter ou recuperar a funcionalidade do idoso com demência, permitindo ao mesmo viver o maior tempo possível na comunidade.

Embora na nossa sociedade o tratamento da demência seja essencialmente farmacológico, são vários os estudos que evidenciam os benefícios da intervenção cognitiva como terapia coadjuvante.

Antes do início do programa de reabilitação, foi definido o perfil cognitivo da doente, delineando os seus défices e aspetos da cognição preservados. No momento da reavaliação, verificou-se que a doente estava desorientada auto e alopsiquicamente, evidenciando períodos de confusão. Não apresentava capacidade de insight relativa às suas limitações e condição de saúde. Evidenciava comprometimento cognitivo ao nível da orientação, memória, evocação e capacidade vísuonstrutiva. Do ponto de vista

psicoafetivo manifestava humor deprimido, com GDS=12. Demonstrava-se colaborante dentro das suas possibilidades, embora com períodos de menor motivação.

Para tal, a intervenção psicológica incidiu inicialmente na terapia de orientação para a realidade, com o objetivo de reduzir a desorientação e confusão da doente. Também a técnica de reminiscência foi importante para trabalhar a memória, mais especificamente a memória remota da doente, com factos significativos da sua vida. Ao longo das sessões, foi sempre feito um supervisionamento do bem-estar psicoemocional da doente.

Processo de Intervenção Psicológica

Como explanado anteriormente, os objetivos gerais da intervenção psicológica foram a Reabilitação Cognitiva das áreas deficitárias e a manutenção e promoção das áreas preservadas através de estratégias adaptativas e compensatórias, treino cognitivo e terapia de orientação para a realidade. Foram estabelecidas as áreas com maior necessidade de intervenção através das queixas apresentadas pela doente, assim como pela equipa multidisciplinar.

De modo a serem explorados os défices cognitivos, com vista a traçar um plano de intervenção direcionado às problemáticas, foi aplicado o ACE (Avaliação Cognitiva de Addenbrooke), na 4ª sessão na qual a paciente obteve uma pontuação de 41/100 pontos. Estes resultados indicaram que existe deterioração cognitiva clinicamente significativa, com impacto no seu funcionamento global. Denotou-se um claro comprometimento nas áreas da atenção e orientação, memória, fluência e linguagem.

Mediante a avaliação cognitiva que foi realizada, percebeu-se a necessidade de intervir urgentemente ao nível da orientação, visto que a doente se apresentava desorientada globalmente. A primeira atividade destinava-se à orientação no tempo e consistiu na concretização de um calendário anual que teve como objetivo principal fazer com que a doente todos os dias fizesse a tarefa de rodear o dia correspondente no calendário. Inicialmente foi-lhe explicada a tarefa, bem como o seu objetivo principal.

Na 5ª sessão foi instituída uma tarefa mais direcionada para a orientação autopsíquica. A utente foi capaz de dizer o seu nome completo e a data de nascimento. Porém, não sabia a idade, a morada, nem o estado civil. Teve ainda oportunidade para fazer uma identificação individual e falar livremente sobre si, nomeadamente sobre os seus gostos, hobbies ou passatempos. Outra das tarefas pedidas foi a de fazer um autorretrato, escrevendo ou desenhando algo representativo da própria pessoa, tendo

escrito “eu gosto que Nossa Senhora me ajude como me tem ajudado até agora” (sic). Para terminar, e através de um cubo já cedido, a paciente lançou-o 3 vezes e teria de ler a palavra ou frase sorteada e dar continuidade. Esta tarefa permitiu também perceber o grau de espontaneidade e facilidade em dar resposta a questões simples.

Relativamente à atividade de orientação no espaço, procedeu-se primeiro à contextualização do espaço atual, explicando também o motivo de internamento, dado que, do ponto de vista da doente, estaria num centro paroquial. De seguida, foi-lhe questionado qual o número do seu quarto e se conseguia identificar qual era, acabando por não saber responder. Mediante as dificuldades evidenciadas, foi tomada a iniciativa de colocar na porta/parede do quarto um símbolo representativo (coração vermelho com o nome da doente) e de fácil identificação para esta poder situar-se melhor. A sessão terminou com uma visita guiada pelo piso, de modo a fornecer pontos estratégicos dos locais mais importantes.

Da 6^a até á 10^a sessão, foram realizadas atividades de estimulação cognitiva nas várias componentes, de retenção/memória, de atenção e cálculo, de evocação, de linguagem/fluência verbal/praxia e de habilidade construtiva.

Do ponto de vista geral, a prestação da doente foi favorável, mostrando-se rapidamente colaborante e entusiasmada em dar o seu melhor na execução das tarefas, depois de lhe ter sido explicado o objetivo. De entre as atividades realizadas, a doente demonstrou grandes dificuldades no jogo da memória, pois não conseguiu apresentar a capacidade de memorização do local das cartas. Este jogo permitia também desenvolver a memória e a atenção visual, estimular a flexibilidade mental e treinar a capacidade de concentração.

Nas atividades que envolviam a atenção e cálculo, foi possível perceber que a doente não demonstrava dificuldades significativas, conseguindo realizá-las autonomamente e sem necessitar de ajuda. Os exercícios envolviam a resolução de contas simples, resolução de problemas a ligação de imagens através de números por ordem crescente. O grau de dificuldade das tarefas ia aumentando, havendo inicialmente ordens simples e depois outras mais complexas. A doente apresentava-se bastante motivada, pelo que quando terminava uma tarefa pedia para lhe ser proposta a seguinte.

Na sessão de estimulação cognitiva focalizada na evocação, as tarefas apresentadas inicialmente envolviam exercícios de evocação, em que a doente teria de evocar o máximo de palavras de uma categoria e recordar palavras para evocar mais tarde. Desta forma, estaria a fortalecer a flexibilidade mental, treinar a memória e a

concentração, colaborar para a conservação do desempenho cognitivo, desenvolver a atenção visual, e sobretudo desenvolver a capacidade de memorização.

De seguida, foi feito o jogo dos sinónimos e antónimos, o jogo das profissões (preencher conforme a função) e o jogo do STOP (falado). Outra atividade de cariz importante dizia respeito à praxia ideativa (falada), onde foi pedido que descrevesse corretamente a sequência de ações necessárias para cumprir a tarefa de tomar banho. De realçar que esta terá sido das únicas dinâmicas em que a doente revelou algumas dificuldades. Não apresentava consciência dos passos mais precisos e concretos que teria de tomar para cumprir a ação pedida.

Na 9ª sessão, as atividades escolhidas focaram-se na estimulação cognitiva de áreas responsáveis pela linguagem. Começamos por lhe pedir que lesse um texto, solicitando que respondesse a algumas questões sobre ele. Pedimos-lhe depois que lesse outro texto, e o copiasse. Esta tarefa tinha como objetivo principal desenvolver o raciocínio abstrato e o vocabulário, treinar a escrita e a concentração. No entanto, a paciente não conseguiu terminar a tarefa, afirmando que não era capaz de segurar a caneta, verificando-se que estava a ficar bastante cansada e sonolenta. Parte do texto que ainda conseguiu escrever era incompreensível e de difícil leitura. Nas restantes atividades, teve uma boa prestação, sem grandes dificuldades.

A última sessão de estimulação cognitiva tinha por base desenvolver as competências práticas, através de exercícios como cópia de desenhos, teste do desenho do relógio, “desenha o teu sonho”, puzzles e descrição de manchas, com o objetivo de promover a motricidade fina, estimular a criatividade e expressão artística e estimular também as funções perceptivas, da atenção, da concentração, do pensamento abstrato, da orientação no espaço e da coordenação psicomotora. As atividades foram na sua maioria realizadas com facilidade, no entanto, necessitaram de reforço motivacional e encorajamento nas que tinham maior grau de dificuldade. Durante esta sessão a doente demonstrou pouca confiança e baixa capacidade de iniciativa perguntando se era assim que se fazia, ou se concordava que aquela figura seria semelhante a determinado objeto, verificando-se uma extrema necessidade de aprovação.

O processo de intervenção psicológica terminou na 11ª sessão com a aplicação do pós-teste de modo a perceber se a intervenção realizada tinha sido eficaz. A doente foi fazendo comentários positivos acerca dos acompanhamentos realizados, “foram uma grande ajuda”, “faz recuperar um pouco a minha memória”, “essas perguntas fazem-me recordar o passado” (sic). Quando comparados os testes foi possível concluir que no

ACE (Avaliação Cognitiva de Addenbrooke) aplicado no final do processo a pontuação obtida subiu de 41/100 pontos, para uma pontuação de 68/100 pontos.

Reflexão final sobre o Caso Clínico

Inicialmente, M demonstrou uma postura extrovertida e bastante comunicativa, o que facilitou desde logo a interação Psicólogo-doente e o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada. Mostrou-se motivada e empenhada em dar o seu melhor nas tarefas que lhe iam sendo propostas, mediante as suas capacidades e aptidões. De realçar que o seu discurso durante as sessões era bastante repetitivo, mencionando figuras e crenças religiosas, bem como orações constantes. Do ponto de vista psicoafetivo, manifestava predominantemente humor deprimido (com oscilações), congruente com a sua situação clínica.

Relativamente à intervenção realizada e como podemos constatar, M foi um caso de sucesso no que toca à evolução cognitiva e comportamental, dado que as capacidades que foram avaliadas não se deterioraram. De um modo geral, a nível cognitivo verificamos melhorias significativas na atenção e na orientação, na memória e na linguagem, sendo que apesar de mínima, houve ainda uma evolução noutras funções que foram estimuladas e desenvolvidas durante as sessões de estimulação cognitiva.

Contudo, uma das desvantagens de M é ser um caso de prolongamento social, ou seja, encontra-se institucionalizada, sem previsão de data de alta ou de perspetiva imediata de resolução social. Na situação clínica da doente este facto torna-se desfavorável, pois levará à progressão da sua dependência em todos os seus autocuidados como os cuidados de higiene, o vestir-se, o alimentar-se, entre outros.

Futuramente será importante acompanhar regularmente esta doente com o propósito de manter a funcionalidade das áreas que se encontram preservadas e favorecer os défices que se possam vir a manifestar. A terapia em grupo será uma boa aliada, dado que a doente se mostra muito sociável e mais confiante quando observada em atividades dinamizadas na comunidade.

Segundo Wilson (1997) é praticamente impossível reabilitar completamente um indivíduo com défices cognitivos. As limitações físicas, cognitivas e emocionais podem não facilitar o retorno do doente às suas atividades de vida diária. Sendo assim, importa

investir, cada vez mais, em métodos de reabilitação das funções executivas e de comunicação, além das estratégias já utilizadas pelos terapeutas.

6. Reflexão final/Conclusão

A realização do estágio curricular na qual incide o presente relatório de estágio foi extremamente importante, pois permitiu-me o contacto com a realidade na qual quero exercer a minha prática profissional. Este estágio não se limitou apenas a um momento de formação académica, foi, sobretudo um momento de aprimoramento intelectual. No entanto, permanece a necessidade de refletir e ponderar enquanto estagiária, sobre todas as aprendizagens e conhecimentos adquiridos, bem como as dificuldades encontradas e os obstáculos sentidos.

Desde logo, senti um enorme privilégio em integrar esta instituição, pelo facto de ter sido muito bem acolhida onde toda a equipa desta unidade foi recetiva para ajudar no que fosse necessário e também para a transmissão futura de conhecimentos. Um ponto importante a ressaltar é o facto de existir uma equipa multidisciplinar constituída por elementos muito jovens, que atuam com o objetivo de aumentar a eficácia e a qualidade relacionadas ao cuidado na área da saúde.

O período de observação foi bastante enriquecedor, na medida em que possibilitou ver de perto a prática clínica e todo o seu procedimento, desde a recolha de anamnese, passando pela avaliação psicológica e, por fim, o processo de intervenção. De certa forma, verifiquei a importância dos conteúdos e conhecimentos que foram adquiridos ao longo do processo de formação (licenciatura e mestrado). Também as formações/workshops e reuniões que tive a oportunidade de usufruir enquanto estagiária, tiveram um impacto positivo em todo o percurso.

Depois de uma adaptação ao ritmo de trabalho e de perceber a dinâmica e funcionamento da instituição, passei então a ter consultas de forma autónoma, bem como a dinamizar sessões de estimulação cognitiva em grupo, semanalmente.

No contexto de atuação em que fui inserida existia uma grande diversidade de diagnósticos, sendo que as patologias mais frequentes nesta unidade vão desde problemas de mobilidade (fraturas), lesões cerebrais (entre as quais, TCE's e AVC's), e doenças neurodegenerativas (Alzheimer, entre outras), em que cada doente é tratado de

uma forma singular e individualizada, de forma a permitir alcançar o seu potencial máximo no processo de recuperação.

No decorrer do estágio curricular, nem todos os momentos foram fáceis, existiram muitas dúvidas e dificuldades. Vivenciei momentos de incerteza e de insegurança, mas de muito crescimento a nível pessoal e profissional. Todos os obstáculos foram ultrapassados à medida que o tempo ia passando e que ia aprendendo, tornando-me mais confiante e motivada.

Resta-me agradecer tanto à minha orientadora, como à supervisora de estágio pelo papel fundamental que tiveram no meu desenvolvimento, mostrando-se sempre disponíveis para ajudar. Todo este processo foi uma grande aprendizagem e permitiu-me crescer, tanto pessoal como profissionalmente. Revela-se assim, a junção entre o final de uma etapa e o início de outra, com uma maior autonomia e responsabilidade.

7. Bibliografia

- Abreu, I., Folenza, O., Barros (2005). Demência de Alzheimer: Correlação entre memória e autonomia - São Paulo. *Revista de Psiquiatria clínica*. 33 (3).
- APA On Line (2004). Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost-Effective Treatment.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., Amaral, T. (2011). O efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem*. III Série – nº 5, 193 -201.
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189 – 98.
- Guerreiro, M. *et al* (1994) – Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9).
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140: 566-572.
- Malloy-Diniz, L. F, Fuentes D, Mattos P, Abreu N *et al* (2010). Avaliação neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, A., Queirós, C., Rocha, N. (2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 109-116. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a09.pdf>. ISSN 1645-0086.
- Mendes, T. (2014). Avaliação neuropsicológica. *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Lidel, 19 – 42.
- Miranda, M. J. L. (2012). Jogo Sério para Reabilitação Neurocognitiva: Cidade Virtual. Universidade do Porto.
- Morris, J. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43 (11), 2412-2414.

- Nogueira, J. M., Henriques, I., Gomes, A. & Leitão, A. (2007). Enquadramento das unidades de reabilitação de AVC – resumo executivo. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S. & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11 (3), 5-8.
- Peres, R. & Pinto, E. (2008). Literature review of the Clock drawing test as a tool for cognitive screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. Londres.
- Reisberg B, Ferris, S.H, Leon, M.J, Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 139: 1136-9.
- Simon, M. A. (1993). *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Tavares, M. (2010). Da ordem social da regulamentação da avaliação psicológica e do uso dos testes. *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP, 31 – 56.
- UMCCI. (2011). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Manual Do Prestador: Recomendações Para a Melhoria Contínua, 1, 1 – 153.
- Wilson, B.A. (1997). Reabilitação das deficiências cognitivas. In: Notrini, R.; Caramelli, P.; Mansur, L.L.: *Neuropsicologia das bases anatómicas à reabilitação. Clínica neurológica*, São Paulo, HCFMUSP, 314 – 343.
- Yesavage, Y. G., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37 – 49.

ANEXOS

Certificado

Certifica-se que **Ana Rita Mendes Correia** esteve presente, na qualidade de participante, na sessão de formação ***“Estratégias de comunicação em equipas multidisciplinares: gestão de conflitos e prevenção de burnout”***, que teve lugar no Hospital _____ no dia 19 de fevereiro com a duração de 2 horas.

_____, 19 de Fevereiro de 2019

Certificado

Certifica-se que **Ana Rita Mendes Correia** esteve presente, na qualidade de participante, na sessão de formação "**Na pele do outro – O poder da empatia e da assertividade**", que teve lugar no Hospital _____ no dia 12 de junho de 2019 com a duração de 3 horas.

12 de Junho de 2019

Anexo II - Planeamento das sessões de estimulação cognitiva em grupo

OUTUBRO		
Data	Atividade	Objetivos
Dia 11	Dia do Sorriso, Empatia e Assertividade	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir entender o significado dos conceitos de empatia e assertividade; • Demonstrar conhecimento da importância do sorriso no dia-a-dia. • Promover estimulação de competências cognitivas (empatia, assertividade, comunicação, leitura e interpretação de textos e emoção). • Promover sessão fotográfica com adornos que estimulem o sorriso.
Dia 18	Memória Visual	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir entender o significado de memória e os diferentes tipos associados. • Perceber qual a importância da memória no dia-a-dia e os problemas que podem surgir com a falta dela. • Estimular o funcionamento cognitivo (linguagem verbal/não-verbal, memória de trabalho, atenção, competências visuoespaciais). • Promover o convívio/ diversão entre os utentes.
Dia 25	Memória Tátil e Olfativa	<ul style="list-style-type: none"> • Nomear os 5 sentidos e a sua característica principal. • Fazer associação dos estímulos com a época atual. • Evocar memórias, recordações e experiências relacionadas com os diferentes estímulos. • Estimular o funcionamento cognitivo (funcionamento executivo, memória, linguagem, comunicação e emoção). • Promover o relacionamento interpessoal.
Dia 31	Dia de Halloween	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a história e a lenda associada ao dia festivo. • Preparar e decorar máscaras para promover sessão de fotos em grupo. • Estimular o funcionamento cognitivo (raciocínio lógico, planeamento, memória, atenção, linguagem e emoção).

NOVEMBRO

DEZEMBRO

Dia 8 Data	Atividade	Objetivos
Dia 6	Memória Auditiva Qualidades e Defeitos	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir entender o significado de memória e os diferentes tipos associados. • Perceber a importância dos defeitos e qualidades para o seu desenvolvimento pessoal, que podem surgir com a falta dela. • Perceber qual a importância da memória no dia-a-dia e os problemas que podem surgir com a falta dela. • Entender as suas ações, sentimentos e emoções e as atitudes, de modo a compreender como é que estas interferem no seu comportamento. • Estimulação de competências cognitivas (linguagem verbal / não verbal, memória de trabalho, atenção, comunicação, relação e emoção). • Fazer referência a conceitos como o autoconhecimento, promover a partilha de vivências entre utentes. • Promover a partilha de vivências entre utentes. • autoconfiança e autoestima.
Dia 15	Dia de São Martinho	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a estimulação de competências cognitivas (empatia, compreensão e leitura de São Martinho). • assertividade, comunicação, relação e emoção). • Evocar memórias passadas relativas à festividade. • Promover a partilha de vivências entre utentes. • Elaborar um desenho através da colagem de folhas (naturais) de Outono.
		<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o funcionamento cognitivo (memória de trabalho, atenção e competências visuoespaciais). • Promover o convívio/ diversão entre os utentes.
Dia 22	Expressão Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Entender o significado de emoção, bem como as emoções básicas, distinguindo as positivas das negativas. • Perceber a diferença entre emoção e sentimento. • Sensibilização e reconhecimento das próprias emoções. • Desenvolver a empatia e procurar formas de equilibrar as emoções para lidar com conflitos e melhorar os relacionamentos interpessoais. • Estimular o funcionamento cognitivo (memória, linguagem, relacionamento interpessoal, comunicação e emoção).
Dia 29	Dia do Amor	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber o significado do conceito de Amor dando opiniões construtivas. • Distinguir Amor ao próximo e Amor-próprio. • Identificar situações em que sentem Amor e relacionar com os conceitos de autoestima, imagem corporal e empatia. • Estimular o funcionamento cognitivo (memória, atenção, linguagem, emoção e metacognição). • Promover o espírito de equipa e entajuda, de modo a atender às necessidades de cada um dos utentes.

JANEIRO

Data	Atividade	Objetivos
Dia 3	“Descobrir o eu e o outro”	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber a importância de nos conhecermos a nós próprios e aos outros. • Promover estimulação de competências cognitivas (empatia, assertividade, comunicação, relação e emoção). • Promover a partilha de vivências entre utentes.
Dia 10	Jogo “Mímica e Escrita”	<ul style="list-style-type: none"> • Executar a palavra através da Mímica ou da Escrita, da forma mais correta possível, de modo a que os restantes utentes percebam. • Estimular o funcionamento cognitivo (linguagem verbal/não-verbal, memória de trabalho, atenção, competências visuoespaciais e emoções). • Promover o convívio/ diversão entre os utentes.
Dia 17 e 18	Dinâmica do cubo (completar a frase)	<ul style="list-style-type: none"> • Lançar o dado e mediante a palavra sorteada, após o lançamento, deve completar com características pessoais ou de alguém do grupo. • Estimular o funcionamento cognitivo (funcionamento executivo, memória, linguagem, relacionamento interpessoal, comunicação e emoção). • Promover o relacionamento interpessoal.
Dia 24	“Poster” (Ronda 1 – individual, sem partilha de grupo)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o seu maior problema, bem como a solução ideal. • Nomear as estratégias adequadas para atingir a solução. • Promover o autoconhecimento / consciencialização dos principais défices. • Estimular o funcionamento cognitivo (funcionamento executivo, memória, atenção, linguagem, emoção e metacognição).
Dia 31	Atividades práticas – Cálculo, linguagem e funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante sorteio das tarefas em questão, os utentes devem ser capazes de as realizar/solucionar da melhor forma possível. • Promover estimulação de competências cognitivas cruciais ao desempenho das AVDs. • Promover o espírito de equipa e ajuda mútua, de modo a atender às necessidades de cada um dos utentes.

FEVEREIRO

Data	Atividade	Objetivos
Dia 1	Atividades práticas – Cálculo, linguagem e funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante sorteio das tarefas em questão, os utentes devem ser capazes de as realizar/solucionar da melhor forma possível. • Promover estimulação de competências cognitivas cruciais ao desempenho das AVDs. <p>Promover o espírito de equipa e entreaajuda, de modo a atender às necessidades de cada um dos utentes.</p>
Dia 7	“Poster” (Ronda 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Relembrar e posteriormente consultar “poster” criado individualmente e reconhecer se existiram melhorias, tanto a nível físico como a nível psicoemocional. • Identificar as perspetivas futuras no que diz respeito à solução do seu problema pessoal. • Promover o autoconhecimento / consciencialização dos principais défices. • Estimular o funcionamento cognitivo (funcionamento executivo, memória, atenção, linguagem, emoção e metacognição).
Dia 14	Jogo “Dominó especial”	<ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente o objetivo passa por perceber as instruções do jogo, reconhecer as imagens e os números a utilizar. De seguida, distribuir as peças pelos utentes, de acordo com o número de participantes. O primeiro coloca uma peça na mesa e cada jogador continua a jogar segundo a regra de corresponder imagem-número ou vice-versa. O primeiro a ficar sem peças ganha. • Estimular o funcionamento cognitivo (raciocínio lógico, cálculo, planeamento, memória de trabalho, atenção, relacionamento pessoal e gestão de conflitos).
Dia 21	Dinâmica do peluche	<ul style="list-style-type: none"> • Passar o peluche de utente para utente onde cada um deve relembrar um momento bom da sua vida, contextualizando-o no tempo e espaço e descrevê-lo. • Promover estimulação de competências cognitivas (memória autobiográfica, linguagem, atenção, comunicação, relação e emoção). • Promover a partilha de vivências e acontecimentos entre utentes.

MARÇO

Data	Atividade	Objetivos
Dia 7	Percurso dos saberes – Atenção, Memória, Linguagem, Cálculo e Emoção	<ul style="list-style-type: none"> • Escolher um objeto simbólico para usar ao longo do percurso; lançar os dados e resolver a tarefa proposta com sucesso. • Promover estimulação de competências cognitivas cruciais ao desempenho das AVDs. • Promover o relacionamento interpessoal: empatia, assertividade e comunicação.
Dia 14	Percurso dos saberes – Atenção, Memória, Linguagem, Cálculo e Emoção	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação da tarefa anterior. • Promover estimulação de competências cognitivas cruciais ao desempenho das AVDs. • Promover o relacionamento interpessoal: empatia, assertividade e comunicação.
Dia 21 e 22	Dia de Primavera	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo acerca da Primavera: partilha de costumes, hábitos e tradições. • Execução de uma tarefa prática alusiva ao tema (contar, recortar/colar, desenhar, pintar, unir). • Estimular o funcionamento cognitivo (funcionamento executivo, memória, atenção, competências visuoespaciais e emoções). • Promover a partilha de vivências e o convívio.
Dia 28	Jogo “Ida às compras”	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Executar uma lista de compras e 2º procurar os produtos em folhetos comerciais, recortar e colar no carrinho de compras que lhes foi fornecido. • Estimular o funcionamento cognitivo alocado a competências cruciais para o desempenho das AVDs (funcionamento executivo, memória, atenção e competências visuoespaciais).

ABRIL

Data	Atividade	Objetivos
Dia 18	Jogo “Dominó especial”	<ul style="list-style-type: none">• Inicialmente o objetivo passa por perceber as instruções do jogo, reconhecer as imagens e os números a utilizar. De seguida, distribuir as peças pelos utentes, de acordo com o número de participantes. O primeiro coloca uma peça na mesa e cada jogador continua a jogar segundo a regra de corresponder imagem-número ou vice-versa. O primeiro a ficar sem peças ganha.• Estimular o funcionamento cognitivo (raciocínio lógico, cálculo, planeamento, memória de trabalho, atenção, relacionamento pessoal e gestão de conflitos).
Dia 24	Memória Tátil e Olfativa	<ul style="list-style-type: none">• Evocar memórias, recordações e experiências relacionadas com os diferentes estímulos.• Estimular o funcionamento cognitivo (funcionamento executivo, memória, linguagem, comunicação e emoção).• Promover o relacionamento interpessoal.

MAIO

Data	Atividade	Objetivos
Dia 2	Dia do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none">• Introdução à data festiva, com partilha de conhecimentos e saberes pelos utentes.• Realização de uma tarefa prática alusiva à data e com diferentes componentes de trabalho.• Estimular o funcionamento cognitivo (raciocínio lógico, cálculo, planeamento, memória de trabalho, atenção, relacionamento pessoal e gestão de conflitos).
Dia 16	Percurso dos saberes – Atenção, Memória, Linguagem, Cálculo e Emoção	<ul style="list-style-type: none">• Escolher um objeto simbólico para usar ao longo do percurso; lançar os dados e resolver a tarefa proposta com sucesso.• Promover estimulação de competências cognitivas cruciais ao desempenho das AVD's.• Promover o relacionamento interpessoal: empatia, assertividade e comunicação.
Dia 23	Bingo (Piso 2)	<ul style="list-style-type: none">• Estimular o funcionamento cognitivo (raciocínio lógico, memória de trabalho, atenção, relacionamento pessoal e gestão de conflitos).
Dia 29	Bingo (Piso 3)	<ul style="list-style-type: none">• Estimular o funcionamento cognitivo (raciocínio lógico, memória de trabalho, atenção, relacionamento pessoal e gestão de conflitos).

Anexo III - Tabela das avaliações e acompanhamentos psicológicos

Doente	Situação Clínica	Avaliação Psicológica	Intervenção/Reabilitação	Observação
A.L 79 anos (4 sessões) UC	Fratura subtrocantérica esquerda	MMSE (27/30 pontos)	Estimulação cognitiva (individual e grupal); apoio psicoemocional; reforço motivacional e monitorização do estado de humor.	ALTA
A.F 90 anos (6 sessões) UC	Cirurgia para colocação de prótese da anca direita	MMSE (28/30 pontos)	Estimulação cognitiva (individual e grupal); apoio psicoemocional; reforço motivacional para adesão às várias terapias e monitorização do estado de humor.	ALTA
A.D 66 anos (2 sessões) UC	Artroplastia total do joelho	MMSE (23/30 pontos) MoCA (incompleto)	Apoio à integração do utente na unidade; supervisão do estado emocional e comportamental.	ALTA
A.C 70 anos (7 sessões) UC	AVC isquémico em território da ACA direita	MMSE (25/30 pontos)	Estimulação cognitiva (individual e grupal); psicoeducação para hábitos tabágicos; supervisão do estado motivacional.	ALTA após algum tempo em prolongamento social

<p>A.S 82 anos (5 sessões) UC</p>	<p>AVC isquémico em território da ACM direita</p>	<p>MMSE (25/30 pontos) Teste do desenho do relógio</p>	<p>Estimulação cognitiva (individual e grupal); apoio psicoemocional (escuta ativa e validação); reforço na adaptação à sua incapacidade/dependência</p>	<p>ALTA</p>
<p>A.O.R 71 anos (2 sessões) UC</p>	<p>Fratura do Úmero</p>	<p>MMSE (25/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva (individual e grupal); apoio psicoemocional; reforço motivacional e monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>D.C 68 anos (5 sessões) UC</p>	<p>AVC isquémico</p>	<p>MMSE (24/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva das áreas deficitárias; promoção do sentimento de autoconfiança; apoio psicoemocional.</p>	<p>ALTA</p>
<p>I.R 60 anos (7 sessões) UC</p>	<p>Provável lesão isquémica, sem sinais transformação hemorrágica</p>	<p>MMSE (30/30 pontos)</p>	<p>Apoio à integração do utente na unidade; supervisão do estado emocional e comportamental.</p>	<p>ALTA</p>
<p>J.J.C 71 anos (3 sessões) UC - protocolo CHTS</p>	<p>AVC em ACMD com défice grau 4 no MIE</p>	<p>MMSE (22/30 pontos) INECO (4/30 pontos) FAB (4/18 pontos)</p>	<p>Terapia cognitivo-comportamental para comportamentos aditivos; apoio psicoemocional.</p>	<p>ALTA</p>
<p>J.R 73 anos (3 sessões) UC</p>	<p>Endocardite válvula aórtica a MSA.</p>	<p>MMSE (26/30 pontos) ACE (88/100 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva das áreas deficitárias; apoio psicoemocional; monitorização do estado de humor</p>	<p>ALTA</p>

<p>J.P 61 anos (14 sessões) UC</p>	<p>AVC</p>	<p>MoCA (14/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva (grupal e individual); reforço motivacional para adesão ao processo de reabilitação e monitorização do estado de humor.</p>	<p>Permanece em prolongamento social</p>
<p>J.T 63 anos (3 sessões) UC</p>	<p>AVC isquémico (Desajustado na relação interpessoal; Postura inadequada; Comportamento desafiante, hostil; Pouco colaborante)</p>	<p>Teste do desenho do relógio</p>	<p>Promoção de bem-estar psicoafectivo; Gestão de controlo emocional;</p>	<p>ALTA</p>
<p>J.S 67 anos (3 sessões) UC</p>	<p>DPOC agudizada por pneumonia (portador de KPC)</p>	<p>MMSE (21/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva (grupal e individual); apoio psicoemocional com vista à diminuição da condição de tristeza e desânimo; reforço motivacional para adesão ao processo de reabilitação e monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>L.C 78 anos (8 sessões) UC</p>	<p>AVC isquémico sub-agudo</p>	<p>MMSE (26/30 pontos) Teste do desenho do relógio</p>	<p>Estimulação cognitiva (grupal e individual); supervisão do estado emocional; consulta motivacional.</p>	<p>ALTA</p>

M.A.S 80 anos (3 sessões) UC	Oclusão intestinal por brida + TEP	MMSE (17/30 pontos)	Estimulação cognitiva grupal e individual (focada nos défices apresentados); apoio psicoemocional; reforço motivacional para adesão ao tratamento de reabilitação e monitorização do estado de humor.	ALTA
M.B 87 anos (3 sessões) UC	Enfarte Cerebral em território carotídeo esquerdo.	MMSE (11/30 pontos)	Estimulação cognitiva em grupo (pouca colaboração); gestão de conflitos familiares (etnia cigana); apoio psicoemocional.	Permanece em prolongamento social
M.E.S 73 anos (3 sessões) UC	Monoparésia crural com dor neuropática associada	MMSE (27/30 pontos) ACE (71/100 pontos)	Estimulação cognitiva (grupal); facilitar e promover a participação ativa no processo de internamento e reabilitação.	ALTA
M.F 85 anos (11 sessões) UC	Infeção da prótese endovascular femural	MMSE (21/30 pontos) GDS (12/30 pontos) ACE (41/100 pontos) MoCA Teste do desenho do relógio	Estimulação cognitiva com ênfase nas áreas mais deficitárias; promover orientação no tempo e espaço; facilitar adesão às terapias de reabilitação física.	Permanece em prolongamento social
M.I.J 91 anos (3 sessões) UC	Fratura trocantérica direita (pós queda da própria altura).	ACE (31/100 pontos)	Estimulação cognitiva; terapia de orientação para a realidade; apoio psicoemocional.	ALTA

M.L 82 anos (12 sessões) UC	Fratura do colo fémur à esquerda	MoCA	Estimulação cognitiva em grupo; apoio na gestão de conflitos familiares (filhas distantes); promoção de orientação no tempo e espaço; apoio psicoemocional.	Permanece em prolongamento social
M.N.S 72 anos (5 sessões) UC	(Diagnóstico incerto)	MMSE (14/30 pontos)	Estimulação cognitiva das áreas deficitárias; terapia de orientação para a realidade; apoio psicoemocional.	ALTA
M.R 85 anos (2 sessões) UC	Fratura da anca	ACE (42/100)	Estimulação cognitiva; partilha de estratégias de autocontrolo emocional; apoio psicoemocional; reforço motivacional;	ALTA
M.R.S 88 anos (3 sessões) UC	Fratura do colo do fémur à direita	MMSE (29/30 pontos)	Estimulação cognitiva (grupal); facilitar e promover a participação ativa no processo de internamento e reabilitação.	ALTA

<p>M.S 82 anos (3 sessões) UC</p>	<p>Infeção de prótese de anca</p>	<p>MMSE (15/30 pontos)</p>	<p>Promover orientação no T/E; estimulação cognitiva (individual e grupal); promover o convívio com os restantes utentes de modo a evitar o isolamento social; apoio psicoemocional e monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>N.C 82 anos (12 sessões) UC</p>	<p>Fratura do rádio e cúbito à direita</p>	<p>MMSE (17/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; gestão de conflitos familiares (relacionamento distante com o filho); promover orientação no tempo e espaço.</p>	<p>Permanece em prolongamento social</p>
<p>R.N 98 anos (12 sessões) UC</p>	<p>Cuidados de penso em contexto de pós-operatório de Oclusão intestinal por lesão estenosante do cólon sigmóide, cirurgia de Hartmann</p>	<p>MMSE (27/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; reforço motivacional para adesão à terapias de reabilitação; apoio psicoemocional para promover a adaptação à sua nova condição.</p>	<p>Permanece em prolongamento social</p>
<p>R.S 64 anos (12 sessões) UC</p>	<p>Trombose cerebral com enfarte cerebral</p>	<p>MMSE (24/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; reforço motivacional devido às suas limitações físicas; apoio psicoemocional.</p>	<p>Permanece em prolongamento social</p>

<p>S.B 88 anos (4 sessões) UC</p>	<p>Fratura basicervical do fêmur esquerdo</p>	<p>MMSE (18/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva (individual e grupal); apoio psicoemocional; reforço motivacional para adesão ao processo terapêutico e monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>A.F 82 anos (3 sessões) UMDR</p>	<p>Reabilitação neuromotora e funcional de sequelas de lesão medular mielopatia espondilótica cervical - tetraplegia AIS D NLN C4 + provável paresia de C5 por estiramento radicular pós descompressão cirúrgica.</p>	<p>MMSE (30/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva grupal, com vista à promoção do convívio e interação social; apoio psicoemocional; reforço motivacional e monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>A.M 55 anos (2 sessões) UMDR</p>	<p>Enfarte fronto-opercular direito</p>	<p>MMSE (24/30 pontos)</p>	<p>Apoio psicoemocional, reforço motivacional, estimulação cognitiva (individual e grupal), monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>A.S 82 anos (7 sessões) UMDR</p>	<p>Fratura do úmero direito</p>	<p>MMSE (11/30 pontos) GDS (6 - quadro demencial grave)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; terapia de orientação para a realidade; reforço motivacional para a reabilitação; apoio psicoemocional.</p>	<p>Permanece em prolongamento social</p>

<p>C.S 84 anos (5 sessões) UMDR</p>	<p>AVC Isquémico em território Vertebrobasilar</p>	<p>MMSE (15/30 pontos) Teste do desenho do relógio</p>	<p>Estimulação cognitiva; reforço motivacional na adaptação à sua incapacidade/dependência ;supervisão do estado emocional.</p>	<p>ALTA</p>
<p>E.S 56 anos (3 sessões) UMDR</p>	<p>AVC hemorrágico devido a rotura de aneurisma</p>	<p>MMSE (26/30 pontos) ACE (66/100 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva; promoção do sentimento de autoconfiança; reforço motivacional para a reabilitação física.</p>	<p>ALTA</p>
<p>F.M 82 anos (5 sessões) UMDR</p>	<p>AVC isquémico lacunar em território da ACMD.</p>	<p>MMSE (15/30 pontos) GDS (Quadro demencial grave)</p>	<p>Estimulação cognitiva das áreas deficitárias; terapia de orientação para a realidade; apoio psicológico.</p>	<p>ALTA</p>
<p>G.V 76 anos (9 sessões) UMDR</p>	<p>Síndrome vertiginoso de etiologia não esclarecida e gonalgia direita.</p>	<p>IFS (7/30 pontos)</p>	<p>Reforço motivacional para a reabilitação; apoio na integração da utente na unidade; supervisão do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>H.F 77 anos (15 sessões) UMDR</p>	<p>Encefalite Vírica.</p>	<p>MMSE (29/30 pontos) ACE (64/100 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; supervisão do estado de humor e apoio psicoemocional.</p>	<p>Transferência para proximidade</p>

J.C 78 anos (4 sessões) UMDR	Esquizofrenia paranoide	MMSE (30/30 pontos) ACE (66/100 pontos)	Apoio à integração da utente na unidade; supervisão do estado emocional e comportamental; gestão de conflitos familiares e desmistificação dos sentimentos de incapacidade.	Transferência para proximidade
J.M 89 anos (2 sessões) UMDR	Sequelas por TCE	MMSE (18/30 pontos)	Reforço motivacional e apoio psicológico	Falecimento
J.S 43 anos (3 sessões) UMDR	Sequelas de síndrome de Wernicke-Korsakoff e polineuropatia.	MMSE (29/30 pontos)	Apoio psicoemocional; reforço motivacional para adesão às várias terapias, gestão e monitorização da componente emocional.	ALTA
J.I 76 anos (2 sessões) UMDR	Fratura transtrocantérica à esquerda	MMSE (11/30 pontos)	Estimulação cognitiva (individual e grupal); apoio psicoemocional; reforço motivacional para adesão à terapia de reabilitação; monitorização do estado de humor e terapia centrada na promoção de orientação no tempo e espaço.	ALTA
L.S 77 anos (6 sessões) UMDR	Doença vascular cerebral aguda	MMSE (13/30 pontos)	Estimulação cognitiva das áreas deficitárias; reforço motivacional e apoio psicológico.	ALTA

<p>L.C 66 anos (5 sessões) UMDR</p>	<p>AVC</p>	<p>INECO (16/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; reforço motivacional para adesão à reabilitação; supervisão do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>M.C 82 anos (3 sessões) UMDR</p>	<p>Neoplasia benigna das meninges cerebrais.</p>	<p>MMSE (21/30 pontos)</p>	<p>Promover exercícios de orientação no tempo, estimulação cognitiva (individual e grupal) focada nos défices apresentados, apoio psicoemocional e reforço motivacional para o processo de melhoria e recuperação.</p>	<p>Permanece em prolongamento social</p>
<p>M.F 63 anos (15 sessões) UMDR</p>	<p>AVC isquémico no território ACM direita</p>	<p>MMSE (17/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; promoção de adesão à reabilitação; fornecer suporte emocional; monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>M.G 52 anos (3 sessões) UMDR</p>	<p>Enfarte cerebral em tACMD, com etiologia provável de aterosclerose intracraniana.</p>	<p>ACE (66/100 pontos)</p>	<p>Atividades de estimulação cognitiva (individual e grupal); apoio emocional; desenvolvimento de aptidões de resolução de problemas decorrentes do enfarte cerebral e estabelecer metas e objetivos realistas.</p>	<p>Permanece em prolongamento social</p>

<p>M.M 80 anos (3 sessões) UMDR</p>	<p>Enfarte cerebral em território da ACM esquerda.</p>	<p>MoCA (8/30 pontos)</p>	<p>Promover orientação no T/E; estimulação cognitiva (individual e grupal) com enfoque nas áreas deficitárias; monitorização do estado de humor; apoio psicoemocional; acompanhamento e “supervisão” do contexto e relacionamento familiar.</p>	<p>ALTA</p>
<p>M.P 70 anos (4 sessões) UMDR</p>	<p>AVC isquémico da ACA esquerda</p>	<p>MMSE (16/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva grupal e individual (focada nos défices apresentados); apoio psicoemocional com vista à redução da tristeza e sofrimento psíquico e monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>M.S 82 anos (7 sessões) UMDR</p>	<p>Neoplasia da laringe</p>	<p>MMSE (28/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva em grupo; promover aceitação da sua condição clínica; monitorização do estado de humor.</p>	<p>ALTA</p>
<p>M.P.F 84 anos (3 sessões) UMDR</p>	<p>Fratura transtrocantérica à esquerda</p>	<p>MMSE (9/30 pontos)</p>	<p>Estimulação cognitiva (individual e grupal), Apoio psicoemocional, reforço motivacional para a colaboração com o tratamento de reabilitação, promoção de autonomia para as AVD’s e monitorização do estado</p>	<p>Transferência para proximidade</p>

			de humor.	
S.P 70 anos (6 sessões) UMDR	Encefalopatia anóxica pós-PCR	MMSE (10/30 pontos)	Estimulação cognitiva (individual e grupal); terapia de orientação para a realidade; fornecer suporte emocional; supervisionar estado de humor.	ALTA
S.C 90 anos (3 sessões) UMDR	AVC isquémico	MMSE (17/30 pontos)	Estimulação cognitiva nas áreas deficitárias (individual e grupal); orientação temporal; apoio psicoemocional e reforço motivacional para o processo de reabilitação.	ALTA
A.Q 73 anos (2 sessões) UMDR	Afecções das raízes e plexos nervosos	_____	Trabalhar o luto (perda de amigo próximo em contexto de internamento)	Permanece em prolongamento social

Anexo IV - Planeamento das sessões do estudo de caso

Sessões	Atividades	Objetivos
1 (17.05.2019)	Reavaliação com Mini Mental State Examination (MMSE) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Teste do Desenho do Relógio.	Avaliar a existência e evolução dos défices cognitivos e do estado psicoafectivo.
2 (22.05.2019)	Recolha da Anamnese	Explorar pormenorizadamente a história pessoal, familiar e profissional. Estimulação de memórias acerca do seu passado familiar.

<p>3 (24.05.2019)</p>	<p>Aplicação da Escala de Deterioração Global (GDS) e a Avaliação Clínica da Demência (CDR).</p>	<p>Avaliar a existência de um possível processo de demência.</p>
<p>4 (28.05.2019)</p>	<p>Aplicação da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE). Exercícios e estratégias de compensação da orientação no tempo (construção de um calendário anual).</p>	<p>Pré-teste: Exploração dos défices cognitivos e das áreas mais afetadas.</p>
<p>5 (30.05.2019)</p>	<p>Terapia de orientação para a realidade: exercícios de identificação individual; autoretrato e dinâmica do cubo. Colocação de um símbolo representativo da doente na porta/parede do quarto; visita guiada pelo piso e pontos estratégicos.</p>	<p>Estimular a orientação auto e alopsíquica. Estimular a autonomização possível de M, mediante a sua situação clínica.</p>
<p>6 (04.06.2019)</p>	<p><u>Estimulação Cognitiva - Retenção:</u> Jogo das diferenças; Memorização de palavras; Repetição de palavras e números (sequências); Associação de imagens e palavras; Jogo da memória.</p>	<p>Desenvolver a memória e a atenção visual, estimular a flexibilidade mental e treinar a capacidade de concentração.</p>
<p>7 (06.06.2019)</p>	<p><u>Estimulação Cognitiva - Atenção e Cálculo:</u> Resolução de contas simples; Resolução de problemas; Visualização de uma cifra; Ligar as imagens através de números por ordem crescente; Atividades de atenção e concentração.</p>	<p>Estimular as capacidades atencionais e desenvolver o raciocínio e espontaneidade.</p>

<p>8 (12.06.2019)</p>	<p><u>Estimulação Cognitiva - Evocação:</u> Exercícios de evocação; Jogo dos sinónimos e autónimos; Preenche conforme a função; Jogo do stop (falado); Praxia ideativa (sequenciação de ações); A minha viagem de sonho</p>	<p>Fortalecer a flexibilidade mental; Treinar a memória e a concentração; Colaborar para a conservação do desempenho cognitivo.</p>
<p>9 (14.06.2019)</p>	<p><u>Estimulação Cognitiva - Linguagem:</u> Ler um texto e responder às questões; Copiar o texto; Provérbios populares; Sopa de letras; Completar palavras com a sílaba em falta.</p>	<p>Desenvolver o raciocínio abstrato e o vocabulário, treinar a escrita e a concentração.</p>
<p>10 (17.06.2019)</p>	<p><u>Estimulação Cognitiva - Habilidades Visuoconstrutivas:</u> Cópia de desenhos; Teste do desenho do relógio; “Desenha o teu sonho”; Puzzles; Descrição de manchas.</p>	<p>Promover a motricidade fina; Estimular a criatividade e expressão artística; Estimular também as funções percetivas, da atenção, da concentração, do pensamento abstrato, da orientação no espaço e da coordenação psicomotora</p>
<p>11 (19.06.2019)</p>	<p>Aplicação do pós-teste: Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE).</p>	<p>Sensibilizar para a importância de continuar a realizar os exercícios anteriormente descritos e para a participação e envolvimento em atividades de promoção e estimulação cognitiva. Comparação com o pré-teste.</p>