



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Gizella Iracelma Cambalundo Mendes de Carvalho
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, Novembro de 2021

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Gizella Iracelma Cambalundo Mendes de Carvalho, 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.

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

Em primeiro lugar agradeço a Deus pai todo-poderoso que me concedeu vida e saúde e espírito de sacrifício, persistência, paciência, insistência abnegação e coragem, que me possibilitou trilhar com normalidade a estrada da minha formação.

A minha mãe, filhos, meu tio Galvas, meus irmãos de vida Milú, Aires, Maurício e Simão que sempre estiveram a puxar o tempo todo a minha orelha, sem palavras para vocês.

Um agradecimento especial ao meu incansável Pai Geraldo Satchipengo Nunda, por sempre estar comigo em todos momentos e com a família. Ao meu professor e orientador Doutor, Bruno Peixoto, que com sua sabedoria e sacrifício de abnegação, e compreensão não se tem cansado em me guiar na concretização deste trabalho, o meu eterno reconhecimento.

À Direção da CESPUPortugal por ter pensado na implementação de cursos, de extrema importância e necessidade em Angola, em especial na Província do Huambo, o nosso profundo agradecimento,

À Direção da CESPUP Huambo, pelo acompanhamento e paciência, durante e depois da formação.

Aos meus prestimosos professores que souberam dar a mão, sobre Nós, os seus conhecimentos, a minha gratidão.

Aos meus colegas do curso o meu muito obrigado.

À Direção do Hospital Central do Huambo, Direção do Centro Elavoco, coletivos de trabalhadores, e em especial, aos Utentes que permitiram e confiaram em mim na recolha de dados, pela autorização da realização de investigação, a minha gratidão.

Aos meus filhos, minha Mãe e família em geral, que sempre estiveram perto das minhas dificuldades, não me faltando uma palavra de carinho, de encorajamento, um telefonema animador, o meu apreço de estima.

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, realizado no ano lectivo de 2019/2020 no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS).

O estágio teve a duração de 30 dias, tendo-se iniciado aos 04 de Novembro e finalizado em 4 de Dezembro de 2019, constituindo como mais uma etapa, de uma caminhada que como principal objectivo desenvolver um conjunto de actividades que possibilitam 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 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 actuação. 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 actuação deve sobretudo, adequar-se á 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 que concerne a terceira parte, esta aborda as actividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio. Iniciando com descrição das avaliações neuropsicológicas efectuadas 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 de passar em revista um breve historial da mesma, salientando que o Hospital situa-se no Norte de Portugal. 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 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, cumprido 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, ambulatório 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 e 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 necessário à manutenção de conforto e qualidade de vida; o apoio, o acompanhamento e o internamento adequado 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 domiciliarias (equipas de cuidados ccontinuados 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 comum 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.

II. PSICOLOGO NA INTERVENÇÃO DE SAÚDE EM CUIDADOS CONTINUADO INTEGRADOS

Segundo Simonetti (2016), o psicólogo pode fazer muito pouco em relação à doença em si, este é o trabalho do médico, mas pode fazer muito no âmbito da relação do paciente com seu sintoma, pois corresponde a actividade que deve exercer o psicólogo em sua intervenção. A intervenção de psicólogos na área da saúde contribui para melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes, ao reduzir internamentos hospitalares, a diminuição da utilização de medicamentos e a utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (APA, 2004).

Desde o ano 2000, a psicologia hospitalar foi reconhecida como uma especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia por exemplo no Brasil. A inserção destes profissionais nos ambientes hospitalares tem-se mantido em constante crescimento. Atualmente o contexto é diferente pelo que se pauta pela multiprofissionalidade e interdisciplinaridade com a inclusão de profissionais, a experientes abriu portas para a construção da identidade do psicólogo, enquanto um profissional do campo da saúde (Saraiva et al., 2021).

O propósito da Psicologia Hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento, tendo como objetivo a minimização do sofrimento adquirido pela hospitalização. É importante reforçar que o objetivo da Psicologia Hospitalar não se aplica apenas ao paciente internado, mas também aos familiares e à equipa. Tanto a família, quanto aos profissionais da saúde poderão ser auxiliados pela Psicologia diante das adversidades no processo de recuperação ou na instância da perda, pois o sofrimento causa inúmeras oscilações mentais e o psicólogo

no âmbito hospitalar, seja no pronto socorro, enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva ou blocos cirúrgicos, precisa de se estar atento, escutar e observar sinais e comportamentos ocasionados pelo sofrimento psíquico, considerando crenças, medos, instabilidades emocionais do paciente, da família e até mesmo da equipe (Vieira, 2018).

O paciente precisa de atenção da equipa Médica, da equipa 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 é um ponto de apoio fundamental ao paciente hospitalizado, pois o processo de hospitalização retira-o do meio social seguro e estável, e o introduz em um ambiente frio, desconhecido e temido. A família simboliza assim, um refúgio para o paciente em meio a este cenário. Na área da saúde, compreende-se paciente e família como uma unidade de cuidado, ambas são impactadas pelo processo de adoecimento, tratamento e internação. Neste sentido, o cuidado deve-se estender a toda a família, buscando apoiá-las em relação aos medos, angústias, dúvidas, sofrimentos pela probabilidade da perda iminente do ente querido, bem como, nas dificuldades frente à tomada de decisão e em relação às mudanças da dinâmica familiar (Saraiva et al., 2021).

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 equipa 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 equipa 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 equipa 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 e tratamentos e por vezes a relação do paciente e seus familiares com a equipa.

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 à 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

O processo da reabilitação neuropsicológica é um dos fatores fundamentais durante o processo de reabilitar o indivíduo, a psicologia nesse contexto contribui também através das técnicas de reeducação, de treinamento, de psicoterapia. Torna-se fundamental a divulgação dessa área de conhecimento, que tem muito a ser explorada e ampliada para uma melhora do quadro clínico do doente em nível biopsicossocial (Cruz et al., 2018)

A Neuropsicologia é uma área de estudo das neurociências que visam compreender os aspectos biopsicossociais do ser humano. As pesquisas tiveram início logo após as Primeiras Grandes Guerras Mundiais, nesse sentido, os estudiosos da época buscavam mapear os diferentes tipos de lesões, de perdas cognitivas, ou de danos cerebrais, apresentados pelos soldados sobreviventes da Guerra, analisando também o impacto negativo causado pelo evento ao comportamento humano (Pontes & Hübner, 2008).

- 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 psicometria;
- 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 neuroimagingológicas, 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 socioculturais e psicoemocionais como constituintes do ser humano (Goldstein & McNeil, 2004; Rufo-Campos, 2006).

O neuropsicólogo 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,p.22). As principais funções desempenhadas por este profissional da área da saúde são a avaliação diagnóstica 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).

Experiencia pessoal

Relativamente a este aspecto, o psicólogo e outros especialistas da área interage com os utentes pelo uso de técnicas adequadas, o manuseamento dos instrumentos ou testes para o conhecimento dos sintomas e patologias que cada utente apresenta, inteirar-se do estado de evolução, avaliar a medicação ministrada e seu efeito. Por outro lado, o conhecimento e

a avaliação do nível de ansiedade do utente, seu estado depressivo e outras patologias de fórum não psiquiátrico é de relevância para a aplicação de métodos que auxiliam a saúde do utente. Em suma, o neuropsicólogo desempenha um papel importante na recuperação do utente, no que concerne a avaliação dos aspectos de elevação dos níveis de motivação, sentimentos, emoção para a retoma de actividade física do utente.

III. ACTIVIDADES REALIZADAS

a. Avaliação Psicológica Protocolada

A prática clínica teve início a 04 de Novembro de 2019, 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 9 casos que foram encaminhados 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 objetivo 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).

Contudo, a avaliação psicológica pode ser vista para além da sua formulação consistente sobre o que se deseja mensurar, mas uma avaliação que busque a construção e a intervenção. Nesse sentido, busca-se construir junto ao paciente entendimento sobre seu desenvolvimento, personalidade, suas potencialidades e dificuldades, assegurando os direitos do indivíduo. Com o propósito de construir novos olhares e práticas que fomentem a inclusão (Nakano, 2019). Ao psicólogo que deseja atuar nesse propósito, deve reconhecer a diversidade, as questões sociais, culturais, as políticas públicas, como pontos essenciais.

Assim como “tornar os instrumentos psicológicos acessíveis é cooperar para a construção de uma sociedade justa e igualitária” (Barros, 2019)

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 projetadas; considerando que a única sala disponível é a 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 se constituem como obstáculo á avaliação psicológicas. Apesar disso, considero que o facto de não ter gabinete reservado para a consulta de psicologia contribuiu para o meu crescimento, uma vez que, enquanto estagiária tive que me habituar aos demais contratempos, 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 de cada utente no sentido de minimizar o sofrimento psicológico de cada um deles.

OBSERVAÇÃO DE CONSULTAS

A observação de consultas no Hospital deu-se no terceiro 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 à observação permitiu perceber o funcionamento dos serviços nas unidades.

REUNIÕES

Reunião com os psicólogos

As reuniões de orientação/Supervisão visavam essencialmente a atribuição de novos pacientes por avaliar, realização da correção de relatório dos testes aplicados dia anterior, das dificuldades encontradas na aplicação dos instrumentos e de outras informações complementares sobre os dados recolhidos 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.

Realmente estes encontros foram de carácter importantíssimo ao revelar-se como momento em que também se aprendia, pois nestas reuniões discutiam-se assuntos de fórum clínico que dissipava dúvidas aos profissionais depois de uma jornada de trabalho. Penso que este aspeto é de rotina e deve continuar apoiado pela base científica e pedagógica, assim, ajudará de forma mais acentuada aquilo que se pretende atingir com os estagiários.

DESCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS/PROVAS E TESTES UTILIZADO

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 (Souza et al., 2016).

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 um instrumento muito útil para a prática clínica, focado no cliente e que foi construído tendo por base as abordagens terapêuticas já existentes, as cognitivas, as breves e as sistémicas (Souza et al., 2016).

Na avaliação clínica do paciente, o psicólogo observa os seguintes aspectos:

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

A Entrevista Motivacional (EM) é uma abordagem de tratamento que auxilia o indivíduo no reconhecimento de um problema e possíveis ambivalências para a mudança de comportamentos. Sendo assim, é um meio de comunicação colaborativa entre profissional da saúde e paciente que propicia um ambiente favorável para que o sujeito possa identificar suas motivações intrínsecas e promover melhores resultados no tratamento (Miller & Rollnick, 2013; Dray & Wade, 2012).

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 salutar de mudança comportamental (Simões et al., (2012).

Testes Psicométricos

As 2 grandes provas escolhidas para fazer parte do protocolo institucional foram: Mini-mental (MMSE) e a Escala de Depressão geriátrica (GDS), todas as outras provas eram escolhidas em função da problemática a avaliar em cada doente

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

Mini-Mental State Examination (MMSE; 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, Leuschener, 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 propriedade 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

As tabelas abaixo ilustradas, 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 a hipertensão arterial 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.

CASOS AVALIADOS

Identificação	Dados Clínicos
Doente: M. A Sexo: M Idade: 49	Vive com a mãe e com o irmão, que também está desempregado. Admitido para reabilitação após ter a parência de desuso após 70% de queimaduras do corpo, esteve 2 meses em coma.

Escolaridade: 4	<p>Utente consciente e orientado auto e alopsiquicamente sem alterações clinicamente significativas, psicoemocionalmente manifestou humor ansioso e deprimido relacionado com a situação clínica actual, refere ter muitos pensamentos negativos, assim como ataques de panico acompanhados com ideação suicida.</p> <p>Intervenção: O apoio psicológico foi centrado na gestão do trauma, motivação e facilitação no seu processo de reabilitação</p>
Doente: A. M Sexo: M Idade: 63 Escolaridade: 4	<p>Síndrome sobre crescimento bacteriano com desnutrição grave e caquexia.</p> <p>Apresenta-se consciente e orientado auto e alopsiquicamente cognitivamente integro, psicoemocionalmente não apresenta pontuação significativa na HATS, apesar de referir desânimo e preocupação face ao futuro, colaborante e motivado.</p> <p>Intervenção: Apoio emocional e facilitação da sua adesão ao processo de reabilitação</p>
Identificação	Dados Clínicos
Doente: G. A Sexo: F Idade: 55 Escolaridade: 4	<p>Quisto sebáceo do couro cabeludo, infetado quadro de dores generalizado;</p> <p>Apresenta-se consciente auto e alopsiquicamente cognitivamente íntegra;</p> <p>Psicoemocionalmente, estado de humor eufórico com alguma labilidade e baixa <i>insight</i> para a sua condição actual e postura desajustada.</p> <p>Intervenção:</p> <p>Supervisão do estado psicoemocional e facilitação da sua adesão ao processo de reabilitação.</p>

<p>Doente: M. C</p> <p>Sexo: F</p> <p>Idade: 84</p> <p>Escolaridade: 4</p>	<p>Fratura do radio distal esquerdo devido a uma queda</p> <p>Apresenta-se consciente auto e alopsiquicamente;</p> <p>Cognitivamente integra;</p> <p>Psicoemocionalmente, revela humor deprimido e ansioso</p> <p>Baixo suporte socio familiar, colaborante e motivada.</p> <p>Intervenção: Apoio Psicoemocional</p>
<p>Doente: M.R.S.R</p> <p>Sexo: F</p> <p>Idade: 64</p> <p>Escolaridade: 5</p>	<p>Secuelas de trombose cerebral com enfarte cerebral: apresenta hemiparesia direita;</p> <p>Apresenta como antecedentes: ATA, dislipidemia, Ao momento da entrada utente consciente, aparentemente orientada T/E, pouco colaborante.</p> <p>Apresenta dependência em grau muito elevado no auto-cuidado de deambular, sendo nos instantes dependente em grau elevado, excepto na alimentação que é moderado, transita de cadeira de rodas. Algaliada.</p> <p>Apresenta melhorias ao nível do equilíbrio estático em sentando e em pé, assim como ligeira melhoria ao nível da força muscular.</p> <p>Intervenção: Apoio Emocional e supervisão do estado cognitivo.</p> <p>Informação social: Divorciada com 2 filhos, tem 5 irmãos, sendo que vivia com 1 deles. Nenhum dos irmãos aceita dar apoio a utente.</p>
<p>Doente: A.R</p> <p>Sexo: F</p> <p>Idade: 64</p>	<p>Apresenta sequelas de trombose cerebral com enfarte cerebral que resultou numa hemiparesia a direita</p> <p>Tem como antecedentes linfoma de hodgkin (seguida no ipo com transplante de Medula Ossea em 2013); HTA dislipidemia, hipocoagulada.</p> <p>Encontra-se consciente, orientada e motivada para reabilitação.</p>

	<p>Ao exame objectivo apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défice global de força muscular; • Refere dor ao nível do ombro direito; • Amplitude articulares preservadas; • Défice no equilíbrio estatico em sentado, assume com dificuldade a posição ortostatica; • Apresenta pouco auxilio nas transferência; • Desloca-se em cadeira de rodas por longas distâncias segundo a escala modificada de barthel apresenta dependência sevena com um score de 43 total para o AVD's. Desde de ponto de vista de intervenção psicológica, seria premente que a paciente tivesse apoio de locomoção institucional (meio de transporte) por formas a diminuir as longas distâncias percorridas por esta.
<p>Doente: A.Q</p> <p>Sexo: M</p> <p>Idade: 72</p>	<p>Afecções das raizes e plixes nervosos;</p> <p>Poliomielite aos 13 anos, com hemiparesia de predomino direito saquelar, cardiopatia hipertensiva e valvular HTA, Epilepsia, fratura femor proximal a esquerda com intervenção cirurgica a 10 anos.</p> <p>Está consciente, psicoemocionalmente, apresenta uma residência a sua condição clínica cognitiva não apresenta déficies clinicamente significativos.</p> <p>O utente tem um discurso organizado e coerente e fluido também tem espetactivas e realistas face a sua condição clínica.</p> <p>Intervenção: terapia cognitiva comportamental + TCC em contexto individual para reestruturação cognitiva, apoio psicoemocional e treino cognitivo.</p> <p>Parte social: não tem filhos é solteiro, é reformado por invalidez, anda em cadeira de rodas desde os 13 anos além</p>

	<p>disso tem 3 irmãos, todos com idades avançadas e sem possibilidades de dar apoio ao doente.</p>
<p>Doente: A.F</p> <p>Sexo: F</p> <p>Idade: 81</p>	<p>Hemorragia intra-craniana não especificada;</p> <p>Apresenta-se consciente e orientada auto psiquicamente e no espaço, mas desorientada no tempo;</p> <p>Revelou dificuldades ao nível da linguagem, disartria, não foi possível avaliar cognitivamente e psico emocionalmente, estado de humor e eufímio sem insight acerca da sua condição.</p> <p>Intervenção: estimulação cognitiva das áreas mais deficitárias, facilitação da sua adesão ao processo de reabilitação (reforços motivacional e psicoemocional)</p>
<p>Doente: A.P.A</p> <p>Sexo: M</p> <p>Idade: 60</p> <p>Escolaridade: 6º ano de escolaridade</p>	<p>Carcinoma urotelial invasor de alto grau da bexiga.</p> <p>Apresenta como antecedentes: dislipidemia, ansiedade, nefrostomia percutânea; cistectomia radical mais linfadenectomia iliaca pelvica bilateral mais ureteroileostomia cutânea</p> <p>O utente entrou consciente e orientado no tempo e espaço.</p> <p>Comunicativo e muito colaborante;</p> <p>Independentes nos autocuidados, necessitando apenas de supervisão. Deambula autonomamente sem auxiliar de marcha.</p> <p>Alimenta-se por mão própria de dieta geral, que tolera.</p> <p>Segundo nota alta, no decorrer do internamento, apresentou deiscência ferida cirurgica abdominal por quadro infeccioso, tendo sido submetido a reenceramento da parede abdominal.</p> <p>A sensibilização da paciente sobre a necessidade de se voltar a intervir no ferimento é de extrema importância psicológica, já que se devolveria o bem estar físico e psicológico da mesma paciente</p>

III- ESTUDO DO CASO

HISTÓRIA DE VIDA

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

M.R.S.R de 67 anos de idade, nascida aos 23 de Fevereiro de 1952. De pais falecidos é a terceira filha de uma fratria de 5 irmãos. É divorciada e tem dois filhos, um Senhor de 40 anos e uma Sra. de 46 anos, já casados e autónomos, a residir em Portugal e Luxemburgo respectivamente. A utente tem o 5º 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 mínimas de habitabilidade. A ajuda de que a paciente se refere já decorre há três anos, altura em que começou a manifestar as primeiras alterações somáticas caracterizadas por dores da anca direita.

II – HISTÓRIA DE DESENVOLVIMENTO BIOPSIKOSSOCIAL

1. Desenvolvimento precoce

1.1. Desejo da gravidez

Considera-se uma filha desejada

2. Desenvolvimento infantil

No que se refere ao desenvolvimento psicomotor, segundo as palavras da utente: diz ter começado a proferir as primeiras palavras aos 2 anos e andar aos 2 anos e meio. 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, tais como problemas de enurese ou até episódios de sonambulismo, refere que se recordar de episódios em que caía da cama sem ter consciência de como teria acontecido, facto que a leva ainda hoje a ter medo de 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, pelas agressões infligidas por este sob efeito de substância psicotrópica.

3. Desenvolvimento da adolescência

3.1. História psicosssexual

A utente informou sobre a menarca, esta aconteceu aos 13 anos, correndo num período regular de 3 a 4 dias e do início da vida sexual aos 16 anos. Relatou também que não teve medo, receio e nem preconceito do sexo masculino porque tinha tido uma educação aberta, sobre sexualidade, facilitada pela sua mãe. Neste sentido, foi possível contrair matrimónio aos 23 anos.

3.2. Relacionamento familiar

O relacionamento familiar era conflituoso 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 confortáveis e estáveis emocionalmente.

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

Quanto ao período escolar este decorreu bastante bem, pois para além de nunca ter acontecido nenhuma reprovação a participação nas actividades extra-curriculares era de grande proatividade.

Um acontecimento marcante na vida da utente é de que aos 12 anos teve de empregar-se em casa de uma senhora, fazendo trabalhos domésticos (arrumar a casa, lavar roupa e passar a ferro como aprender a preparar alimentos) para fazer face às dificuldades financeiras, económicas para fazer face às dificuldades financeiras da família por causa da atitude agressiva do pai.

4. HISTÓRIA DA VIDA ADULTA

4.1. História conjugal

4.1.1. Relacionamento com os filhos

A escolha do noivo da utente não foi sua, mas sim da exigência dos pais situação que levou a 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 pautado de muitos momentos de violência doméstica praticada pelo marido, devido ao consumo de substâncias ilícitas do tipo maconha fumada. Segundo a utente, o marido ganhava 300 Euros pelos serviços que fazia ao nível do campo, em que este valor servia apenas para comprar produtos supérfluos e bebidas alcoólicas. E para se livrar destas situações, a utente recorria a casa dos sogros onde passava noite, como forma de refúgio e protecção.

Face a esta constante situação, o casamento terminou em divórcio em 2013, passados 40 anos de convivência. Realçou também que tinham boa relação com os filhos até altura em que estes por sua vez terão contraído matrimónio. Embora o pai como progenitor dos mesmos e havendo uma relação de pai e filhos, o relacionamento foi igualmente abalado por atitudes de violência contra a mãe, pois não era de bom agrado o tumulto que se fazia sentir no lar.

Diz sentir-se triste porque após o casamento dos filhos e divórcio com esposo, sentiu-se abandonada, com maior realce para com o filho que mesmo estando em Baltar nem se quer visita mãe; e mais grave ainda é que a esposa dele não deixa que as netas também a visitem, situação que a desanima e lhe faz chorar quase constantemente. Salientou ainda que a primeira filha de 46 anos de idade vive na França com quem mantém contactos telefónico regularmente, por quanto o segundo filho de 40 anos mesmo estando próximo, não se preocupa com a saúde da mãe, situação que a entristece.

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

4.2. História laboral

Iniciou a trabalhar aos 12 anos em casa de uma senhora como doméstica, 6 anos mais tarde empregou-se numa Fábrica de papel em Vandoma de onde trabalhou durante 5 anos. Depois conseguiu outro emprego na Escola Primária da Feira, durante 2 anos 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 entre ela e a nora pelo que prejudicava a relação com os netos.

III- 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 dado a violência. A utente não se lembra da idade da mãe quando ela nasceu, apenas recorda-se que a mãe morreu aos 25 anos, quando tinha 39 anos. A mãe era doméstica, cuidava de casa e da horta.

Quanto ao seu pai a utente relata que tem poucas lembranças, porque quando se insurgia contra a mãe contribuía para criar distanciamento na relação pais-filhos. Mesmo assim ainda se lembra que o pai morreu há 41 anos. No que relaciona a cliente ela representa a 3ª irmã de uma fratria de 7 irmãos, sendo o primeiro com 69, a segunda com 65, ela a utente com

67, o quarto com 60, o quinto com 56, recorda ainda que os dois últimos são falecidos. Sempre houve boa harmonia entre irmãos.

IV- HISTÓRIA CLÍNICA DO PROBLEMA ACTUAL

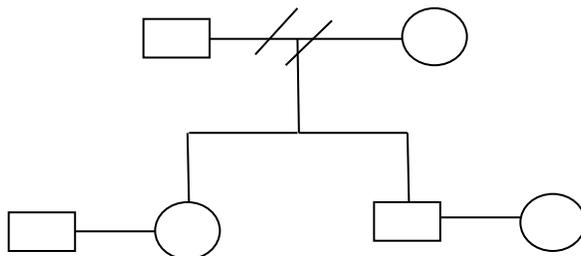
Em finais de 2015, pelas 16 horas a senhora M.R.S.R sentiu algumas ligeiras dores na coxa esquerda e direita que lhe levou fazer algumas consultas médicas. A situação foi piorando de tal forma que as intensas dores começaram a dificultar a mobilidade, incluindo deitar, sentar-se e fazer qualquer movimento das actividades da vida diária o que levou a sua Médica de família mandar fazer uma radiografia.

Assim no dia 27 de Dezembro de 2015 foi internada em 28.12.2015, foi submetida a intervenção cirúrgica com colocação electiva de prótese total da anca esquerda e direita, em função da Osteoartrose grave, da qual decorria limitação funcional não desprezível. E, no dia 17.01.2016, foi 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 domestica, 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 psicicamente, autónoma, sem queixas relevantes. Psicoemocionalmente, a utente apresenta uma alteração do estado de humor congruente com antecedentes de ansiedade e depressão.

Figura 4. Genograma da senhora M.S.R.S.



Legenda

Indivíduo do sexo Masculino



Indivíduo do sexo Feminino



Casal divorciado



IV.I. Descrição dos principais momentos das sessões

O primeiro contacto com a utente deu-se no dia 13 de Novembro de 2019, quando abordada no seu quarto, onde se encontrava sozinha, depois de dispensar a companheira da sala como é regra. Esta apresentou-se cooperante e interessada na intervenção pelo serviço de psicologia.

Quando foi referenciada para acompanhamento psicológico, manifestou-se disponível e interessada. A primeira questão que colocou á estagiária, foi a propósito da nacionalidade, tendo obtido como resposta a informação pedida e o estabelecimento do contrato terapêutico. Em resposta, lhe foi dito que era Angolana e que estava naquele Hospital com finalidade de estágio. Daí, lhe foi pedida para se manter à 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: “Doutora estou preparada. Assim, deu-se inicio a primeira consulta, recolhendo informações básicas para o preenchimento de 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 reavaliação.

Esta avaliação decorreu normalmente, no final esta perguntou quando é que teria novamente consulta com serviços de psicologia, justificando que se sentia bem a falar com os 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 (anexo1), 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).

VI. CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Apos a análise da avaliação efetuada a utente, é possível observar nos valores do MMSE e da GDS, que esta apresenta um 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 forma excessiva e continuada (Picano & Pereira, 2015).

As experiências negativas que vivenciamos ao longo da nossa vida, tornam-se traumáticas e perturbadoras 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 traz consigo imensos prejuízos para a vida psíquica e afeta o funcionalmente comportamentalmente 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 M.S.R.S. apesar dos resultados revelados pela escala de depressão 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 avó, situação que poderão ter influência no início desses sintomas.

Ainda assim, considerando o quadro clínico da utente, vimos alertar para a necessidades de monitorização dos níveis da ansiedade de depressão da mesma, evitando a evolução para um quadro clínico mais grave, como por exemplo da depressão major.

Na depressão normal predomina a raiva e a revolta, enquanto 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 conceções antigas e ultrapassadas (mais míticas e especulativas que científicas), mas salda-se pelo encontro da inegável realidade de uma relação patogénica com um objeto depressivo 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 da depressão), não fora a depressão a consequência do amor não correspondido (Matos, 2001).

VII. REFLEXÃO

Apos 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. O acompanhamento da senhora deveria ser melhor gerido dada a sua idade, aspetos emocionais extremos, falta de carinho por ausência dos filhos e netos que é muito sua pretensão e que não consegue alcançar, mas, a proximidade e as táticas de um profissional podem ajudar claramente a diminuir a depressão que esta apresenta.

Inicialmente surgiram 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 enriquecedora permitindo deste modo a descoberta e a expansão de nova formas e competências de mestria da prática clínica. O trabalho em equipa com os 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.

À medida que se foram realizando as actividades, senti um crescimento a nível profissional, visto que esta realidade me possibilitou 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 ela pedindo desculpa pelo cometido.

Quando colocada esta questão à orientadora do estágio, esta corrigiu este procedimento, afirmando que não faz parte do psicólogo dar conselhos e que a actuação 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 CESP – Angola poder ajudar os estudantes na obtenção de Visto, de forma a aliviar muito dos constrangimentos relacionados com esta questão.

VIII. CONCLUSÃO

Tendo concluído o estágio curricular num Hospital, pude adquirir conhecimentos que poderão com certeza ser de grande valia em minhas actividades correntes, pese embora, o tempo não tenha sido suficiente para que se pudesse adquirir mais conhecimento já que, o objectivo de um estágio curricular é relacionar a teoria e a prática e o saber fazer. A falta de experiência ao início constituiu-se num empecilho, mas a interação com a equipa técnica multidisciplinar reverteu o sentimento de insegurança em actividades correntes

REFERENCIAS BIBILOGRÁFICAS

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

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

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

Barros, L. O. (2019). Avaliação psicológica de pessoas com deficiência: reflexões para práticas inclusivas. In: Conselho Federal de Psicologia. Prêmio Profissional Avaliação Psicológica Direcionada a Pessoas com Deficiência, 34 – 48. Disponível em:https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/07/CFP_livrodigital_premio2.pdf

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

Cruz, D.T. (2018). Desafios contemporâneos e as questões biopsicossociais. São Paulo: All Print.

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 à população portuguesa do teste: Mini 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.

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

Nakano, T. C. (2019). Avaliação psicológica e deficiência: desafio na formação e prática profissional do psicólogo no século XXI. In: Conselho Federal de Psicologia. Prêmio Profissional Avaliação Psicológica Direcionada a Pessoas com Deficiência, 49–62. Disponível em: http://satepsi.cfp.org.br/docs/CFP_livrodigital_premio2.pdf

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

Pontes, L.M.M; Hübner, M.M.C. (2008). A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. *Rev. Psiq. Clín.*, 35(1):6-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100002>.

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

Rufo-Campos, M. (2006). La Neuropsicología: história, conceptos básicos y aplicaciones. *Revista de Neurologia*, 43(1),57-58.

Saraiva L K P, Porto N A S, Monteiro S K E (2021). Psicologia hospitalar: um olhar da perspectiva fenomenológica-existencial, Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, Brasil.

Simonetti, Alfredo (2016). Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8. ed. - São Paulo : Casa do Psicólogo

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.

Vieira, A G; Waischung C D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro ,21(1):132-153.

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, Verginia, 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.

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing: Helping people change (3rd.ed.). Guilford Press: New York.

Dray, J., & Wade, T. D. (2012). Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? *A review. Clinical Psychological Review*, 32(6), 558-565. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.005

Souza F P, Meyer E, Oliveira M S (2019). Entrevista Motivacional para Estudantes da Área da Saúde: Resultados de um Treinamento, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 35:3552.