



Relatório de Estágio

Cuidados Continuados Integrados de Paredes

Tadeu Miguel da Silva Mendes

Orientadora: Dr.^a Vânia Almeida

Supervisora: Prof.^a Dr.^a Manuela Leite

Gandra, 2014/2015

Índice

Introdução	4
Caraterização da instituição.....	5
Papel do Psicólogo	9
Atividades de estágio	12
Observação clínica	12
Participação em reuniões clínicas com a orientadora de estágio.....	12
Reuniões de estágio com a supervisora	12
Trabalho sobre AVC	13
Psicoeducação.....	13
Alteração do MMSE para pacientes com afasia	13
Estimulação Cognitiva	14
Procedimentos.....	15
Programa de estimulação cognitiva	15
Avaliação Psicológica.....	16
Caraterização dos instrumentos de avaliação.....	18
Apresentação Clínica de estudo de Caso	24
Introdução	24
Estudo de caso I (G.).....	24
Identificação.....	24
Motivo do Internamento.....	24
Motivo da consulta.....	24
História de vida.....	25
Processo de avaliação psicológica	27
Hipóteses diagnósticas.....	29

Conceptualização do caso clínico.....	29
Proposta de Intervenção Psicológica	32
Estudo de caso II (B.).....	36
Identificação.....	36
Motivo de Internamento.....	36
Motivo da consulta.....	36
História de vida.....	36
Processo de Avaliação.....	39
Metodologia de Avaliação.....	39
Síntese dos Resultados Obtidos.....	40
Interpretação dos Resultados.....	41
Reflexão Pessoal	45
Referências Bibliográficas.....	46
Anexos.....	51

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte (CESPU), realizado no ano letivo 2014/2015 na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Paredes, supervisionado pela Prof^a Dr.^a Manuela Leite e orientado pela Dr.^a Vânia Almeida. O estágio iniciou-se em outubro de 2014 e finalizou em junho de 2015.

Este relatório constitui-se como uma etapa de uma caminhada de aprendizagem construída durante os cinco anos de curso. O estágio curricular é uma componente fundamental na medida em que permite aplicar os conhecimentos adquiridos, contribuindo de igual modo como dimensão para o desenvolvimento pessoal e profissional.

De forma geral, podemos referir que o papel do Psicólogo Clínico é bastante abrangente e o seu modo de atuação deve, sobretudo, adequar-se à instituição onde exerce atividade e às principais necessidades prevalentes nesse contexto. Neste sentido, ao Psicólogo Clínico compete-lhe a “promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e a prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física” (Ribeiro & Leal, 1996, p.76).

Passando de seguida à estrutura do presente relatório, este encontra-se organizado em: Caracterização da instituição de estágio, onde é descrito o contexto institucional; Papel do Psicólogo no local de estágio; Atividades realizadas no local de estágio; Casos clínicos e Reflexão pessoal.

Caraterização da instituição

O Hospital Particular de Paredes localiza-se na cidade de Paredes, no Vale de Sousa, onde fazem parte os concelhos de Penafiel, Paços de Ferreira, Felgueiras, Lousada e Castelo de Paiva. Assiste uma população do concelho de 83.064 habitantes e para os concelhos achegados, totalizando uma população superior a 200.000. Visto não encontra-se nas proximidades uma instituição semelhante tanto em dimensão, oferta de serviços como qualidade (Hospital Particular de Paredes – HPP, s/d).

O Hospital foi inaugurado em 1966, contudo em 1977 foi nacionalizado pelo Estado onde passou a explorá-lo como a unidade de Paredes do Centro Hospitalar do Vale do Sousa, assumindo-se como tal até Novembro de 2001. Com a inauguração e entrada em funcionamento, no final desse ano, do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, este edifício Hospitalar foi desativado. No sentido de retomar a exploração da atividade hospitalar no atual edifício existente, a Sociedade procedeu à remodelação e ampliação do edifício. Assim e, após o período de remodelação, a inauguração do novo Hospital deu-se no ano de 2008 e rege-se pelo respeito, bem-estar e dignidade dos pacientes, assim como pela competência e inovação na prestação de cuidados.

Este hospital destaca-se como unidade hospitalar, capaz de servir toda a população do Vale do Sousa, reunindo um corpo clínico experiente e disponibilizando a maioria das especialidades médicas e cirúrgicas, a que se soma um leque completo de meios complementares de diagnóstico.

O Hospital 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” (HPP, s/d).

Apresenta como valores “o desempenho norteado pela competência técnico – científica, o compromisso com a melhoria contínua, o respeito pelos princípios éticos, a personalização e excelência” (HPP, s/d).

Têm como objetivo “serem reconhecidos como Hospital de referência no Norte do país, designadamente no Vale do Sousa, no que à qualidade de serviços de saúde prestados diz respeito, assumindo-nos como parceiro privilegiado das diversas Instituições promotoras da Saúde” (HPP, s/d).

O Hospital está equipado de instalações modernas. Em relação à organização estrutural, este contém quatro pisos. O rés-chão está destinado para as Consultas Externas e Serviço de Urgência. O 1º piso está reservado para a Cirurgia de Ambulatório. Por sua vez, o 2º e 3º andar estão confinados à Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Convalescença (UC), inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Por último, no quarto piso

encontra-se a Administração e também os serviços de Fisioterapia, nomeadamente o ginásio para fins de Reabilitação Física.

O estágio destina-se aos serviços da Unidade de Média duração e Unidade de Convalescença, integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados.

A missão da RNCCI é de “prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”, destacam-se os seguintes objetivos: “a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados” (Guia da RNCCI, 2009, p. 9).

Têm direito aos cuidados continuados integrados as pessoas nas seguintes situações: “de dependência funcional temporária (por estar a recuperar de uma doença, cirurgia, etc.), dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença), incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social e doença severa, em fase avançada ou terminal” (Guia da RNCCI, 2009, p. 12).

A RNCCI inclui Unidades de internamento, que podem ser de: Cuidados continuados de convalescença; Cuidados continuados de média duração e reabilitação; Cuidados continuados de longa duração e manutenção; Cuidados paliativos. Unidades de ambulatório. Equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social. Equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social (Guia da RNCCI, 2009).

O Hospital Particular de Paredes possui uma Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e outra de Cuidados Continuados de Convalescença.

Na Unidade de Convalescença os internamentos serão num período até 30 dias, para pessoas que estiveram internadas num hospital devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento de uma doença ou deficiência crónica, que já não precisam de cuidados hospitalares, mas requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio (HPP, s/d).

A Unidade de Convalescença assegura, cuidados médicos permanentes; cuidados de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos; prescrição e administração de medicamentos; cuidados de fisioterapia; apoio psicológico e social; higiene, conforto e alimentação e convívio e lazer (HPP, s/d).

Na Unidade de Média Duração e Reabilitação os internamentos têm como duração entre 30 e 90 dias, para pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio (HPP, s/d).

A UMDR assegura, cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de medicamentos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação e convívio e lazer (HPP, s/d).

Estas duas Unidades, como foi referido anteriormente, estão distribuídas pelo 2º e 3º piso no Hospital Particular de Paredes, cada piso encontra-se estruturado com 10 quartos, com 2 camas por quarto, tendo 16 camas no 2º piso e 17 no 3º piso. Os dois pisos são constituídos, cada um, 1 sala de reuniões, 1 gabinete médico, 1 posto de enfermagem, 1 sala de convívio/refeições e 1 copa. Em termos de acessos às Unidades, estas possuem elevadores de serviços, escadas de serviço, bem como elevadores de maior porte para facilitar a mobilidade de pacientes.

Nas duas Unidades, os grupos de profissionais, estão distribuídos por 4 médicos, 1 assistente social, 1 psicólogo clínico, 1 fisiatra, 5 fisioterapeutas, 25 enfermeiras e 8 auxiliares da ação médica.

De uma forma geral a Unidade de Cuidados Continuados - HPP tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde de qualidade aos habitantes da sua área de influência, tendo como base um trabalho multidisciplinar, dando particular importância ao trabalho de equipa de forma a prestar os melhores serviços aos seus utentes e familiares, designando objetivos específicos como: Cuidados Médicos diários; Cuidados de Enfermagem permanente; Cuidados de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala; Prescrição e administração de fármacos; Apoio Social; Higiene, conforto e alimentação: Convívio e Lazer; Os demais serviços e atividades necessárias ao funcionamento da Unidade de Cuidados Continuados e Integrados (HPP, s/d).

Existe um processo de organização para o acolhimento/admissão do paciente na Unidade, de forma a garantir a qualidade dos serviços.

Primeiramente, o paciente que dá entrada na Unidade por encaminhamento de outra Unidade Hospitalar, provém de um sistema de avaliação realizado por uma Equipa de Gestão de Altas desse mesmo hospital, que tem a responsabilidade de realizar uma avaliação de todo o processo do paciente

e, posteriormente, é-lhe dado um consentimento informado que apresentará três opções de Unidades Hospitalares que compreendem os serviços necessários para a condição de saúde do paciente.

Assim, quando entra um paciente nos serviços da Unidade, o acolhimento é realizado pela Equipa de Saúde, mais concretamente pelo Enfermeiro responsável e por um outro elemento da equipa (Auxiliar, um outro Enfermeiro ou o Psicólogo Clínico). Este entrega ao paciente e ao (s) seu (s) acompanhante (s) o Guia de Acolhimento e faz a devida apresentação do mesmo, tanto aos outros pacientes, como à Unidade.

Cumpridos estes objetivos da primeira fase, procede-se então ao preenchimento da Folha de Admissão/Acolhimento. Neste documento, consta a informação essencial para a identificação do paciente e do seu cuidador, e é realizado o planeamento da alta.

A data da alta da unidade é exclusivamente da responsabilidade da Equipa de Saúde. Caso seja a pedido do utente, esta envolve o preenchimento de um impresso elaborado para esse efeito, onde deve ser assinado o consentido pelo próprio ou por quem, legalmente, o possa substituir.

A alta está planeada desde a admissão do paciente, uma vez que é feito o planeamento de um internamento de 30 dias na Unidade de Convalescença ou de 90 dias, na Unidade de Média Duração.

De seguida, a equipa de profissionais da Unidade ajuda o paciente a preparar o seu regresso a casa, tendo em conta as suas necessidades e opiniões, assim como a dos seus familiares no que diz respeito à satisfação das mesmas.

Neste sentido, aquando da alta, é entregue ao paciente e respetivos familiares, um Questionário de Satisfação do Utente e um Questionário de Satisfação da Família. Nestes constam questões referentes a todo o funcionamento e condições da instituição, para que possam mencionar as suas opiniões sobre os serviços da Unidade. Com o objetivo de obter informações referentes ao trabalho desenvolvido pelos profissionais, bem como as falhas que devem corrigir.

Portanto, após preenchidos os documentos necessários para o processo de admissão e elaborado o planeamento da alta, decorre então um trabalho de equipa de modo a proporcionar uma intervenção bem-sucedida e prestando um serviço de qualidade, proporcionando o seu bem-estar e autonomia, respeitando sempre os direitos do paciente.

A Equipa de Saúde que acompanha o paciente tem em conta a individualidade de cada paciente, considerando assim todas as suas dimensões, tendo em conta o seu meio envolvente, a sua família, as suas necessidades e limitações.

Existe também um acompanhamento familiar feito pela Assistente Social, que apoia e fornece à família informações necessárias para colmatar as dificuldades decorrentes no processo de internamento.

No que concerne ao acompanhamento psicológico, este tem como objetivo permitir ao utente um espaço que disponha os recursos necessários para o desenvolvimento do seu bem-estar psicológico, no sentido de promover de forma positiva a sua qualidade de vida na doença. Para esse efeito, é realizado inicialmente um rastreio e avaliação das necessidades de apoio psicológico aos pacientes que permitam um confronto com a doença e internamento, bem como os procedimentos de diagnóstico e tratamento (HPP, s/d).

É de referir também todo o acompanhamento médico, que assegura o estado de saúde, a gestão da medicação e a programação dos cuidados necessários de acordo com a evolução do estado de saúde do paciente, durante o seu internamento.

Existe também, todo um trabalho por parte dos Enfermeiros, Auxiliares da Ação Médica, Terapeuta da Fala, Fisioterapeutas e Fisiatra. Cada uma destas áreas ao realizar um trabalho em conjunto, faz com que a intervenção seja mais qualificada.

Os profissionais de Saúde contam também com a colaboração dos familiares/cuidadores dos pacientes, que serão envolvidos na definição do Plano Individual de Intervenção.

Para que este objetivo seja cumprido, sempre que necessário são realizadas reuniões familiares que permitem a partilha de informação, como a programação do regresso do paciente ao domicílio. Nestas reuniões é habitual estarem presentes todos os elementos da Equipa de Saúde (HMP, s/d).

Por último, é de salientar que são também realizadas reuniões semanais com a Equipa de Saúde que acompanha cada um dos utentes, onde se discutem a situação clínica de cada paciente. Mensalmente, é realizada uma reunião com a Equipa de Coordenação Local (ECL) com a finalidade de se abordar o trabalho desenvolvido pelas demais áreas existentes na Unidade.

Papel do Psicólogo

Toda a hospitalização acarreta alterações no comportamento emocional do paciente internado, devido à sua compreensão sobre a doença e às alterações da sua vida diária (Ribeiro, 2007).

Para Jeammet (1982), tanto a hospitalização como a doença, são um golpe na integridade do indivíduo, assim como um obstáculo à sua rotina, o que pode criar inseguranças, desgaste e stress emocional. A doença afeta as relações que o indivíduo mantém com o mundo ao seu redor e as interpretações que o mesmo faz dos acontecimentos (Botega, 2002).

Assim, a hospitalização acaba por trazer repercussões no estado emocional do indivíduo. O afastamento do meio ambiente, da rotina, do trabalho e da família, por si só já produz consequências marcantes (Cury, 2005).

O Psicólogo no contexto hospitalar, tem a função de melhorar a qualidade do cuidados e promover o bem-estar do paciente e, por sua vez à sua família, assim como prestar apoio à equipa de saúde, se necessário (Sebastiani & Chiatone,1991). Os mesmos autores referem que o Psicólogo, neste contexto, não está à procura de um diagnóstico, mas sim de uma visão global do paciente, ou seja como este está a reagir ao processo da doença, internamento e tratamento, tendo como principal objetivo procurar a visão do indivíduo como um todo. Campos (2003), argumenta que o Psicólogo neste contexto, deve ir ao encontro do paciente e deve também detetar quais os pacientes que devem ser acompanhados ao longo do internamento.

Segundo Alamy (2005), o Psicólogo deve observar os pacientes, os seus familiares e o comportamento das pessoas naquele contexto, informando-se do diagnóstico, do tratamento, da previsão do tempo de internamento, de forma a planear o seu atendimento psicológico, visto que na maioria das vezes, não será o paciente a pedir apoio psicológico, mas o Psicólogo à procura do paciente.

O Psicólogo, no hospital, atua também em situações de crise, uma vez que a pessoa internada passa pela adaptação e mudança do seu dia-a-dia, o que pode ter como consequências, regressões emocionais, dependência, negação da realidade, impotência, entre outros. O Psicólogo passa a ter a função de perceber e compreender o indivíduo, para ter uma visão do que se está a passar com o mesmo, ajudá-lo a enfrentar o difícil processo, e também ajudar a família e a equipa de saúde a perceber a pessoa internada (Mota, Martins & Vêras, 2006).

O Psicólogo, segundo Campos (1995), deve atuar de forma a aliviar o sofrimento do paciente, fazendo com que este fale de si próprio, da doença, da família, dos seus medos e fantasias. Desta forma, o acompanhamento psicológico proporciona o alívio emocional do paciente, sendo dada oportunidade ao mesmo para expressar as suas emoções, descobrir as melhores maneiras de lidar com a doença e o internamento, com o objetivo de minimizar o sofrimento.

Afirma ainda Campos (1995), se o objetivo do Psicólogo for reduzir o sofrimento do paciente originado pelo internamento e ajudar o paciente perceber e a compreender o processo da doença, o paciente sentir-se-á mais seguro, amparado e motivado. Para o mesmo autor, os pacientes que são esclarecidos sobre a sua doença e sobre a necessidade do seu internamento, tendem a ficar menos ansiosos, pois acabam por ser trabalhados os seus medos e as suas dúvidas.

Relativamente ao papel do Psicólogo na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Paredes, este inicialmente recorre a uma avaliação cognitiva e psicoemocional de cada utente de forma individual, utilizando para tal instrumentos psicométricos validados para a população portuguesa. Após os resultados obtidos, o Psicólogo traça um plano de intervenção. À data de alta de cada utente, é efetuada uma reavaliação, assim como o relatório, que será integrado na nota de alta.

Na admissão de cada utente é realizada uma primeira avaliação, com recurso à entrevista, observação clínica e instrumentos, de forma a verificar se existe necessidade, ou não, de intervenção. Os instrumentos de avaliação utilizados e protocolados pela UCC são o Mini - Mental State Examination (MMSE) de Folstein et al. em 1975 e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS) de Yesavage et al. em 1983, para a população idosa, ou o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) de A, Vaz Serra em 1995, para a população adulta de outras faixas etárias. Independentemente da condição clínica, o Mini Mental, é aplicado a todos os utentes que são admitidos na Unidade, independentemente da condição clínica (por exemplo, pacientes com afasia também são avaliados). Nestas situações, foi-nos solicitado a adaptação do Mini Mental, de forma que o utente afásico possa ser avaliado, tal como está protocolado.

No que diz respeito à intervenção psicológica, caso não seja necessária, o utente fica sob supervisão do estado cognitivo e emocional, sendo realizadas posteriormente reavaliações, de acordo com a duração do internamento, para verificar se o utente manteve o estado emocional e cognitivo inicial. Por outro lado, quando existe intervenção, o utente é reavaliado para certificar se este atingiu ou não os objetivos propostos inicialmente. No caso da Unidade de Convalescença, a reavaliação é realizada aos 15 dias e à data de alta. Já na Unidade de Média Duração, ocorre a cada 30 dias e à data de alta.

A avaliação é articulada com as informações recebidas pelos restantes elementos da equipa, com o objetivo de traçar um plano de intervenção individual. Num segundo momento é colocado em prática o plano elaborado, que pode ser reajustado de acordo com a evolução do utente. As sessões com os utentes têm a duração de 50 minutos, embora o horário seja flexível segundo as limitações físicas apresentadas pelos utentes.

A intervenção psicológica nesta Unidade tem como objetivo promover a estimulação cognitiva, de forma a minimizar os défices cognitivos apresentados, dotar os pacientes de estratégias de coping para lidar com a nova realidade (internamento), promovendo a adaptação ao contexto institucional, e neste sentido promovendo assim a interação social.

A abordagem utilizada neste trabalho foi a Psicoterapia Breve, devido à sua especificidade em trabalhar com aspetos circunscritos e com objetivos limitados, conferindo-lhe a possibilidade de realizar um processo com começo, meio e fim dentro de um tempo reduzido, trazendo benefícios tanto para os

pacientes quanto para os terapeutas em formação. Ao paciente, por obter o alívio desejado no pouco tempo que dispõe para o atendimento; ao terapeuta em formação, por trazer-lhe mais segurança na intervenção com a explicitação do foco e objetivo e a oportunidade de acompanhar o mesmo paciente ao longo do processo, possibilitando uma maior integração à prática na qual é aprendiz e o paciente por ele atendido (Santos, 1996).

Por último, é de referir que deve-se garantir também, o acompanhamento dos familiares dos utentes internados, de facto estes sempre que necessário devem ter a orientação por parte do Psicólogo, para que possam adquirir conhecimento e estratégias para a convivência diária com o paciente. No entanto este procedimento na Unidade é posto um pouco de parte.

Atividades de estágio

- ***Observação clínica***

A observação é a primeira fase do estágio, sendo considerada como o momento essencial para a integração na instituição. Esta etapa tem como objetivo geral observar toda a dinâmica institucional.

A observação é, assim uma componente principal para a intervenção no estágio pois com base nos dados obtidos é possível prosseguir para a elaboração de um plano de intervenção.

Neste seguimento, a observação clínica durante o estágio é essencial para a formação profissional, uma vez que nos possibilita um contacto direto com um contexto institucional que tem as suas próprias regras, modos de funcionamentos e dinâmicas, favorecendo assim uma reflexão entre a teoria e a prática.

De facto o contacto com a prática oferece-nos momentos de reflexão que acabam por determinar a construção de uma postura enquanto profissional da área.

- ***Participação em reuniões clínicas com a orientadora de estágio***

As reuniões do Serviço de Psicologia tinham como objetivos obter e facultar informação pertinente para delinear e debater possíveis estratégias de intervenção dos casos clínicos que estavam a ser alvo de avaliação e/ou intervenção.

- ***Reuniões de estágio com a supervisora***

As reuniões de estágio ocorriam semanalmente com a supervisora de estágio com o objetivo de apresentar e discutir casos clínicos que estava em acompanhamento. Para além desta atividade, foram propostas outras atividades pela supervisora, nomeadamente leitura de casos clínicos e trabalhos de

pesquisa, subordinados aos temas “AVC” e “Estratégias de comunicação com pacientes com Afasia”. Estes trabalhos foram organizados e entregues à supervisora e à orientadora do local de estágio.

- ***Trabalho sobre AVC***

No início de estágio foi proposto aos estagiários a realização de um trabalho sobre o AVC (anexo 1), visto que a população maioritariamente internada na Unidade eram indivíduos que sofreram sequelas de AVC e, para enriquecermos os nossos conhecimentos sobre esta área foi-nos proposto por parte da orientadora local e supervisora de estágio uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão. Após a realização desta pesquisa, foi proposto a apresentação do trabalho à supervisora de estágio. Neste estavam presentes definições sobre AVC, os tipos, fatores de risco e as possíveis sequelas desta problemática.

- ***Psicoeducação***

Durante o estágio foi elaborado um programa de formação direcionado para profissionais de saúde, intitulado: “Afásias” (anexo 2). Onde foi pedida a colaboração da UCC de Paredes, para divulgar a formação perante os profissionais de saúde da instituição.

A presente formação teve como objetivo apresentar estratégias de comunicação em indivíduos portadores de diferentes tipos de afasia. Para tal, aquando da formação, foram apresentadas primeiramente as diferentes afásias, começando pelo local da lesão, a sua definição e as principais características. Para que no final fosse possível apresentar estratégias aos profissionais de saúde de como comunicar com esta população.

É de salientar que esta formação não tinha um limite de participantes, uma vez que era aberta a todos os profissionais de saúde da instituição e era totalmente voluntária. A formação decorreu no dia 15 de Junho e teve uma duração média de 60 minutos.

- ***Alteração do MMSE para pacientes com afasia***

Durante o estágio tornou-se essencial fazer uma alteração do MMSE para pacientes com afasia (anexo 3), uma vez que fazia parte do protocolo da instituição a administração do MMSE a todos os pacientes no início do internamento, independentemente as sua condição clínica. Posto isto, foi importante primeiro perceber quais as características essenciais de cada tipo de afasia, para posteriormente arranjar estratégias, de forma a fazer as mesmas perguntas do MMSE, mas de uma maneira que esta população percebesse o que lhe estava a ser perguntado. No final, juntamente com os

outros estagiários, a orientadora local e a supervisora de estágio, foi possível fazer uma “adaptação” do MMSE, onde o objetivo do instrumento era o mesmo, assim como as áreas que este pretende avaliar.

É de salientar que todos pacientes afásicos eram avaliados com este instrumento alterado, independentemente do tipo da afasia (mesmo os pacientes com afasia global eram avaliados). Nem todos os pacientes com afasia deveriam ser avaliados, principalmente os pacientes com afasia global, uma vez que estes não compreendiam todas as instruções/perguntas do instrumento, nem conseguiam comunicar verbalmente. Com isto, os pacientes nestas condições também se mostravam ansiosos, por não conseguir perceber/realizar o que era dito e pedido. Mesmo com a aplicação deste instrumento nestes casos, os resultados não deveriam ser considerados válidos, visto que este instrumento não está validado. Na alteração do MMSE existiram algumas dificuldades, uma vez que há diferentes tipos de afasia e cada uma com características diferentes, mesmo os próprios pacientes tinham características diferentes tendo o mesmo tipo de afasia.

- ***Estimulação Cognitiva***

A cognição é descrita como consciência, percepção, raciocínio e julgamento crítico, visto que a evolução cognitiva cinge processos de percepção, atenção, ação, solução de problemas, memória e a formação de imagens mentais (Umphred, 2009).

Segundo Molina e Tarrés, (2004) as funções cognitivas estabelecem processos em que o indivíduo recebe, armazena e utiliza a informação da realidade assim como de si mesmo.

A noção do conceito “estimular” pondera o ato de instigar, ativar, encorajar e animar os indivíduos e na opinião de Zimerman (2000) é a melhor opção de reduzir os efeitos adversos do envelhecimento. Os programas de estimulação cognitiva têm como objetivo de precaver o declínio cognitivo global resultante das doenças progressivas neuro degenerativas (demências) (Nordon *et al*, 2009).

Segundo Magalhães, (2011 p. 15), “(...) qualquer programa que pretenda incrementar um envelhecimento ativo ou com êxito deverá prevenir a doença e a incapacidade associada, otimizar o funcionamento psicológico e em especial o funcionamento cognitivo, o ajuste físico e maximizar o compromisso com a vida, o que implica a participação social”.

Os programas de estimulação cognitiva têm como finalidade sustentar as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Caracterização dos Participantes

Para a realização do programa de estimulação foi selecionada uma amostra por conveniência, pelo facto de ser no local de estágio, na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Paredes. A população selecionada integra 17 pacientes, na unidade de média duração.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Apresentar défices cognitivos na avaliação inicial;
- Institucionalizados na UCC de média duração;

A UCC de média duração integra 17 pacientes, no entanto só foram selecionados sete pacientes pelos seguintes motivos: não apresentar défices cognitivos, não ser possível realizar a avaliação inicial, surdez e apresentar algum tipo de afasia.

Procedimentos

Após a recolha da informação da avaliação inicial (MMSE) procedeu-se a constituição do grupo de participantes, de acordo com os critérios de inclusão, resultando num grupo composto por 7 idosos. Posteriormente deu-se início ao programa de estimulação cognitiva, tendo em consideração os principais défices apresentados.

O próximo passo foi a implementação do programa de estimulação cognitiva e, posteriormente, os participantes seriam submetidos a uma avaliação com a aplicação do mesmo instrumento de avaliação utilizado na avaliação inicial. No entanto, este procedimento não foi possível ser realizado devido ao números de altas dos pacientes e mudanças de Unidades, o que fez com que os pacientes não ficassem até ao fim do programa para ser reavaliados, com o objetivo de verificar a eficácia do mesmo. Posto isto, o grupo selecionado para este programa tornou-se um grupo aberto, ou seja todos os pacientes da UCC de média duração puderam participar nas atividades propostas.

Programa de estimulação cognitiva

O programa de estimulação cognitiva (anexo 4) aplicado foi constituído por 12 sessões, uma vez por semana com a duração, aproximadamente de uma hora cada sessão por sessão. Iniciou-se no dia 19 de Março de 2015 e terminou no dia 04 de Junho de 2015.

Este programa contemplou diversas atividades nas quais visavam estimular as diferentes funções cognitivas, nomeadamente, a orientação espaço temporal, o raciocínio lógico e abstrato, a atenção e percepção (funções executivas) e a memória.

Os principais objetivos do programa foram:

- Promoção de um estilo de vida ativo;
- Desenvolvimento pessoal, favorecendo a criatividade do indivíduo;
- Aumentar a atividade cerebral;
- Retardar os efeitos da perda de memória e velocidade perceptiva;
- Prevenir o aparecimento de doenças degenerativas, nomeadamente demências;
- Desenvolver a capacidade para compreender e expressar ideias através de palavras;
- Reabilitação dos défices cognitivos.

- ***Avaliação Psicológica***

A avaliação psicológica é uma tarefa principal no exercício da Psicologia (Almeida, Simões & Gonçalves, 1995). Segundo Simões (1994) esta avaliação trata-se de um conjunto variado de métodos, que permitem o estudo de variáveis de essência psicológica. Segundo o mesmo autor a avaliação psicológica é, um procedimento de resolução de problemas, e um processo de julgamento clínico e de tomada de decisões.

De seguida é apresentado um quadro onde se listam um conjunto de avaliações levadas a cabo ao longo do estágio, sendo descritos ainda os respetivos instrumentos protocolados utilizados para as referentes avaliações (MMSE, GDS/IACLIDE) e os instrumentos que foram utilizados nos casos clínicos que serão apresentados mais à frente.

Tabela 1: Avaliações psicológicas realizadas

Nome/ Idade	Gênero	Motivo de Internamento	Unidade de Cuidados Continuados	Instrumentos Utilizados na Avaliação	Intervenção
M.S. (76)	Feminino	Fratura do Úmero	UMDR	MSSE; GDS	Não realizada
M.G. (91)	Feminino	Fratura de múltiplos arcos costais	UC	MSSE; GDS	Estimulação cognitiva; Acompanhamento Psicoemocional.
R.C. (46)	Masculino	Sequelas de TCE	UMDR	MSSE; GDS	Estimulação cognitiva;

					Acompanhamento Psicoemocional.
M.M. (79)	Feminina	PTA por coxartrose	UC	MMSE; GDS	Acompanhamento Psicoemocional.
A.F. (60)	Masculino	Pneumonia por Legionella	UC	MSSE; IACLIDE	Não realizada.
M.T. (87)	Feminino	Fratura do fêmur à esquerda	UC	MMSE; GDS	Estimulação cognitiva.
M.R. (75)	Feminino	AVC isquêmico	UC	MMSE; GDS	Estimulação cognitiva.
O.B. (42)	Masculino	Pancreatite aguda	UMDR	MMSE	Estimulação cognitiva.
M.M. (71)	Feminino	AVC isquêmico	UMDR	MMSE; GDS	Estimulação cognitiva; acompanhamento psicoemocional
P.H. (76)	Feminino	Fratura do L3 traumática	UC	MMSE; GDS	Não realizada.
M.D. (75)	Feminino	Fratura do fêmur	UC	MMSE; GDS	Não realizada.
P.S. (78)	Feminino	AVC isquêmico	UC	MMSE; GDS	Não realizada.
V.O. (69)	Masculino	Miopatia de desuso	UC	MMSE	Não realizada.
M.J. (93)	Masculino	Fratura do fêmur	UC	MMSE; GDS	Estimulação cognitiva.
J.F. (65)	Masculino	Sequelas de AVC	UMDR	MMSE; IACLIDE	Acompanhamento Psicoemocional.
M.C. (67)	Feminina	Pneumonia	UMDR	MMSE; IACLIDE	Acompanhamento Psicoemocional.

A.M. (89)	Masculino	Sequelas de oclusão intestinal	UC	MMSE; GDS	Não realizada.
A.M. (81)	Masculino	Sequelas de insuficiência respiratória	UC	MMSE; GDS	Estimulação cognitiva.
J.L. (66)	Masculino	Fratura do fémur	UC	MMSE; GDS	Não realizada.
M.O. (77)	Feminina	Fratura do fémur	UC	MMSE; GDS	Não realizada.
A.B. (83)	Masculino	Úlcera crónica	UMDR	MMSE; GDS	Estimulação cognitiva.

Caraterização dos instrumentos de avaliação

- Entrevista de Anamnese

Esta entrevista foi utilizada com o objetivo de recolher informações sobre a história de vida, uma vez que todos os aspetos/contextos da vida da paciente são de extrema importância para a compreensão do funcionamento humano.

- Mini - Mental State Examination (MMSE)

Este instrumento consiste numa mini – bateria que têm como objetivo avaliar o funcionamento cognitivo no adulto (com ou sem defeito cognitivo), tratando-se de uma medição breve, quantitativa e objetiva. Procura alterações cognitivas, calcula a severidade e a seguir a evolução dessa mudança com o passar do tempo (Rito, 2006).

O MSSE está dividido por diferentes provas de orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Quanto à parte classificativa, tem um conjunto de 30 perguntas, na qual, cada uma tem o valor de um ponto obtendo um total de 30 pontos e quanto mais alta for a pontuação, melhor é o estado mental do sujeito. Um score inferior a 23 implica que o indivíduo tenha um défice cognitivo (Folstein, M, Folstein, S. & McHugh, 1975).

No que diz respeito às qualidades psicométricas na validação desta escala para a população portuguesa foram inseridas alterações, para adaptação às especificidades da população. Entre muitos aspetos considerados, a taxa de analfabetismo da população portuguesa foi a que mais se destacou, sendo considerados por isso três scores possíveis a partir dos quais o indivíduo é considerado sem défice cognitivo, de acordo com o seu nível de escolaridade: Analfabetos, score maior que 15, do 1º ao 11º ano de escolaridade, score maior que 23, mais do que 11 anos de escolaridade, score maior que 27 pontos.

- *Escala de Depressão Geriátrica (GDS)*

A Escala de Depressão Geriátrica foi composta como medida de depressão em idosos (Brink, Yevage, Lum, Heersema, Adey, & Rose, 1982) (Yesavage, et al., 1983).

A escala apresenta 30 itens e foi desenvolvida num formato de autorresposta de dois pontos (sim/não). A aplicação da escala em questão demora entre 10 e 15 minutos. Tem sido traduzida para diversas línguas e sido propostas versões reduzidas de 15, 10 e 4 itens (Kieffer & Reese, 2002). A escala tem demonstrado boas propriedades psicométricas (Montorio & Izal, 1996). A pontuação global é calculada através das respostas obtidas e existem 3 graus de avaliação: a) 0-10: ausência de depressão; b) 11-20: depressão ligeira; c) 21-30: depressão grave. A utilização desta escala foi na versão portuguesa.

- *Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA)*

O *Montreal Cognitive Assessment* (Nasreddine et al., 2005) é um instrumento breve de rastreio cognitivo. Originalmente foi concebido para o rastreio do défice cognitivo ligeiro (DCL).

Este instrumento é prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal e adultos com défice cognitivo, mostrando-se útil também na avaliação do défice cognitivo, como do DCL.

O MoCA é constituído por uma página, sendo o tempo de aplicação de aproximadamente 10 minutos. Apresenta um manual onde são explicadas todas as instruções para a administração das provas, de modo objetivo e simples, assim como a cotação de todos os itens.

Este instrumento tem uma pontuação máxima de 30 (pontos), sendo a pontuação de 26 ou mais considerado normal. Avalia oito domínios cognitivos, tendo que contemplar diversas tarefas em cada domínio, de acordo com a sua estrutura (Nasreddine et al, 2005).

Comparado com o MMSE, o MoCA avalia mais áreas cognitivas e as provas apresentam um nível de maior complexidade. Por exemplo, a tarefa de memória do MoCA apresenta mais palavras e o tempo para a evocação é maior. No mesmo sentido, deve ser referenciada a presença de tarefas de avaliação das funções executivas, a maior exigência ao nível das aptidões linguísticas, do processamento visoespacial complexo, da atenção, concentração e memória de trabalho.

Por fim, o MoCA apresenta-se como um instrumento mais apropriado para a avaliação de défices mais ligeiros, sendo adequado para avaliar os défices cognitivos da população com escolaridade mais elevada. (Freitas, Simões & Santana, 2008; Nasreddine et al, 2005).

- *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*

O BSI é um inventário de autorresposta, constituído por 53 itens (Canavarro, 1999 cit in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008). Este inventário tem como objetivo avaliar os sintomas psicopatológicos. É constituído por nove dimensões e três índices globais: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, Psicoticismo, Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos (Canavarro, 1999 cit in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008). O BSI pode ser aplicado individualmente ou coletivamente (Canavarro, 1999 cit in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

Para obter as pontuações para as nove dimensões psicopatológicas, deverá somar-se os valores 0 – 4, obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida deverá de seguida ser dividida pelo número de itens pertencentes à dimensão respetiva (Idem). O cálculo dos três índices globais deverá ser realizado da seguinte forma: Índice Geral de Sintomas (deverá somar-se as pontuações de todos os itens, e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas), Total de Sintomas Positivos (obtem-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva) e Índice de Sintomas Positivos (calcula-se dividindo o somatório de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos) (Canavarro, 1999 cit in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

A sua tradução, adaptação cultural e validação foi realizada por Canavarro, tendo sido utilizadas duas amostras para a validação do BSI, sendo 1 constituída por 404 elementos da população em geral e a amostra 2 foi constituída por 147 indivíduos perturbados emocionalmente (Idem). Em relação aos resultados obtidos, concluiu-se que esta escala apresenta bons níveis relativamente a consistência interna (Idem).

Ao nível da validade discriminativa, verificou-se que de forma geral é estatisticamente significativa, existindo diferenças significativas entre os dois grupos, comprovado pelo Lambda de Wilks (Idem). Foi permitido assim classificar corretamente as pessoas no seu grupo (92,51% dos 147 indivíduos perturbados emocionalmente e 99,75% dos 404 indivíduos pertencentes à população em geral) (Canavarro, 1999 cit in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

- *Escala de Inteligência Wechsler para Adultos WAIS-III*

O WAIS-III tem por objetivo investigar o desempenho intelectual de adolescentes (a partir dos 16 anos) e adultos (Wechsler, 1997).

Desta forma, atualmente, a escala é composta de 14 sub-testes, estando agrupados em dois conjuntos, com sete sub-testes cada: Verbal (vocabulário, semelhanças, aritmética, dígitos, Informação, compreensão e sequência de números e letras) e de Execução (completar figuras, códigos, cubos, raciocínio matricial, arranjo de figuras, procurar símbolos e armar objetos). A aplicação do teste é individual e exige que o profissional seja altamente qualificado tanto para a aplicação quanto a correção. O tempo de aplicação da WAIS-III é em média cerca de 90 minutos, uma vez que nem todos os itens são aplicados obrigatoriamente. Os procedimentos de aplicação, pontuação, registros e interpretação dos resultados estão explicados no manual do instrumento.

Além do QI tradicional, o WAIS-III passa a apresentar a possibilidade de sintetizar os resultados em quatro índices Fatoriais, que são medidas de domínios mais discretos e que foram incluídas após inúmeras investigações acerca da estrutura fatorial do referido instrumento. Desta forma, o WAIS-III apresenta os três scores: QI Verbal, Execução e Total, como também quatro Índices Fatoriais - Compreensão Verbal, Organização Percetual, Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento (Wechsler, 1997; Nascimento, 2005).

Para se obter tanto os resultados do QI quanto dos Índices Fatoriais deve-se aplicar todos os 13 sub-testes. A obtenção dos resultados em Índices Fatoriais segue o mesmo procedimento adotado para a obtenção dos resultados em QI. Ou seja, os resultados ponderados dos sub-testes que compõem os respectivos Índices Fatoriais são convertidos para uma escala normalizada com média de 100 e um desvio padrão de 15 (Wechsler, 1997).

- *Inventário de Avaliação Clínica de Depressão (IACLIDE)*

A autoria da versão original deste instrumento é A, Vaz Serra, 1995. Este permite detetar a presença e a gravidade de um quadro depressivo. É um questionário de autorresposta com 23 itens a que se responde numa escala ordinal de 5 posições, entre "0" e "4", avaliando perturbações de quatro tipos: biológico (itens 13, 15, 6, 3, 11, 8), cognitivo (itens 1, 17, 12, 9, 5, 16, 10, 19, 18, 7), interpessoais (itens 2, 4, 14), e desempenho da tarefa (itens 22, 20, 23, 21). Estas dimensões significam a relação que o indivíduo estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho. Para além destas 4 dimensões, a escala fornece-nos ainda 5 fatores: O fator 1 corresponde à dificuldade do desempenho da tarefa associada a queixas biológicas e cognitivas, associadas à clássica depressão endógena (Itens 22, 20, 13, 15, 23, 6, 1, 17). O fator 2 reflete uma personalidade obsessiva subjacente, pronta a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo sintomas cognitivos em que está patente uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio (Itens 12, 17, 9, 21, 5, 16, 10, 2). O fator 3 reúne elementos da constelação suicida (Itens 19, 18, 7, 10) O fator 4 corresponde a sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa em que há uma marcada instabilidade emocional e dependência dos outros (Itens 3, 4, 2, 14). Finalmente, o fator 5 reúne os dois tipos de transtornos do sono que o inventário regista (Itens 11, 8).

O IACLIDE foi criado a partir de uma amostra de 340 deprimidos, tendo o resultado da correlação "par/ímpar" de .854 e o coeficiente de Spearman-Brown de .920, traduzindo uma boa consistência interna. Apresentou um coeficiente de validação concorrente de .717 com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck, aferida em 1973 por Vaz Serra e Pio de Abreu. O ponto de corte entre normais e deprimidos correspondeu à nota global de 20 do IACLIDE, sendo considerada depressão leve se a baliza de valores for entre 20 a 34, depressão moderada entre 35 e 52 e depressão grave acima do valor 53. O grau leve significa que o indivíduo é perturbado pelos sintomas com alguma dificuldade em continuar o seu trabalho e atividades sociais usuais mas que, provavelmente, não deixa de funcionar completamente. Por outro lado, o grau moderado indica que o indivíduo tem usualmente uma dificuldade considerável em continuar com as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas. O grau grave indica que o doente se sente incapaz, a não ser de forma muito limitada, em continuar com as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas. Este inventário permite-nos atingir um Alpha de Cronbach de 0.89.

- *Bateria de Avaliação Frontal (FAB)*

A FAB de Dubois et al., 2000 é uma ferramenta de rastreio cognitivo (Cunha & Novaes, 2004; Moura, 2008). A sua administração pode ser feita em aproximadamente 10 minutos, por um profissional da área (Apollinio et al., 2005).

É composta por seis sub-testes, que possibilitam explorar domínios relacionados com os lobos frontais como: conceptualização, flexibilidade mental, programação, sensibilidade à interferência controle inibitório e autonomia ambiental (Apollinio et al., 2005).

Cada sub-teste tem uma pontuação de 0 a 3, com o total entre 0 e 18 valores (Dubois et al., 2000; Lima et al., 2008; Oguro et al., 2006; Matsui et al., 2006) indicando a presença ou não de uma disfunção executiva, assim como a sua gravidade (Lima et al., 2008).

Segundo Dubois et al. (2000), a FAB apresenta boas propriedades psicométricas, permitindo discriminar entre controlos normais e pacientes com diferentes doenças neuro degenerativas; tem boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,78); boa confiabilidade interobservadores; boa validade convergente [FAB relacionado com o Mattis Dementia Rating Scale ($r = 0,82$) e com Wisconsin Card Sorting Test ($r = 0,77$)].

Segundo o mesmo autor, a validade discriminante é também considerada boa, podendo distinguir doentes com problemas neuro degenerativos de normais; doentes com demência frontotemporal de doentes com doença de Alzheimer; doentes com demência de Alzheimer de doentes com demência vascular e doentes normais.

A pontuação da FAB correlaciona-se com a escolaridade e com o MMSE (Apollinio et al., 2005; Beato et al., 2007) e com a idade (Apollinio et al., 2005).

O estudo normativo português (Lima et al., 2008) envolveu uma amostra de 122 sujeitos dos 20 aos 81 anos. Os autores estabeleceram os dados normativos para a população saudável, e para a população não saudável (Parkinson) tendo sido obtido um valor médio de 15,14 (DP = $\pm 2,43$). Os resultados foram apresentados em médias e desvios-padrão de acordo com a idade e com a escolaridade. O valor inferior a 12 tem sido considerado como representativo para avaliar a existência de disfunção frontal (Slachevsky et al., 2004; Bugalho, 2008).

Apresentação Clínica de estudo de Caso

Introdução

Das avaliações realizadas, foram escolhidos dois casos clínicos para uma apresentação mais aprofundada.

Neste subcapítulo serão evidenciados os aspetos mais relevantes no que respeita aos dois casos clínicos. Relativamente ao primeiro caso, neste na primeira fase será realizada uma breve anamnese, posteriormente à história pessoal e clínica, segue-se a avaliação realizada em contexto de acompanhamento psicológico, por fim, ressaltam-se as hipóteses diagnósticas, análise compreensiva do caso e uma proposta de intervenção psicológica. Já o segundo caso será exposto em formato de relatório de avaliação psicológica, onde dividido em história clínica, processo de avaliação, resultados e interpretação dos resultados.

O primeiro caso foi acompanhado de 03 de Fevereiro até 15 de Março, já o segundo caso foi seguido de 29 de Dezembro até 27 de Janeiro. Este último caso foi acompanhado por dois estagiários devido ao historial problemático do paciente.

É de salientar que os nomes de cada caso não serão expostos, de forma a salvaguardar a verdadeira identidade dos pacientes.

Estudo de caso I (G.)

Identificação

G. é do sexo feminino, de 84 anos, raça caucasiana, viúva, com o 1º ciclo de escolarização e nível socioeconómico médio.

Motivo do Internamento

Admitida na Unidade de Convalescença, devido a perfuração do intestino por corpo estranho, apresentando como antecedentes hipertensão arterial, diabetes e Parkinson.

Motivo da consulta

Avaliação do estado cognitivo e emocional.

História de vida

G. de 84 anos nasceu na área metropolitana do Porto, residindo na área até à data. Andou na escola até o 4º ano de escolaridade. Na altura refere que os seus amigos eram os da sua turma. Refere-se a esse tempo como uma fase feliz, devido à inocência que não lhe permitia saber o que era a vida,

não existindo obstáculos que teriam que ser ultrapassados para sobreviver. No entanto, diz que até à morte do marido teve uma vida feliz e que “não a trocava por outra” (sic).

Saiu cedo da escola, mas logo que saiu começou a ajudar a mãe nos terrenos que tinham, ajudando-a a cultivar.

Quanto ao seu agregado familiar, viveu com os pais e irmãos (dois irmãos) até aos seus 20 anos, depois mudou-se de casa, onde foi viver com o seu marido, contudo permaneceu na mesma cidade. Diz sentir saudades das festas e dos bons momentos que passava com os irmãos. O pai era funcionário público e considera-o um excelente pai, muito presente e sempre atento às necessidades e problemas dos filhos, apesar de trabalhar muito e estar pouco tempo com eles.

A mãe era doméstica, tomava conta da casa e dos filhos. G. realça que a mãe era uma pessoa com um pensamento muito moderno e como tal, não era rígida nem severa com os filhos ao contrário do pai, que era autoritário, severo e rígido, contudo os dois insistiam na questão de um bom emprego e das boas maneiras. Ao falar da mãe nota-se em G. uma expressão facial muito fechada e um olhar triste.

É de salientar o facto de a sua família estar “marcada” pela doença oncológica: o seu pai, dois tios e dois primos morreram devido ao cancro, como tal, conhece bem a doença e o sofrimento que lhe está subjacente. Não tem conhecimento que haja na sua família pessoas com perturbações mentais.

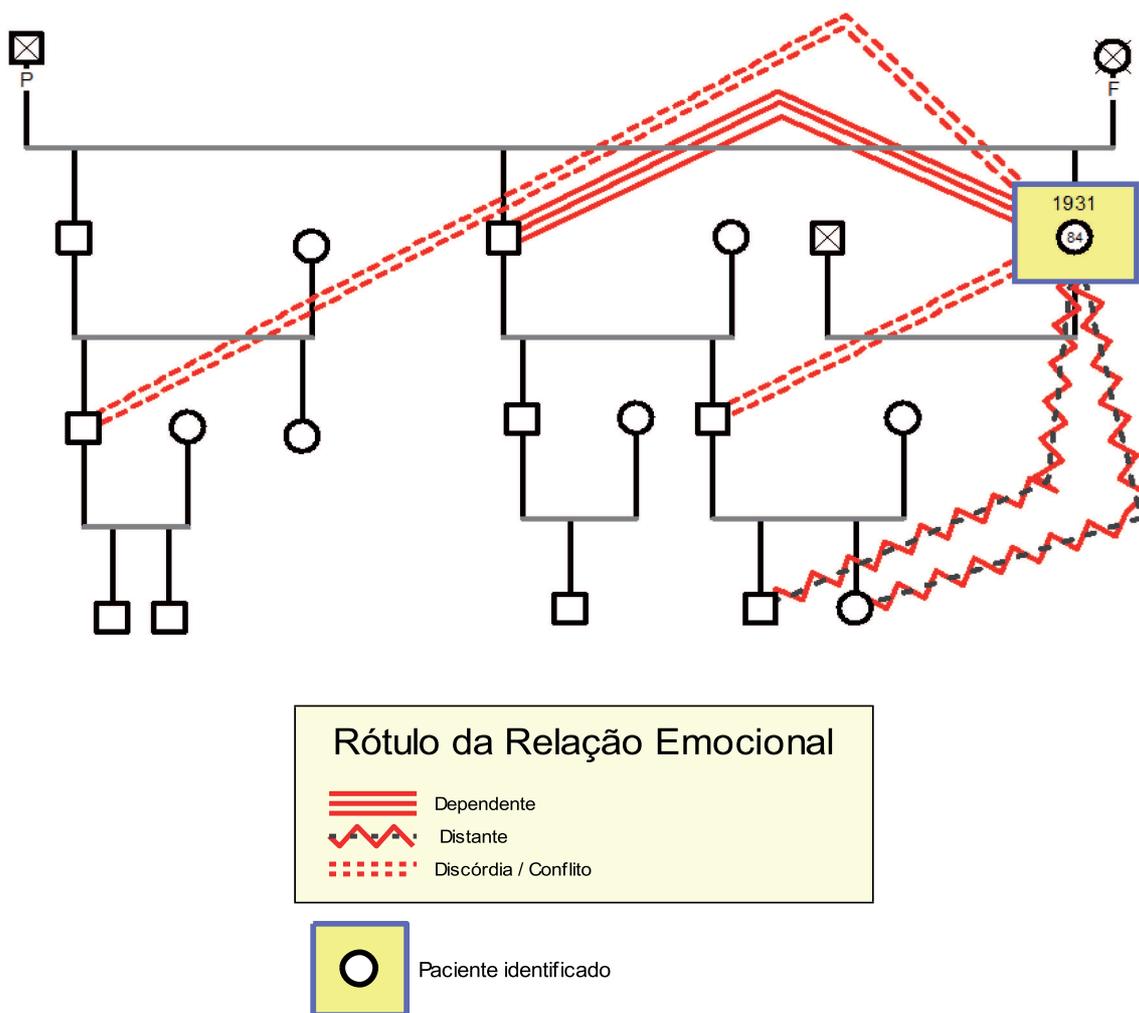


Figura 1-Genograma de G.

Pouco sabe da sua história desenvolvimental, apenas que foi uma bebé com um desenvolvimento infantil normal. Afirma que os seus estudos nunca foram afetados por qualquer contratempo, sempre foi uma aluna empenhada e com boas notas. Conta que a sua adolescência foi a maior parte a trabalhar com a mãe, que não tinha muito descanso, no entanto ainda tinha algum tempo para ir às festas da sua terra, na companhia dos seus irmãos, onde refere que foram momentos muito divertidos da sua vida. Diz que não teve muitos namorados, e o oficial, que chegou a apresentar aos seus pais, tornou-se posteriormente seu marido. Relativamente aos seus amigos, estes eram os seus vizinhos, pois eram as pessoas que mantinha mais contacto.

Mais tarde já em adulta, conseguiu entrar para os correios (CTT), onde ficou como empregada de balcão, permanecendo lá até à idade de reforma. Casou por volta dos seus 20 anos, e diz ter sido um dos dias mais felizes da sua vida. Refere que nunca teve grandes problemas com o seu companheiro, apenas algumas discussões de casal, resolvendo sempre as suas divergências. Relativamente a ser mãe, esta

apenas disse que não tinha filhos, não mostrando vontade para explicar o motivo pelo qual não os teve, no entanto deu a entender que o motivo foi problemas de saúde. Mas conta que tratou os seus sobrinhos como filhos, dando-lhes tudo que eles precisavam, uma vez que os pais eram carenciados financeiramente.

Após a morte do seu marido, G. ficou desiludida com os sobrinhos, pois estes não lhe deram a atenção que gostaria de ter, acabando por ficar a viver sozinha. Após este período, G. começou a ter conflitos graves com os seus sobrinhos, chegando mesmo a dizer que estes a roubaram e que a viam como “fonte de rendimento” (sic).

G. refere a sua fase de adultez como “período de aprendizagem para a vida” (sic), diz que foi nesta fase que se tornou independente e que começou a ver qual era “a lei da vida” (sic).

Atualmente, tem alguns cuidados com a alimentação, devido a alguns problemas de saúde (diabetes, hipertensão arterial), esta, por sua vez, é à base de sopa, grelhados e frutas. No âmbito da perturbação do sono, esta recorre à medicação para dormir.

Relativamente ao historial de problemas de saúde, G. nunca teve grandes problemas de saúde, e os que teve foram agora na transição da idade adulta para a velhice.

Neste momento, mostra-se desmotivada perante a vida, pois segundo a utente já está na “fase terminal...já não tenho objetivos de vida” (sic) e com os problemas de saúde que apresenta, já não consegue ser independente, logo para a mesma “a vida já não faz sentido” (sic).

Durante a entrevista, G. mostrou-se à vontade e cooperante, não tendo qualquer problema em falar de si. À medida que as perguntas iam sendo feitas a utente encadeava-as com temas que a própria queria abordar, contudo, mostrou-se muita estática, não mantendo contacto ocular. Não foram registados comportamentos anormais.

Processo de avaliação psicológica

Para a avaliação foram utilizados os instrumentos protocolados, ou seja, o MMSE, a GDS e ainda a Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA).

Numa primeira fase e, uma vez que faz parte do protocolo da instituição, foi utilizado o MMSE (anexo 5) e a GDS (anexo 6), para além de estes mesmos instrumentos estarem adequados à idade da paciente. Posteriormente, foi utilizado o MoCA (anexo 7), por necessidade de avaliar novamente o estado cognitivo, visto que a paciente mostrou alterações cognitivas significativas, motivando a reavaliação cognitiva.

Na 1ª sessão o objetivo foi recolher dados para preencher a folha de Psicologia Clínica, enquadrada no processo individual de G. e a avaliação cognitiva da mesma. Para a recolha de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada, já para a avaliação foi aplicado o MMSE. Aquando da avaliação, G. encontrava-se orientada auto e alo psiquicamente e consciente das suas limitações, mas sem conhecimento do seu diagnóstico, não sabendo explicar o que lhe aconteceu, pois esta refere que não lhe foi dito, nem explicado, o seu diagnóstico.

No que se refere a avaliação cognitiva, G. não apresentou défices clinicamente significativos, tendo uma pontuação de 28 valores no MMSE. Mostrou, contudo uma ligeira dificuldade ao nível da evocação espontânea e nas praxias viso-construtivas, podendo estas últimas resultar da co morbilidade com a doença de Parkinson. Manteve um discurso organizado e expressivo.

Psicoemocionalmente manifestou humor disfórico, com choro fácil e alguns períodos de agitação e maior ansiedade, diretamente relacionados com o tema da morte do marido e as divergências com dois dos seus sobrinhos.

Nesta sessão foram abordados assuntos como relações familiares e sociais, percurso académico e escolar. Contudo, notou-se por parte de G. que esta estava com necessidade de falar mais das relações familiares, principalmente na má relação que existia entre a mesma e os seus sobrinhos, chegando a condena-los pelas suas atitudes. G. refere não perceber como estes a tratavam com um certo rancor, acabando por a ver como uma fonte de rendimento. G. refere ainda que lhes deu tudo que eles necessitavam tratando-os como filhos, não compreendendo assim os comportamentos por parte deles. Observei que G. estava num período complicado na sua vida, uma vez que a sua rede familiar e social era muito reduzida, a própria referiu sentir-se sozinha, sem ninguém para a ajudar a ultrapassar as suas dificuldades e no que ela mais necessitava. Chegou a narrar um episódio, em que passou fome durante uns dias sem ter ninguém para a ajudar.

Na segunda sessão o objetivo foi a recolha de dados mais aprofundada, sobre a história de vida, onde foi utilizada, mais uma vez, uma entrevista semiestruturada e a avaliação psicoemocional de G., que para tal foi aplicado a GDS, tendo obtido uma pontuação total de 17 valores, indicativos de uma depressão ligeira, visto que a partir de 11 valores já é considerado depressão.

Mais uma vez, revelou-se colaborante, comunicativa e motivada para a reabilitação física.

Com o decorrer do internamento (3ª sessão), verificou-se um declínio do seu estado cognitivo, com a utente apresentar períodos de desorientação e confusão. Por vezes, apresentava um discurso confuso, incoerente, sendo difícil de acompanhar o seu raciocínio. Contudo, este desencadeava-se em

redor das divergências que tinha com os seus sobrinhos e sobre uma suposta violação por parte de um enfermeiro, aquando do internamento no hospital anterior.

Nesta sessão G. apresentou alguns períodos de agressividade, períodos estes referidos por parte da restante equipa multidisciplinar. Notou-se também um agravamento da postura corporal, da paciente, sentada e em pé, passando de uma movimentação de canadianas para cadeira de rodas. Recusou várias vezes a alimentação e a administração terapêutica.

Quase no final do internamento (4ª sessão), constatou-se um novo agravamento do estado cognitivo da utente, apresentando um quadro de confusão e agitação permanente.

Tendo em conta estas alterações, procedeu-se a reavaliação da utente, recorrendo ao MOCA. De acordo com os resultados, aquando da avaliação a utente encontrava-se orientada quanto à pessoa, parcialmente orientada no tempo e desorientada no espaço. Apresentou défices ao nível das funções executivas, da capacidade viso-espacial, evocação diferida, atenção, concentração e memória de trabalho. Estas dificuldades traduzem-se num défice cognitivo ligeiro, com uma pontuação de 12 valores.

Após esta reavaliação, na 5ª sessão, a utente apresentou um declínio abrupto do funcionamento cognitivo, considerando-se a hipótese de se tratar de um quadro de delirium.

Foi realizada uma investigação de causa orgânica, sendo o resultado negativo.

À data de alta, a utente encontrava-se confusa, desorientada no tempo e no espaço. Manteve os défices descritos anteriormente. Conservava humor disfórico, revelando-se pouco colaborante e com motivação condicionada pelo estado de confusão apresentado.

Hipóteses diagnósticas

- Delirium
- Perturbação de Humor – Episódio Depressivo Major

Conceptualização do caso clínico

A avaliação realizada e, conseqüente, o diagnóstico levam-nos a inferir uma análise desses resultados.

A formulação conceptual do presente caso pressupõe que o problema apresentado esteja relacionado com diversos aspetos da história de vida, passada e presente, da paciente. Esses aspetos permitem uma melhor compreensão do caso em si e justificam os problemas clínicos apresentados.

Num primeiro contacto com G. ressaltam-se sintomas como choro fácil, olhar abatido, pensamentos negativos e humor disfórico que, juntamente com alguns aspetos da história de vida como

a rede de suporte social e familiar reduzida, conflitos familiares e morte do marido, leva-nos à possibilidade do diagnóstico de uma Perturbação de Humor (Depressão Major). No entanto, esta perturbação não pode ser confirmada, pois não houve tempo suficiente para concluir que G. apresenta este quadro clínico. Posto isto, o Episódio Depressivo Major é caracterizado por: redução do humor, falta de prazer, pensamentos negativos, redução da energia e diminuição do funcionamento social e profissional. Relativamente ao aspeto de G. o vestuário e aparência estavam negligenciados, o olhar era dirigido para baixo/chão, cantos da boca para baixo, ombros descaídos e os movimentos estavam reduzidos. G. apresentava ideias de desespero, muitas vezes acompanhadas por pensamentos de que a vida não vale mais a pena e de que a morte seria um alívio/libertação. Falta de interesse e de prazer (anedonia) era frequente, não mostrava entusiasmo por atividades, não sente prazer de viver, frequentemente recusava encontrar-se com os outros pacientes da Unidade e houve uma redução da energia. Foi também observado por parte de G. uma lentificação psico-motora, falava e movia-se de forma lenta, lentidão do pensamento, agitação, ansiedade e irritabilidade eram frequentes.

Com o agravamento do internamento, G. apresentou um quadro clínico de Delirium. O "Delirium, também conhecido como estado confusional agudo é uma alteração cognitiva definida por início agudo, curso flutuante, distúrbios da consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento. É a condição cada vez mais comum entre pacientes hospitalizados e acomete preferencialmente, pacientes idosos e debilitados" (Lôbo, Silva Filho, Lima, Ferriolli, & Moriguti, 2010, pp.249).

Tabela 2- Critérios de diagnóstico para delirium segundo DSM-IV-TR

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA DELIRIUM SEGUNDO DSM-IV-TR

A.	Perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com redução da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou mudar a atenção.
B.	Uma alteração na cognição (tal como défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de perturbação da percepção que não possa ser atribuída a uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.
C.	A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo (em geral de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia.
D.	Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é causada por consequências fisiológicas diretas de condição médica geral.

Nota para a codificação: se o delirium está sobreposto à demência preexistente do tipo Alzheimer ou demência vascular, indicar o delirium codificando o subtipo apropriado de demência, por exemplo 290.3 demência do tipo Alzheimer, com início tardio, com delirium.

Nota para a codificação: incluir o nome da condição médica geral no eixo I, por exemplo 293.0 delirium devido à encefalopatia hepática; codificar também a condição médica geral no eixo III.

Posto isto, G. apresenta a maior parte das características de diagnóstico de Delirium, nomeadamente, a paciente estava confusa e desorientada no tempo e espaço, perdas na capacidade de concentração, alterações de memória recente, distúrbios da percepção, onde G. imaginava que toda a gente no hospital lhe queriam fazer algo de mal, estava mais sonolenta e tinha alucinações simples.

Segundo Povinelli, Dib, Miethke & Souza (2008), existem múltiplos fatores para o quadro de Delirium, como por exemplo: a idade é um dos principais fatores de risco associado ao delirium. Indivíduos idosos são mais vulneráveis, principalmente indivíduos com mais de 80 anos. Doenças neurológicas (Parkinson, acidente vascular cerebral (avc) ou Alzheimer), internamento hospitalar, uso de vários medicamentos, stress emocional, pouca mobilidade, deficiência visual ou auditiva, doenças crónicas avançadas e abstinência de álcool ou drogas. Conforme estes fatores, podemos concluir que G. apresentava uma idade superior a 80 anos, tem a doença de Parkinson, mostrava-se emocionalmente stressada devido aos conflitos familiares e a perda relativamente recente do marido, estava num processo de internamento e, por último, apresentava pouca mobilidade, estando limitada à cadeira de rodas. Segundo estas observações pode-se referir que G. estava exposta a vários fatores de risco.

É de salientar que segundo Lustosa (2007), uma estrutura familiar sólida e saudável garante ao idoso um lugar com papel ativo e participativo, o qual todos os seres humanos necessitam para uma existência plena e saudável. Isto pode facilitar o idoso a refazer o mapeamento de suas relações familiares e convivência social, garantindo-lhe qualidade de vida fundamental nesta etapa. Contudo, G. não tem suporte familiar nem social estando segundo ela sozinha no mundo, visto que esta não teve filhos e tem conflitos graves com os seus sobrinhos, os únicos que fazem parte da sua rede família próxima. A nível social, G. tem poucos amigos, e os que tinha eram os seus vizinhos mais próximos, de momento apenas tem dois amigos vizinhos com quem pode conversar, não estando estes sempre disponíveis devido ao emprego e à família. A idosa sempre foi muito reservada, mantendo-se no seu canto, contudo, agora quando precisa de alguém para estar mais perto dela esta não tem suporte.

Aquando da avaliação efetuada a paciente estava num período complicado que poderá ter influenciado o seu estado emocional. Ou seja, o marido tinha falecido há pouco tempo, após esta perda,

a paciente ficou sem apoio familiar, pois os sobrinhos deixaram de a visitar, e ainda tinha uma rede de suporte social reduzida. Para piorar a situação, G. apresentou problemas de saúde e teve que ser internada.

Por fim, é de referir que será suposto o quadro de Delirium desaparecer após a paciente ter alta e voltar ao seu meio ambiente natural, logo deve-se ter em consideração a possibilidade de esta desenvolver uma Perturbação de Humor (depressão), visto que já apresenta alguns sintomas (mencionados anteriormente). Há que ressaltar que a paciente não tem retaguarda familiar (perceção da própria) e é dependente de todos os seus autocuidados.

Proposta de Intervenção Psicológica

Tendo em conta as informações acima recolhidas, foi elaborado uma proposta de intervenção, visto que não houve oportunidade de realizar uma intervenção mais estruturada, ou seja não houve tempo para intervir com a paciente. Para tal, a intervenção apresentada seguidamente, seria uma possível intervenção neste caso em questão. Esta intervenção irá incidir sobretudo na redução e/ou eliminação de aspetos que interferiam com o nível de bem-estar da paciente.

Um dos objetivos iniciais da intervenção é o desenvolvimento de uma relação terapêutica com base na confiança e empatia. De seguida serão apresentados os objetivos gerais da intervenção proposta e, posteriormente, os objetivos específicos e/ou estratégias.

Como objetivos de intervenção definiram-se os que se seguem: promover uma boa adaptação face ao processo de internamento; orientação espaço temporal; promover a assimilação da realidade; diminuição dos sentimentos depressivos; combater o isolamento social; trabalhar o embotamento afetivo e promover a motivação para a participação nas diversas atividades (ocupação pessoal).

Esta intervenção pode ser dividida em quatro fases: fase inicial, em que o objetivo é desenvolver a relação terapêutica; fase do delirium (proporcionar a orientação espaço temporal e o encontro com a realidade); fase depressiva (reduzir os sintomas depressivos) e, por último, a fase do término do acompanhamento.

Fossi & Guareschi (2004, p.31) afirmam que “ (...) em alguns casos, somente a ajuda médica não basta para o tratamento ser bem-sucedido: o ser humano é muito mais que um corpo físico, e assim, o atendimento integral à saúde é indiscutível. Portanto, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente.”

Na primeira fase da intervenção, o objetivo é desenvolver a relação terapêutica, isto porque a relação terapêutica é uma das mais importantes variáveis que compõem um processo terapêutico. Na opinião de Velasco e Cirino (2002), a relação terapêutica é um fator de influência positiva quando o psicólogo tem uma participação efetiva na intervenção, no sentido que se for desenvolvido uma relação terapêutica positiva, o cliente sente-se confortável para fornecer as informações necessárias para o processo terapêutico.

Na intervenção terapêutica o psicólogo precisa de estabelecer um clima de confiança com o paciente, mostrando que o compreende e aceita. Os dois estão a trabalhar juntos, para tentar resolver as problemáticas trazidas pelo paciente. O terapeuta deve dispor de meios de suporte para ajudar o paciente.

Fatores como empatia, cordialidade, permissividade, autenticidade e aceitação incondicional, são consideradas condições essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica, facilitando assim a ocorrência de mudança de comportamento desadaptativo (Corey, 1983).

Na segunda fase, o objetivo é promover uma boa adaptação face ao processo de internamento, orientar a G. no espaço e tempo e, promover a assimilação, por parte do paciente, da realidade. No momento do internamento, muitos pacientes, mostram-se fragilizados emocionalmente revivendo assim, episódios anteriores ao internamento, necessitando de um acolhimento psicológico (Oliveira, 2011). Nesta fase, o papel do psicólogo é de acolher e validar o sofrimento trazido pela paciente, ou seja, o objetivo terapêutico é de priorizar o acolhimento e o suporte psicológico. Aceitar o sentimento vivido pela paciente, pode trazer um efeito tranquilizante, diminuindo assim, a ansiedade e favorecendo o vínculo.

Para resolver a desorientação espacial e temporal da paciente, introduzir a realidade de forma repentina pode ser intrusivo, podendo agravar o estado confusional e provocar ansiedade. Posto isto, deve-se procurar introduzir a realidade de forma gradual, para que a paciente comece a ficar orientada no tempo e espaço. Nem sempre o paciente assimilará de forma adequada a realidade apresentada pelo psicólogo. Contudo, deve-se optar por essa abordagem mais subtil, preservando o equilíbrio psíquico do paciente.

Existem algumas medidas que podem ajudar neste processo como a "flexibilização do horário de visitas para permitir maior interação com familiares e amigos, o uso de relógios e calendários no ambiente para permitir uma maior orientação de tempo, além de redução de ruídos e iluminação noturna com o objetivo de aumentar o conforto do paciente. É importante lembrar que a comunicação clara deve ser priorizada" (Pessoa & Nácul, 2006, p. 193).

A intervenção do psicólogo, nesta fase, deve passar também pela equipa multidisciplinar e pelos cuidadores da paciente. Relativamente à equipa, é necessário que o psicólogo lhes dê informação sobre a paciente, como, por exemplo, o grau de orientação no tempo e espaço e a compreensão do discurso. Já aos cuidadores, o psicólogo deve lidar com a angústia que muitas vezes é desencadeada pela perceção da desorientação da paciente. Para além de serem orientados sobre o quadro clínico do mesmo, assim como uma ideia geral da possível intervenção. Seria também importante quando falar com os familiares sobre os problemas da paciente, falar com os mesmos, principalmente com os sobrinhos, de forma a aferir a veracidade das queixas apresentadas pela doente (roubos por parte dos sobrinhos), com o objetivo de sanar problemas familiares, com vista ao aumento do suporte familiar.

De uma forma geral, o papel do psicólogo é ajudar a paciente, dando-lhe suporte neste período de crise para que esta experiência seja o menos traumática possível.

Estas estratégias interventivas têm como finalidade proporcionar conforto, acolhimento e retomada gradual, do contacto do paciente com a realidade, uma vez que, intervenções mais elaboradas neste momento não teriam efeito, visto que a paciente está debilitada e incapacitada cognitivamente de compreender discursos elaborados.

Após o quadro clínico ter sido resolvido, o psicólogo deve auxiliar a paciente a compreender as experiências bizarras que ocorreram durante o período de delirium. Por exemplo, a paciente quando estava no estado confusional, dizia que estava na prisão, que andavam a persegui-la e que as pessoas naquele sítio só lhe queriam fazer mal. Segundo Pessoa & Nácul (2006), muitos pacientes, ao recordar o período de *delirium*, ficam relutantes em discutir as suas experiências. Uma pequena explicação sobre o quadro clínico, *torna-se* suficiente para reduzir a morbilidade pós-traumática.

Na penúltima fase, o objetivo é reduzir o sofrimento psíquico causado por sintomas relacionados com a perturbação de humor, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral da paciente e garantir uma melhor qualidade de vida.

Na depressão, têm sido utilizadas intervenções de curta duração, predominantemente focais, mais centradas na resolução de problemas específicos e menos na pessoa como um todo.

A intervenção, nesta fase, passa inicialmente pela identificação de fatores que estão a desencadear os sintomas depressivos. Assim, é pertinente verificar se a paciente possui alguma doença clínica que esteja relacionada com a depressão e observar se o uso de algum medicamento não estará no surgimento desses sintomas. O próximo passo é identificar os aspetos de natureza psicológica e psicossocial, como por exemplo lutos, isolamento social, abandono, entre outros, que tendem a desenvolver sintomas depressivos.

Deve-se ter em atenção os fatores responsáveis, direta ou indiretamente, pelas dificuldades enfrentadas nessa fase da vida da paciente, como pressões e preconceitos sociais, doenças crônicas, a aposentadoria, conflitos familiares, viuvez e perda de autonomia. Os sintomas depressivos apresentados pela paciente estão relacionados principalmente com as dificuldades em lidar com essas situações.

O objetivo central da intervenção passa por ensinar a paciente a testar os pensamentos negativos através da revisão de todas as informações da sua vida, sejam elas positivas, neutras, ou negativas. Visto que, os pensamentos definem os estados de humor que o ser humano experimenta e acabam por influenciar o modo como ele se comporta. Os pensamentos e as crenças afetam as nossas respostas biológicas. As mudanças no pensamento são, na maioria das vezes essenciais, uma vez que, muitos dos problemas exigem alterações do comportamento, do funcionamento físico e do meio.

Segundo Powell *et al.* (2008), o humor disfórico e os comportamentos negativos são resultados de pensamentos e crenças distorcidas.

A intervenção passa pela modificação de crenças e comportamentos da paciente que produzem certos estados de humor negativos. Por exemplo mudar a crença da paciente, quando esta refere que a vida já não faz sentido nenhum, que prefere morrer, ou que ninguém gosta dela, nem os familiares lhe dão apoio.

Assim, primeiramente o foco estará centrado na identificação dos pensamentos e esquemas que causam sentimentos depressivos. Seguidamente, o foco estará centrado na forma como a paciente se relaciona com os outros e, por último, será trabalhado a mudança de comportamentos de forma a enfrentar melhor a situação-problema.

O objetivo do Psicólogo é que a paciente, consiga identificar as suas perceções distorcidas, que reconheça os seus pensamentos negativos e tente substituí-los por pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto, que encontre as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos e, por fim que os pensamentos alternativos estejam associados a determinadas situações. Neste caso, era importante verificar se a perceção que tem dos sobrinhos é real ou não, porque caso seja distorcida deve ser trabalhada, com o objetivo de melhorar as relações familiares. Também seria importante verificar se a violação por parte de um enfermeiro foi verdadeira ou se foi apenas uma perceção distorcida por parte da paciente.

As últimas sessões desta fase são destinadas à avaliação dos ganhos com a intervenção e à prevenção de recaída. Segundo Powell *et al.* (2008), a melhora da paciente pode ser vista como um recurso para enfrentar novas situações que possam incluir perdas e adaptações a novas situações-problema.

Por último, é a fase do término da intervenção, onde o objetivo é fazer uma análise do trabalho desenvolvido ao longo das sessões.

Estudo de caso II (B.)

Identificação

B. é do sexo masculino, de 53 anos, raça caucasiana, solteiro, com o 1º estágio de escolarização e nível socioeconómico baixo.

Motivo de Internamento

Foi admitido na Unidade de Convalescença com o diagnóstico de alteração do estado de consciência.

Motivo da consulta

Avaliação do estado cognitivo e emocional protocolado, despiste psicopatológico e avaliação do nível intelectual.

História de vida

B. de 53 anos nasceu na área metropolitana do Porto, área onde vive até ao momento. Entrou para a escola por volta dos seus 6 anos, para uma escola pública, onde teve uma boa adaptação, contudo quando ingressou no 5º ano, já com 13 anos, teve que mudar de escola, revelando dificuldades de adaptação devido à separação dos amigos, o que motivou o abandono escolar passado um ano.

Com a entrada no ensino preparatório, B. teve o primeiro contacto com o tabaco e o álcool, tendo mantido os hábitos tabágicos até ao internamento. Relativamente ao álcool, o paciente refere que já deixou de beber há 30 anos, contudo nos registos médicos vem referido o consumo de álcool ativo.

Mais tarde, por volta dos 16 anos, B. teve o primeiro contacto com as drogas, afirmando que fumava dois charros por dia. Andou no mundo das drogas durante 3 a 4 anos, tendo referido que deixou as drogas facilmente.

Foi no início da idade adulta que o paciente teve a sua primeira namorada, mas o relacionamento não correu bem e tiveram que acabar a relação. Posteriormente, B. teve alguns casos amorosos, “mas nada muito sério” (sic).

Nunca casou, nem teve filhos, mas diz não ter perdido a esperança, referindo que ainda vai a tempo de casar, apesar de difícil pois segundo ele “as mulheres de hoje em dia só querem dinheiro e fama” (sic).

Por volta dos 18 anos, B. teve o seu primeiro emprego, trabalhando como vidraceiro. No entanto, ao longo do tempo foi alternando de profissão, passando pela construção civil, pedreiro e distribuidor de material de hemodiálise.

Deixou de trabalhar nos primeiros meses de 2012, aos 50 anos, devido a um AVC, o que levou a que se reformasse por invalidez.

Desde a sua adolescência que B. tem complexos com o seu corpo, principalmente com as orelhas, devido a uma malformação na orelha esquerda. Esta não tem implicações na audição, afetando apenas a autoestima do paciente.

Mais tarde, por volta dos 34 anos, foi preso durante 3 anos, não referindo o motivo, recusando-se a falar sobre o assunto, referindo apenas não ter sido culpado e de que foi algo que magoou a família. Foi nessa altura que o paciente teve novamente contacto com as drogas, desta vez "mais pesadas". De momento já não tem contacto com nenhum tipo de drogas.

No que concerne à história familiar, B. falou muito pouco acerca dos mesmos, referindo-se mais à sua mãe e irmã, e um pouco ao irmão e sobrinhos.

Quanto à sua mãe, esta encontra-se reformada pela idade e era empregada doméstica. Atualmente, apresenta bastantes problemas de saúde, no entanto o paciente só sabia que ela tinha diabetes, não se lembrando do nome dos outros problemas. Anda de canadianas e segundo B. não sabe se é por causa da idade ou devido aos problemas de saúde.

Relativamente ao seu pai, apenas referiu que faleceu com 72 anos na sequência de um cancro pulmonar, e que queria ter uma morte como a dele "repentina e sem dor" (sic).

A sua irmã tem 49 anos, é empregada doméstica, casada e tem dois filhos, sendo um do sexo masculino e outro do sexo feminino. Já o seu irmão, tem 51 anos, está emigrado na Suíça, é casado e tem duas filhas.

Quando abordado sobre a relação dele com os familiares anteriormente descritos, este não mostrou grande interesse em falar deste assunto. Apenas referindo que tem uma forte relação com a mãe, que sempre viveu com ela e nunca tiveram conflitos graves e, os conflitos que tiveram conseguiram-nos resolver sempre. Mantém também uma forte relação com a sua irmã, pois esta sempre o ajudou no que precisava e presta-lhe alguns serviços domésticos. Relativamente ao seu irmão, não mantém contacto devido a conflitos passados.

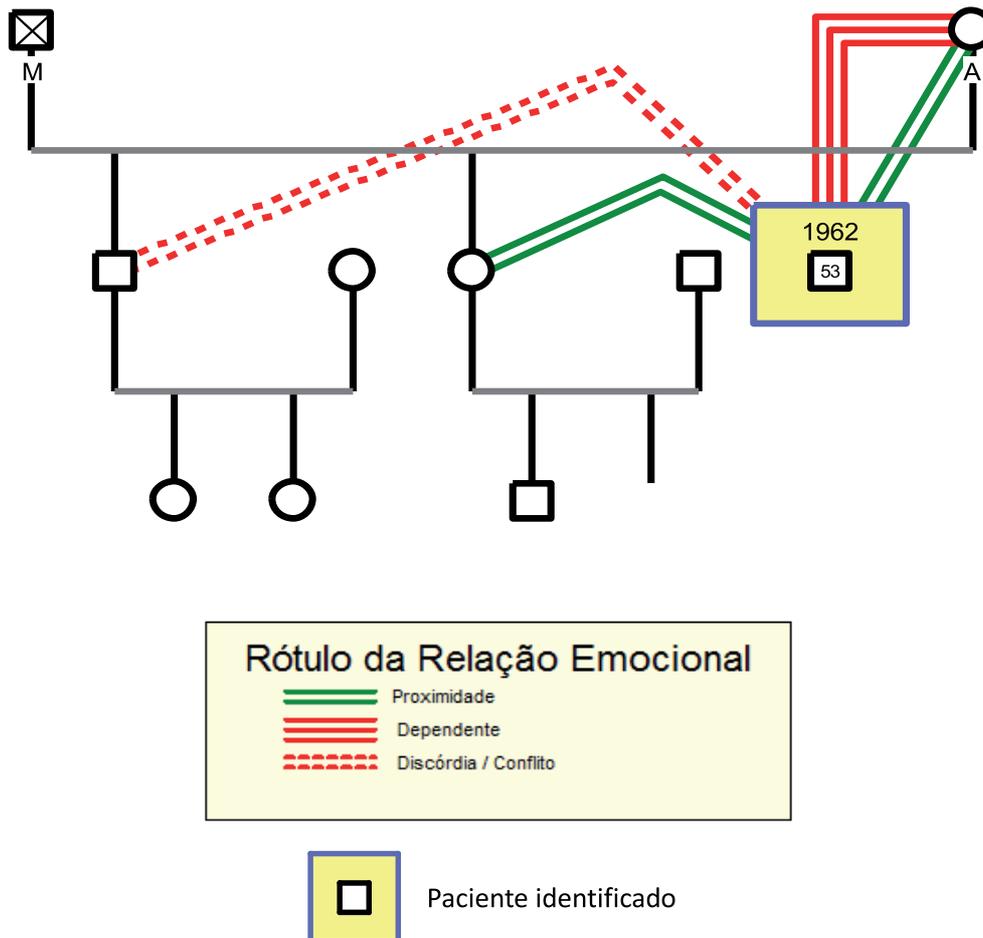


Figura 2- Genograma de B.

No que diz respeito à rede social de apoio, B. refere ter poucos amigos, uma vez que não gosta de sair muito de casa e estar com muitas pessoas. Para além da família, as únicas pessoas com quem o paciente mantém contacto são as que frequentam o café onde este costuma ir regularmente.

Durante o período do internamento, B. isolava-se no seu quarto, não mantendo qualquer relação com os outros colegas. Quando abordado este assunto, o paciente diz que “gosta de estar no seu canto, não aturando ninguém” (sic).

Quanto aos seus vizinhos, B. tem um mau relacionamento com os mesmos, principalmente com uma vizinha, pois segundo o paciente esta está sempre a criticá-lo por fumar muito com os problemas de saúde que tem.

B. tem um vasto historial de problemas de saúde: epilepsia desde criança, asma, hepatite crónica, sofreu de AVC isquémico em maio de 2012, dislipidimia e correção do hidrocelo em maio de 2014. Para além de fratura do fémur esquerdo, em Outubro de 2014 e hábitos tabágicos e etílicos.

Quanto aos hábitos alimentares não refere alterações. Em relação ao sono, B. tem dificuldades em adormecer, tomando assim medicamentos para dormir. Segundo a informação da enfermagem, o utente só adormece com o segundo comprimido, sendo este um adoçante, mas sem o conhecimento do paciente (placebo).

Segundo B. o seu dia-a-dia antes do internamento, consistia em acordar de manhã cedo, tomar o pequeno-almoço, ir ao café fumar uns cigarros e vir embora para almoçar e ir para a cama. No entanto, segundo as informações da irmã do paciente, este passava o dia todo fechado na casa de banho a fumar e a beber água.

Processo de Avaliação

Metodologia da avaliação

Para além da utilização da entrevista clínica semiestruturada, foram utilizadas outros materiais de avaliação psicológica com o objetivo de obter uma melhor e maior compreensão acerca do funcionamento emocional, cognitivo e social de B.. Para tal, foram administradas as escalas:

- MMSE;
- IACLIDE;
- BSI;
- WAIS-III;
- FAB.

B. apresentou-se com um aspeto geral pouco cuidado, denotando-se pouca preocupação com a sua imagem. A idade que aparenta é coincidente à real. Mostrou-se sempre orientado auto e alo psiquicamente, apresentou um discurso coerente apesar de coloquial (calão) e um pensamento organizado, apesar de por vezes as histórias parecerem um pouco bizarras. Não demonstrou aparentemente comprometimento ao nível da memória, consciência e atenção. O humor é congruente com o discurso, demonstrando as emoções de acordo com as temáticas abordadas. Não há evidência de ideação suicida. Durante o processo de avaliação B. manteve um comportamento flutuante, ou seja houve dias em que manteve um comportamento adequado e colaborante, e outros em que se apresentava irritado, agressivo, e pouco colaborante. Evidenciou juízo crítico adequado e insight acerca da sua condição.

Síntese dos resultados obtidos

MMSE

Inicialmente foi utilizado o MMSE (anexo 8) com o objetivo de avaliar a área cognitiva de B. Com este instrumento foi possível obter informações sobre a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxias, e habilidades de linguagem e viso - espaciais. B. obteve uma pontuação de 24 valores. De acordo com a escolaridade e a pontuação obtida neste instrumento B. não apresenta déficit cognitivo, isto porque o ponto de corte (para a sua escolaridade) é de 23 valores e B. teve uma pontuação total de 24 valores. Contudo, apresenta algumas dificuldades ao nível das praxias viso-construtivas e um ligeiro déficit na atenção e cálculo.

IACLIDE

De seguida, foi aplicada a IACLIDE (anexo 9), com o objetivo de verificar se B. apresentava ou não sintomas depressivos. Neste teste, o paciente apresentou um total de 57 valores, cujos resultados são indicativos de uma depressão grave. No entanto, este instrumento foi excluído do processo de avaliação devido à forma como o paciente respondeu ao mesmo: não quis ler, pedindo que lesse as perguntas e as respostas alternativas, respondendo sempre a última opção. Inverteu-se propositadamente a ordem das opções, e manteve-se sempre a escolha da última alternativa. Face a isto, os resultados foram invalidados.

BSI

Este instrumento (anexo 10) foi administrado com o objetivo de compreender o funcionamento de B. e de avaliar a presença ou ausência de perturbação emocional, bem como, identificar as dimensões sintomatológicas mais prevalentes. B. obteve uma pontuação no índice geral de sintomas de 0.68, no índice de sintomas positivos obteve um total de 2.57 e no total de sintomas negativos B. obteve uma pontuação de 14 valores. A seguir segue-se uma tabela com todos os valores obtidos por B. neste instrumento de avaliação.

Wais-III

Foi utilizado a WAIS-III (anexo 11), com o objetivo de avaliar o desempenho cognitivo de B. Este foi avaliado a 13/01/2015, apresentando nessa altura 52 anos, 11 meses e 13 dias (data de nascimento: 30/01/1962).

Os resultados obtidos de B. nesta escala são um Q.I.G = 66, Q.I.V = 74, e Q.I.R = 64.

Este instrumento permite ainda perceber quais são os pontos fortes e os pontos mais fracos do paciente. Como pontos fortes podem ser considerados a memória de dígitos e informação. Por outro lado

B. apresenta como pontos fracos semelhanças, vocabulário, complemento de gravuras, disposição de gravuras, cubos, aritmética, matrizes, compreensão e códigos.

Tabela 3- Resultados do BSI

	Somatização	Obsessão Com-pulsão	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fó-bica	Ideação Para-noide	Psicoticismo	IGS	IS Positivos
Resultado	0,43	0,5	0,25	1,5	0	2	0,4	1,2	0,4	0,68	2,57
Média População geral	0,57	1,29	0,96	0,89	0,94	0,89	0,42	1,06	0,67	0,84	1,56
Média Perturbação Emocional	1,36	1,92	1,6	1,83	1,75	1,41	1,02	1,53	1,4	1,43	2,11

FAB

Este instrumento (anexo 12) foi utilizado com o objetivo de avaliar alterações no lobo frontal. B. obteve uma pontuação total de 10 valores, sendo que a pontuação total desta escala é de 18 valores e o valor médio de 15 valores. Um resultado inferior a 12 valores pode representar a existência de uma disfunção frontal.

Interpretação dos resultados

Neste ponto serão interpretados os resultados acima mencionados, começando pelo MMSE, BSI, WAIS-III e por último a FAB. Não serão feitas interpretações dos resultados obtidos na IACLIDE pelos motivos já referenciados anteriormente.

Começando pelo MMSE, B. não apresentou déficit cognitivo, obtendo portanto uma pontuação mais elevada que o ponto de corte, segundo a sua escolaridade. No entanto, apresentou dificuldades nas praxias viso-constructivas, ou seja o paciente não conseguiu realizar o exercício com sucesso, não obtendo um valor que era o proposto para o exercício. Para além deste, B. apresentou também um ligeiro déficit na atenção e cálculo, isto porque não acertou em dois dos cinco exercícios da avaliação desta área.

No BSI, podemos constatar que as escalas que obtiveram pontuação mais elevada foram as escalas de hostilidade, depressão e ideação paranoide. A escala de hostilidade evidencia a tendência de

se irritar facilmente, com impulsos de agressividade e discussões frequentes. A escala de ideação paranoide revela sentimentos de não confiança nos outros e que estes são culpados pelos seus problemas. Considera-se comentado pelos outros e que se aproveitam dele se o permitir (Canavarro, 1999 cit in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008). Apresenta um modo perturbado de funcionamento cognitivo. A elevação da escala de depressão reflete sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida.

Podemos referir que estes resultados vão de encontro com os dados recolhidos na Anamnese e da observação clínica. Começando pela pontuação elevada na hostilidade, denota-se que B. é uma pessoa que se irrita muito facilmente e fica agressivo várias vezes. Para além de se ter observado períodos de agressividade durante o internamento (faltar ao respeito aos elementos da equipa e falar de forma agressiva para os colegas do internamento, por exemplo), o próprio contou situações em que foi bastante agressivo, como usando a violência emocional perante uma vizinha e agressões físicas a colegas no café que frequentava.

Em relação aos valores elevados na escala de depressão, estes resultados são justificáveis pela observação feita a B., visto que mostrava ser uma pessoa triste, irritável, inquieto, afastava-se das atividades sociais, perda de energia e não queria ajudar no processo de recuperação.

No que se refere aos valores na escala de ideação paranoide, estes também estão de acordo com os dados recolhidos, pois B. referiu muitas vezes que passava no corredor da instituição e que as pessoas falavam dele e mesmo durante a sua vida, segundo B., houve fases menos boas porque as pessoas fizeram-lhe mal e que a culpa a maioria das vezes era dos outros.

Relativamente aos resultados obtidos estes são congruentes, contudo B. obteve pontuações mais altas na escala de hostilidade, depressão e ideação paranoide, no entanto na escala da ansiedade teve 0 valores, o que torna os resultados contraditórios. Também houve perguntas que se fossem respondidas pela observação clínica, não seriam as mesmas respostas do paciente. Após a aplicação deste instrumento, houve a necessidade de perceber se as respostas foram de acordo com a realidade, ou se foram de acordo com a adaptabilidade social, visto que B. queria que estas respostas fossem do conhecimento do médico.

No que diz respeito a WAIS-III, B. encontra-se na categoria de deficiência intelectual, ou seja apresentou resultados abaixo da média (dois desvios padrão). Segundo Paasche, Gorril e Strom (2010), o conceito de deficiência intelectual é utilizado para descrever uma pessoa cujo nível de funcionamento intelectual e capacidades adaptativas encontram-se significativamente abaixo da média, quando comparadas com indivíduos com a mesma idade cronológica.

A dificuldade intelectual e desenvolvimental é definida como uma dificuldade que se caracteriza por um "funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, coexistindo com duas ou mais limitações ao nível das áreas adaptativas (comunicação, autonomia, lazer, segurança, emprego, vida, doméstica, autossuficiência na comunidade...) " (Santos, 2010, p.3).

Para Paasche et al. (2010), Alonso e Bermejo (2001), Feldman (2001) e Glat (s.d.), o desenvolvimento humano na maioria das vezes não se faz de modo homogêneo, dependendo das situações. Tal como as outras pessoas, a pessoa com dificuldades cognitivas tendem a apresentar áreas mais fortes, sem ser necessário apoio e requerer apoio mais significativo em outras, dependendo das exigências do meio envolvente. Assim como esta escala mostrou quais eram os pontos mais fortes e mais fracos de B.

Os resultados obtidos neste instrumento estão congruentes com a história de vida do paciente, visto que este reprovou algumas vezes de ano de escolaridade, deixou de estudar cedo, apresenta dificuldades de compreensão e mesmo na forma como este se expressa, apresentando também um vocabulário pouco rico. Não deixando de referir que este apresenta um dia-a-dia que não proporciona o desenvolvimento intelectual, ou seja B. está sempre dentro de casa, isolando-se do ambiente social, não permitindo assim novas aprendizagens.

Relativamente à FAB, B. obteve uma pontuação que indica que existe um comprometimento do lobo frontal, ou seja esta pontuação representa uma disfunção frontal. Esta disfunção pode estar relacionada com o abuso do consumo de álcool, visto que B. é um consumidor crónico já há muitos anos.

Segundo Gruber & Todd (2001), de uma forma geral o consumidor de álcool durante o período de intoxicação, exhibe um estado confuso e o seu nível de atenção é diminuída, assim como défices na maioria das áreas cognitivas Weissenborn e Duka (2003), verificaram que o álcool influenciava de forma negativa as funções executivas, para além da interferência nas tarefas de reconhecimento espacial.

Para Lezak (1995), as funções executivas englobam a capacidade de iniciar ações, antecipar consequências e mudar as estratégias, planejar e procurar meios de resolução de problemas, monitorizar o comportamento de todos os passos e comparar os resultados com o plano original.

Na opinião de Eckard & Martin (1986), existem várias alterações em várias funções cognitivas, mesmo que estes estejam no processo de abstinência, o que comprova os efeitos do álcool a longo prazo no funcionamento cerebral.

De acordo com Parsons (1998), os principais défices cognitivos encontrados nos consumidores de álcool são aqueles que se relacionam problemas de memória, resolução de problemas, abstração, aprendizagem, análise viso-espacial, velocidade de processamento e psicomotora. Os indivíduos que

consomem bastante álcool propendem a apresentar mais erros nas tarefas e tendem a levar mais tempo a realizar determinadas atividades (Noël et al., 2001).

Pessoas com um abuso crônico do álcool podem apresentar disfunções em áreas pré-frontais do cérebro, implicando assim défices neuro psicológicos no controlo inibitório, ou seja têm tendência a suprimir respostas automáticas no lugar de comportamentos novos e na fluência verbal (Dao-Castellana et al.,1998). No caso de B. este na avaliação frontal obteve a pontuação máxima no controlo inibitório, não mostrando défices neste campo, assim como boa pontuação na flexibilidade mental.

Na opinião de Bechara et al. (2001), as alterações no córtex pré-frontal dos consumidores de álcool tendem a prejudicar o processo de tomada de decisões, o paciente nestas situações escolheria opções para ganhos imediatos (como o próprio ato de beber, por exemplo), em vez de um comportamento voltado para a averiguar as consequências das suas futuras ações.

Por último há que salientar que as alterações cerebrais derivadas do consumo crônico de álcool podem chegar a estádios muito avançados de deterioração mental, como no caso da Demência Persistente Induzida pelo Álcool e na perturbação amnésica Persistente induzido pelo Álcool (Síndrome de Korsakoff) (APA, 1994).

Reflexão Pessoal

No decurso dos diversos anos que compõem uma licenciatura e, em seguida, o mestrado, somos preparados para uma realidade que está dependente da nossa dedicação, empenho e sobretudo da nossa formação.

Ao deparar-me com um serviço como a UCC verifiquei que, de facto, existe uma aliança entre a prática clínica e os diversos conhecimentos transmitidos e adquiridos. No entanto, nem tudo corresponde ao que aprendemos na teoria, tendo que adaptar o que aprendemos na teoria ao contexto em que estamos inseridos. Surgindo assim dificuldades quando estamos precisamente a acompanhar os pacientes, nomeadamente quanto ao manuseamento de alguns instrumentos de avaliação, assim como à condução da consulta.

Com a realização do estágio, foi-me dada a possibilidade de enriquecer a minha aprendizagem a dois níveis, sendo eles a nível profissional e pessoal. A nível profissional, permitiu-me alargar o contacto com variadas problemáticas, já a nível pessoal notei um grande crescimento e um aumento da responsabilidade, assim como ter uma maior capacidade para empatizar com o outro.

É de salientar que senti algumas vezes certas inseguranças, devido à pressão a que estamos sujeitos nesta fase como estudantes/estagiários, o que exigiu uma maior dedicação e empenho pela função exercida.

Este estágio foi fundamental na medida em que foi possível a verificação e aplicação do que foi apreendido e no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais de acordo com a prática de psicologia.

O fato de ser orientado no local e ser possível reunir semanalmente com a supervisora, possibilitou integrar a teoria com a prática, para além de expor todas as dúvidas existentes. Contudo, nestas reuniões também conseguíamos aprender sobre outras problemáticas, para além das que estávamos a acompanhar, devido a exposição dos casos que os restantes estagiários estavam a acompanhar.

O principal aspeto negativo importante de salientar, é o fato da instituição, não possuir uma sala, provocando assim algumas situações de desconforto e de deslocação das consultas para os gabinetes de outros profissionais, e muitas vezes nos próprios quartos dos pacientes. O que acabou por limitar/influenciar o estabelecimento de um setting terapêutico pessoal.

Referências Bibliográficas

- Alamy, Susana. (2005). A prática Hospitalar – como é a atuação do psicólogo. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, Belo Horizonte, V.1, N.1. Acesso em: 26 de Junho 2015.
- Almeida, LS, Simões, MR, & Gonçalves, MM. (1995). Provas psicológicas em Portugal: Situação atual, limitações e desafios. Braga: APPORT.
- Alonso, Miguel, & Bermejo, Belén. (2001). *Atraso mental*. Amadora: McGraw-Hill de Portugal.
- Appollonio, I, Leone, M, Isella, V, Piamarta, F, Consoli, T, Villa, ML, Nichelli, P. (2005). The Frontal Assessment Battery (FAB): normative values in an Italian population sample. *Neurological Sciences*, 26, 108-116.
- Bechara, Antoine, Dolan, Sara, Denburg, Natalie, Hinds, Andrea, Anderson, Steven W, & Nathan, Peter E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39 (4), 376-389.
- Botega, Neury José. (2002). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed.
- Brink, Thomas L, Yesavage, Jerome A, Lum, Owen, Heersema, Philip H, Adey, Michael, & Rose, Terrence L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical gerontologist*, 1 (1), 37-43.
- Bugalho, P. (2008). *Sonho e funções cognitivas na doença de Parkinson*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de medicina de Lisboa, Lisboa.
- Campos, Terezinha Calil Padis. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Canavarro, Maria Cristina Sousa. (1999). *Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI*.
- Chiattonne, Heloísa Benevides de C, & Sebastiani, Ricardo Werner. (1991). *Introdução à psicologia hospitalar* Cadernos de psicologia hospitalar: Nêmeton Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde. Série: Cadernos e Psicologia Hospitalar.
- Corey, Gerald, & do Eirado Silva, Maria Lúcia. (1983). *Técnicas de aconselhamento e psicoterapia*. Rio de Janeiro: Campus.
- Cunha, Paulo J, & Novaes, Maria Alice. (2004). Avaliação neuropsicológica no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 23-27.
- Cury, ISMAEL Silvia Maria. (2005). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dao-Castellana, MH, Samson, Y, Legault, F, Martinot, JL, Aubin, HJ, Crouzel, C, Feline, A. (1998). Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings. *Psychological medicine*, 28 (05), 1039-1048.

Psiquiatria, Associação Americana. (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais-DSM-IV-TR: Lisboa: Climepsi.

Dubois, B, Slachevsky, A, Litvan, I, & Pillon, B. (2000). The FAB A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621-1626.

Eckardt, Michael J, & Martin, Peter R. (1986). Clinical assessment of cognition in alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10; 123-7.

Feldman, Robert S. (2001). *Compreender a psicologia*. Lisboa: Mc Graw Hill.

Folstein, Marshal F, Folstein, Susan E, & McHugh, Paul R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12 (3), 189-198.

Fossi, Luciana Barcellos, & Guareschi, Neuza Maria de Fátima. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*, 7 (1), 29-43. Rio de Janeiro.

Freitas, Sandra, Simões, Mário R, Martins, Cristina, Vilar, Manuela, & Santana, Isabel. (2008). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9 (3), 345-357.

Glat, R. (s.d.) Auto defensoria / autogestão: movimento em prol da autonomia de pessoas com deficiência mental uma proposta político-educacional. Disponível em: <http://www.uniapaemg.org.br/admin/downloads/artigo20102011.pdf>. Acedido em 09-10-2015.

Gruber, Staci A, & Yurgelun-Todd, Deborah A. (2001). Neuropsychological correlates of drug abuse *Brain Imaging in Substance Abuse: research, clinical and forensic applications* (pp. 199-229). New Jersey: Springer.

Hospital Particular de Paredes.). Retrieved Junho, 2015, from <http://www.hpp.pt/>.

Jeammets, Ph, Reynaud, M, & Consoli, S. (1982). *Manual de Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Masson.

Kieffer, Kevin M, & Reese, Robert J. (2002). A reliability generalization study of the Geriatric Depression Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 62(6), 969-994.

Lezak, Muriel Deutsch. (2004). *Neuropsychological assessment*: Oxford university press, p.7-44.

Lima, César F, Meireles, Laura P, Fonseca, Rosália, Castro, Sao Luis, & Garrett, Carolina. (2008). The Frontal Assessment Battery (FAB) in Parkinson's disease and correlations with formal measures of executive functioning. *Journal of neurology*, 255 (11), 1756-1761.

Rômulo Rebouças Lôbo, Silvio R. B. Silva Filho, Nereida K. C. Lima, Eduardo Ferriolli, Julio C. Moriguti (2010) Delirium. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Revista: *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*; v. 43, n. 3 - <https://www.yumpu.com/pt/document/view/16267262/4-delirium-revista-medicina-ribeirao-preto-usp>.

Lustosa, Maria Alice. (2007). Atendimento ao paciente idoso. *Revista da SBPH*, 10 (2), 7-11. Rio de Janeiro.

Magalhães, Emília. (2011). O envelhecimento ativo: uma perspectiva psicossocial. In Jacob, L., *Ideias para um envelhecimento ativo*. Almeirim: Rutis, p.11-39.

Matsui, Hideaki, Udaka, Fukashi, Miyoshi, Takafumi, Hara, Narihiro, Tamura, Akiko, Oda, Masaya. Kameyama, Masakuni. (2006). Frontal assessment battery and brain perfusion image in Parkinson's disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 19(1), 41-45.

Molina, Pilar Durante, & Tarrés, Pilar Pedro. (2004). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*: Masson.

Mota, Roberta Araújo, Martins, CG de M, & Vêras, Renata Meira. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 323-330. Maringá. Acesso em: 26 de Junho de 2015.

Moura, Samara Melo. (2008). Contribuições de quatro instrumentos de triagem para o diagnóstico de déficits cognitivos no envelhecimento no Brasil: validade de critério e normas de desempenho. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

Nascimento, E. (2005). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos-manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Noël, Xavier, Van der Linden, Martial, Schmidt, Nicolas, Sferrazza, Rita, Hanak, Catherine, Le Bon, Olivier, Verbanck, Paul. (2001). Supervisory attentional system in nonamnesic alcoholic men. *Archives of general psychiatry*, 58(12), 1152-1158.

Nordon, David Gonçalves, Guimarães, Rodrigo Rejtman, Kozonoe, Debora Yuriko, Mancilha, Victor Sabbadim, & Neto, Vicente Spinola Dias. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da*

Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN (impresso) 1517-8242 (eletrônico) 1984-4840, 11 (3), 5-8. Acedido em 15 de Fevereiro 2015.

Oguro, Hiroaki, Yamaguchi, Shuhei, Abe, Satoshi, Ishida, Yuri, Bokura, Hirokazu, & Kobayashi, Shotai. (2006). Differentiating Alzheimer's disease from subcortical vascular dementia with the FAB test. *Journal of neurology*, 253 (11), 1490-1494.

Oliveira, W. L. (2011). *Investigação psicológica de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva* (Dissertação de Mestrado não publicado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26042012-134318/pt-br.php>

Paasche, Carol, Gorriil, L, & Strom, Bev. (2010). *Crianças com Necessidades Especiais em Contextos de Educação de Infância*: Porto: Porto Editora.

Parsons, Oscar A. (1998). Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: a continuum? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(4), 954-961.

Pessoa, Renata Fittipaldi, & Nácul, Flávio Eduardo. (2006). Delirium in the critically ill patient. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 18 (2), 190-195. São Paulo.

Povinelli, BM, Dib, TA, Miethke, Daniela, & Souza, PM. (2008). Delirium no paciente idoso. *Rev Bras Med*, 65 (supl 1), 27-32.

Powell, Vania Bitencourt, Abreu, Neander, de Oliveira, Irismar Reis, & Sudak, Donna. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão Cognitive-behavioral therapy for depression. *Rev Bras Psiquiatria*, 30 (Supl II), S73-80.

Ribeiro, José Luís Pais. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde: Livpsic-Psicologia*. Porto: Legis Editora.

Rito, M. (2006). Doença de Parkinson: instrumentos avaliativos. *Revista Portuguesa de Fisioterapia*, 2 (1), 27-45.

Santos, CT dos, & Sebastiani, Ricardo Werner. (1996). *Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.

Santos, S. (2010). A DID (Dificuldade intelectual e desenvolvimental) na atualidade. *Educação Inclusiva*, v. 1, nº 2, Dossier Temático.

Simões, António, & Neto, Félix. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 28 (1), 79-96.

Slachevsky, Andrea, Villalpando, Juan Manuel, Sarazin, Marie, Hahn-Barma, Valerie, Pillon, Bernard, & Dubois, Bruno. (2004). Frontal assessment battery and differential diagnosis of frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 61 (7), 1104-1107.

Umphred, Darcy. (2009). *Reabilitação neurológica*: Elsevier Brasil.

UNIDADE, DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS. (2009). CONTINUADOS INTEGRADOS: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Modelo de Referência de Utentes Versão revista em Setembro.

Vaz Serra, Adriano. (1995). *Inventário de avaliação clínica da depressão*. Coimbra: Psiquiatria Clínica. 1ªed.

Velasco, Saulo Missiaggia, & Cirino, Sérgio Dias. (2002). *A relação terapêutica como foco da análise na prática clínica comportamental*. Teixeira, AMS; Assunção, MRB; Starling, RR *Ciência do comportamento: conhecer e avançar*, 1. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Wechsler, David. (1997). *WMS-III: Wechsler memory scale administration and scoring manual*: Psychological Corporation.

Weissenborn, Ruth, & Duka, Theodora. (2003). Acute alcohol effects on cognitive function in social drinkers: their relationship to drinking habits. *Psychopharmacology*, 165 (3), 306-312.

Zimerman, Guite I. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Anexos