



# Relatório De Estágio

Unidade de Cuidados Continuados de Paredes

Cátia Andreia de Sousa Nunes

Orientador: Doutora Vânia Almeida

Supervisora: Professora Doutora Manuela Leite

Gandra, 2014/2015

## Índice

Introdução .....	4
------------------	---

Caracterização da instituição .....	5
Papel do psicólogo na UCCI .....	10
Observação de Consultas.....	12
Reuniões .....	12
Reuniões de orientação .....	12
Reuniões de supervisão.....	13
Reunião com outros profissionais do HPP .....	13
Avaliação psicológica e Intervenção .....	14
Instrumentos de avaliação psicológica.....	15
IACLIDE.....	16
GDS.....	16
.....	16
.....	16
FAB .....	17
BSI .....	17
WAIS-III .....	17
Estimulação cognitiva.....	18
Psicoeducação: O doente Afásico.....	20
Outras atividades .....	22
Caso I: B.S.....	24
Identificação.....	23
Motivo e pedido da consulta .....	23
História de vida.....	23
Genograma.....	26
Descrição das sessões .....	26
Processo de avaliação .....	28
Conceptualização teórica .....	29
Reflexão Sobre Caso B.S.....	34
Caso II J.T. ....	36
Identificação.....	36
Motivo e pedido da consulta .....	36
História de Vida .....	36
Genograma.....	38
Descrição das sessões .....	38
Processo de avaliação .....	40
Conceptualização teórica .....	40
Intervenção.....	42
Intervenção efetuada .....	42

Intervenção desejada .....	43
Reflexão pessoal.....	43
Reflexão final .....	45
Referências Bibliográficas.....	46

## Introdução

O presente relatório pretende demonstrar o trabalho realizado durante o estágio Académico do Mestrado de Psicologia Clínica. O estágio realizou-se no HPP-Hospital Particular de Paredes sobre a orientação da Doutora Vânia Almeida no local, e supervisão da Professora Doutora Manuela Leite na instituição académica CESPU-Cooperativa de Ensino Superior e Politécnico do Norte.

O relatório encontra-se dividido em três partes e anexos. A primeira parte diz respeito à caracterização do local de estágio, assim como da UC -Unidade de Convalescência e UMD-Unidade de Média Duração, onde estão caracterizados pormenores do seu funcionamento, assim como os seus doentes. Inclui também o papel do psicólogo clínico e as suas funções na instituição. Na segunda parte são mencionadas as caracterizadas das tarefas realizadas no decorrer do estágio, sendo aqui descritas não só as atividades realizadas no HPP-Hospital Particular de Paredes, mas também as atividades realizadas na CESPU. Na terceira parte são expostos dois estudos de caso, a reflexão sobre cada um dos casos e a reflexão final. Nos anexos estão incluídas a componente prática do estágio onde estão referidas todas as atividades em que participei e realizei.

## Caracterização da instituição

O HPP, situa-se na cidade de Paredes, no Vale de Sousa. Serve uma população de 83.064 habitantes do concelho, e a população dos concelhos circundantes que no total contabilizam 200.000 habitantes. Não existe nas proximidades nenhuma instituição semelhante em dimensão, oferta de serviços e qualidade (Hospital Particular de Paredes, s/d).

O HMP foi inaugurado em 1966, no entanto em 1977 foi nacionalizado pelo Estado que passou a explorá-lo como a unidade de Paredes do Centro Hospitalar do Vale do Sousa, funcionando como tal até Novembro de 2001. Após a inauguração do Hospital Padre Américo-Vale do Sousa, este edifício Hospitalar foi desativado. A sociedade remodelou e ampliou o edifício de forma a este retomar a exploração da atividade hospitalar. Foi desenvolvido um programa funcional, os projetos de arquitetura e respetivas especialidades tendo sempre em conta o cumprimento da legislação, a excelência técnica e a qualidade, tendo adquirido para o efeito equipamentos médicos e tecnologia de ponta (Hospital Particular de Paredes, s/d).

O HPP 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” seus valores assentam no “desempenho norteado pela competência técnico – científica, o compromisso com a melhoria contínua, o respeito pelos princípios éticos, a personalização e excelência” (Hospital Particular de Paredes, s/d).

O hospital encontra-se dividido em quatro pisos, sendo o piso de rés-do-chão destinado para as Consultas Externas e para o Serviço de Urgências. O primeiro piso ficou reservado para a cirurgia de ambulatório. O segundo e terceiro piso estão confinados a UC e UMD integrados na RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados. Por último o quarto piso está destinado aos serviços administrativos e ainda aos serviços de fisioterapia.

O estágio realizou-se nos serviços da UMD e UC distribuídas, ou seja, no 2º e 3º piso, respetivamente. Cada piso encontra-se estruturado com 10 quartos, com uma média de 2 camas por quarto, particularmente com 16 camas no 2º piso e o 3º piso com 17. Possuem 1 sala de reuniões, 1 gabinete médico, 1 posto de enfermagem, 1 sala de convívio/refeições e 1 copa. Em termos de acessos, a Unidade possui elevadores de

serviços, escadas de serviço, bem como elevadores de maior porte para facilitar a mobilidade de pacientes. Nesta Unidade, os grupos profissionais, estão distribuídos do seguinte modo: 4 médicos, 1 assistente social, 1 psicólogo clínico, 1 fisiatra, 5 fisioterapeutas, 25 enfermeiras e 8 auxiliares da ação médica.

A RNCCI, é um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, onde são prestados cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estes têm como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. As Unidades de Cuidados Continuados Integrados– UCCI tem como missão e valores:

“(…) prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (...) prestação individualizada e humanizada de cuidados; continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede; participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne “distress” a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes e otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível” (Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados p. 6).

Existem duas formas do utente ingressar as UCCI, através das Equipa de Gestão de Altas do hospital - EGA<sup>1</sup>, e do Centro de Saúde. Os utentes internados num hospital Sistema Nacional de Saúde, são referenciados pela EGA para a RNCCI. A avaliação da

---

<sup>1</sup>A Equipa de Gestão de Altas do hospital tem por objetivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (cfr. n.º 1 do Art. 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

necessidade de cuidados continuados integrados é realizada de preferência logo no início do internamento no hospital, porque é necessário preparar com tempo a etapa que se segue à alta clínica. Por outro lado se o utente estiver na comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência) o contacto é efetuado diretamente com o Centro de Saúde, onde serão contactados o médico de família, o enfermeiro e a assistente social. Para concluir, em ambos os casos, a proposta desta equipa é apresentada à Equipa Coordenadora do local - ECL.

No que se refere à UCCI-HPP está apresentada como objetivo geral a prestação de cuidados de saúde aos habitantes da sua área de influência. Assenta num trabalho multidisciplinar, onde são prestados serviços não só ao utente mas também aos familiares e cuidadores. Os utentes da unidade contam com um acompanhamento de cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanente, cuidados de fisioterapia, acompanhamento psicológico, terapia da fala, prescrição e administração de fármacos, apoio social, higiene, alimentação e conforto.

A UC, tem como ambição a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos. Nestas unidades, os utentes que são internados tem como problemáticas principalmente recuperação e reabilitação após colocação de próteses (e.g. fémur, joelho, anca), AVC (Acidente Vascular Cerebral) dos quais os danos causados sejam de rápida recuperação, por exemplo hemiparesias ou hemiplegia, transtornos digestivos entre outras problemáticas.

As UMD visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias. Nestas unidades é mais frequente encontrar doentes cuja recuperação seja longa, em alguns casos existe ainda depois deste, um pedido para ULD - Unidade de Longa Duração. As problemáticas mais frequentes são: AVC isquémicos, com hemiparesias e hemiplegias mais marcadas, afasia global, linfomas, amputações, próteses das quais tenham resultado infeções entre outros.

Os acompanhamentos são distintos em ambas as unidades, visto que o tempo de internamento é bastante diferente. Em ambos existe um acompanhamento semanal, contudo nas UC's, o acompanhamento é marcado fundamentalmente pela aplicação do

protocolo de avaliação psicológica do HPP, e intervenções breves<sup>2</sup> na problemática em questão, se necessário. No protocolo é estritamente obrigatório a aplicação do Mini Exame do Estado Mental – MMSE, e da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - GDS ou Inventário de Avaliação Clínica da Depressão de Vaz Serra - IACLIDE, consoante a idade do utente. Com os utentes da UMD existe uma primeira avaliação com o protocolo, como é obrigatória na instituição, seguidamente é criado um plano de intervenção psicológica individualizado, consoante a problemática de cada utente. Em ambas as unidades, é possível pedir um prolongamento clínico ou social, mas para isso o utente tem que preencher alguns critérios propostos pela equipa da ECL. Quando isso acontece e existe mais tempo, o acompanhamento psicológico do utente prolonga-se.

O utente dá entrada na unidade proveniente de uma outra unidade hospitalar, já com uma avaliação realizada pela EGA do hospital em questão, englobando todo o processo do paciente. Após a chegada do utente a UCCI-HPP, é feito o acolhimento tanto ao utente como aos seus familiares/cuidadores, sendo este efetuado por um enfermeiro e por um outro elemento da equipa. Estes entregam o Guia de Acolhimento e posteriormente fazem uma breve apresentação da unidade, em seguida passam para o preenchimento da Folha de Admissão, onde constam os dados identificativos do utente e do seu cuidador, por último é feito o planeamento da alta.

A alta da unidade é da exclusiva responsabilidade da Equipa de Saúde, e quando esta é solicitada pelo utente (alta antecipada), envolve o preenchimento de um impresso elaborado para esse efeito, devendo ser consentido pelo próprio ou por quem legalmente o possa substituir. A alta é delineada desde a admissão do paciente, uma vez que é feito o planeamento de um internamento de 30 dias, que se destina à UC ou um internamento de 90 dias referente, por sua vez, à UMD. Seguidamente, a equipa de profissionais da Unidade ajudá-lo-á a preparar o seu regresso a casa, considerando as suas necessidades e a sua opinião, assim como a dos seus familiares no que diz respeito à satisfação das mesmas (Hospital da Misericórdia de Paredes - HMP).

Na data da alta são entregues quer ao utente quer aos familiares, o Questionário de Satisfação do Utente e o Questionário de Satisfação da Família, respetivamente. Estes são referentes ao funcionamento e condições da instituição, dando espaço para que estes

---

<sup>2</sup>As intervenções breves para Barry 1999, tem como objetivo detetar os problemas assim como motivar o utente para a mudança de comportamento, melhorando o seu conhecimento acerca do problemas e fornecendo informações dos riscos envolventes

deixem as suas opiniões acerca do serviço. Os dados serão analisados pelo psicólogo do serviço, de forma a recolher informações acerca do trabalho desenvolvido pela equipa, e desta forma reconhecer as demais valências assim como as falhas.

O utente é acompanhado durante todo o internamento pela equipa de saúde, sendo feitos planos individuais. Estes são elaborados conforme as limitações, as necessidades e a família de cada utente. Também a família é acompanhada no decorrer do internamento, ficando este acompanhamento ao cargo da assistente social, embora quando surge alguma dúvida acerca do estado do utente, estes tenham autorização para falar com qualquer membro da equipa que esteja a acompanhar o caso.

No que se refere ao acompanhamento psicológico, este é prestado não só aos doentes mas também, sendo criado um espaço para os seus familiares, providenciando recursos necessários para o desenvolvimento e bem-estar psicológico de forma a promover a qualidade de vida e a convivência na doença.

Deste modo, a par destes procedimentos após recolhida a informação necessária do caso clínico, o doente é submetido a uma avaliação psicológica breve da qual é elaborado um relatório de avaliação clínica.

## Papel do psicólogo na UCCI

Sabe-se que a Psicologia é um aglomerado de teorias e métodos oriundos de diferentes vertentes filosóficas, sociais e científicas. Cabe ao psicólogo na área da saúde contribuir para o bem-estar psicológico, qualidade de vida dos utentes, redução dos internamentos e a medicação (APA, 2004).

Enquanto estagiária de psicologia no HPP, o meu estágio foi desenvolvido na UC e UMD estando maioritariamente ligado à avaliação psicológica de uma população de utentes com problemáticas variadas, ao acompanhamento psicológico e a intervenções maioritariamente breves devido a limitações com o tempo de internamento dos utentes.

A avaliação é feita com base na informação recolhida do processo do utente, onde é possível ter acesso aos relatórios apresentados pelos diferentes profissionais que acompanham o utente, nomeadamente: médico, enfermeiros, psicólogo clínico, terapeuta da fala e assistente social. Estes obtêm informação acerca do seu comportamento e da sua problemática, no momento da entrada até a sua alta. A avaliação dos utentes é efetuada através do MMSE e de uma escala de depressão, tal como foi referido anteriormente. Seguidamente é elaborado um plano de intervenção individual. Após a entrada na unidade, o utente é observado e avaliado pelos demais serviços da unidade nas primeiras 48 horas. Seria fundamental que o utente tivesse um tempo para se adaptar e aceitar a ideia que está internado. Muitos dos utentes referiam ser a primeira vez que estavam fora de casa e longe das suas famílias. A labilidade emocional era uma constante presente, o que me faz acreditar que avaliar um utente horas após a chegada deste a unidade, poderá influenciar os resultados obtidos na avaliação psicológica. Aplicar uma escala de depressão na segunda consulta poderá enviesar os resultados, uma vez que o utente poderá apenas no processo de aceitação e na habituação á unidade

A não existência de um gabinete tornou-se um entrave para o acompanhamento em ambas as unidades. Não existia um local exato para a consulta, o que fazia com que esta fosse efetuada no próprio quarto do utente ou numa sala de tratamento onde não existiam as devidas condições, nomeadamente que assegurassem a “confidencialidade” dos dados. Em ambos os casos, era interrompida constantemente quer pela restante equipa de saúde, quer pelo outro utente do quarto ou pelas visitas e familiares de ambos os utentes. Estas interrupções distraíam, uma vez que os utentes acabavam por se

desconcentrar e muitas das vezes como o outro utente do quarto ficava lá, deixava-o incomodado e não abordava assuntos que em ambiente protegido este falaria.

Forma vários os desafios com que me deparei. Para além da falta de um espaço físico próprio, também era muito difícil conciliar as consultas de psicologia com os horários do lanche, da fisioterapia, enfermagem, e das visitas. Apesar disso, considero que o facto de não ter um gabinete reservado para a consulta de psicologia contribuiu para o meu crescimento, uma vez que, enquanto estagiária tive que me habituar aos demais contratempos o que faz com que mais tarde tenha mais flexibilidade para lidar com situações semelhantes.

Falando agora especificamente do meu papel em cada uma das Unidades, na UC este assentava essencialmente na aplicação do protocolo de avaliação psicológica, apoio psicoemocional e em intervenções breves em casos de prolongamento social ou clínico dos utentes. Como o internamento era muito breve (30 dias), o acompanhamento em alguns casos, era efetuado duas vezes por semana. No que se refere a UMD, a avaliação psicológica decorria de igual forma como na UC, o que as diferenciava era a existência de tempo para a intervenção. Nesta unidade, os planos de intervenção individuais eram mais extensos e dava a possibilidade de abordar as problemáticas relacionadas com a doença de forma mais aprofundada, tendo tido casos mais complexos.

Enquanto estagiária de psicologia as intervenções que efetuei nas unidades com os utentes foram: avaliação, à data de entrada e na data de alta; estimulação cognitiva em grupo e de forma individualizada; acompanhamento psicoemocional e entrevista motivacional. Com os familiares dos utentes o contacto não era frequente, uma vez que só era feito apenas se fosse pedido ou caso o utente tivesse uma regressão no tratamento, nestes casos tínhamos autorização para falar com eles. No que se refere aos restantes profissionais de saúde, estive sempre em contacto com eles, uma vez que existia troca de informações acerca dos utentes que estavam a ser acompanhados por mim.

Em suma, o meu papel na unidade recaía na avaliação psicológica de cada utente que me ia sendo atribuído e conseqüentemente no desenvolvimento de intervenções, no sentido de diminuir e se possível extinguir o sofrimento deles, usando também a estimulação cognitiva e emocional.

## Observação de Consultas

“(…) a observação é já por si interpretativa; no entanto, uma vez esta realizada, o psicólogo vai reelaborar e reinterpretar os dados recolhidos, no sentido de efetuar uma síntese final. É uma fase do trabalho em que se estabelece um psicodiagnóstico ou avaliação global («assessment».)”

(Barahona, 1989 p.575)

A observação de consultas no HPP deu-se na primeira semana de estágio com a psicóloga do serviço e permitiu o primeiro contacto com a realidade do meu futuro profissional.

Sumariamente, estas atividades de observação permitiram obter o contacto mais direto com a realidade e verificar competências práticas, básicas e essenciais no atendimento, nomeadamente: o estabelecimento de relação empática, a escuta ativa, a postura corporal e o contacto ocular. A discussão dos casos posteriormente a observação, permitiu perceber o funcionamento dos serviços nas unidades do HPP.

## Reuniões

### **Reuniões de orientação**

Todas as semanas, existiam reuniões da equipa de profissionais, nunca estive presente, sendo sempre informada através da psicóloga do serviço e minha orientadora, do que era referido acerca de cada um dos meus pacientes, as suas evoluções, as suas agudizações e os seus comportamentos ao longo da semana na unidade. Por isso, as reuniões com a orientadora de estágio realizavam-se sempre após a reunião de equipa, neste caso às Quartas-Feiras.

Estas tinham como objetivo a atribuição de novos pacientes e atualização da informação recolhida na unidade e eram ainda corrigidos os relatórios que eram enviados. Os planos de intervenção foram sempre discutidos nestas reuniões, onde apresentava o que achava pertinente para cada caso e eram analisados os riscos e benefícios.

### **Reuniões de supervisão**

As reuniões com a Professora Doutora Manuela Leite eram semanais e em conjunto com os outros orientandos.

Inicialmente foi discutido o papel de estagiário e como deveríamos agir perante esta nova etapa. Com o passar do tempo e com a atribuição dos casos clínicos, estas

reuniões serviram para o esclarecimento de dúvidas e acompanhamento dos casos. Como iniciante não percebia o porque de determinados comportamentos num doente e sempre que tinha qualquer dúvida colocava. Sempre tive apoio a este nível, porque vindo de uma licenciatura que era caracterizada principalmente em crianças, foi mais complicado lidar com idosos. As reuniões tiveram como objetivos: discussão dos casos, esclarecimento de dúvidas dos outros de forma a esclarecer as de todos em situações futuras; apresentação e correção de trabalhos, esclarecimento de dúvidas acerca do relatório de estágio, discussão dos possíveis casos clínicos apresentados no relatório, definição de datas de entregas, esclarecimento de temáticas como AVC, síndromes, discussão de situações recorrentes do local de estágio e fornecimento de bibliografia.

Perante as dúvidas existentes e a falta de conhecimento acerca de algumas problemáticas que eram decorrentes nas unidades, foi pedido que fossem realizados trabalhos e pesquisas relacionados com o AVC (Anexo 1). Este trabalho possibilitou o conhecimento mais aprofundado desta problemática e ajudou na compreensão de alguns comportamentos e atitudes de doentes do HPP. A falta de conhecimento em determinadas áreas, foi uma dificuldade recorrente no estágio, contudo com a supervisora de estágio a pedir pesquisas recorrentes, as dificuldades foram diminuindo. Foi também nas reuniões de supervisão que foi adaptado o MMSE para afásicos, este será explicado no decorrer do relatório.

### **Reunião com outros profissionais do HPP**

Foram várias as vezes que tive que reunir com outros profissionais do hospital: assistente social, com a terapeuta da fala, com os profissionais de enfermagem e com os fisioterapeutas de forma a obter informações mais concretas sobre os pacientes.

Sempre que algum utente tinha um comportamento menos adequado na unidade dirigia-me a estes ou vice-versa, de forma a solucionarmos o problema ou tentar perceber em conjunto a razão do sucedido. Devo referir que estes sempre foram prestáveis.

### **Avaliação psicológica e Intervenção**

A avaliação psicológica é um processo que permite verificar o grau e a medida como principais critérios presentes no comportamento do individuo que devemos considerar, assim como as suas metas e objetivos que se propõe a atingir (Casulo, 1999).

Esta constitui-se numa importante atividade do exercício profissional do psicólogo. Esta é um processo técnico e científico que é realizado com pessoas de acordo com cada área do conhecimento, e assenta em metodologias específicas e numa recolha de informação sobre os fenómenos psicológicos. Tem como finalidade inserir os trabalhos nos vários campos de um psicólogo. É um estudo que assenta num planeamento prévio e cuidadoso de acordo com os fins e motivos da avaliação aos quais são destinados (Cartilha avaliação psicológica, 2007).

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

Encontra-se em anexo uma tabela, com a listagem de todas as avaliações efetuadas no decorrer do estágio, assim como os instrumentos utilizados em cada um especificamente (Anexo 2). Serão expostos dois casos clínicos detalhadamente mais a frente.

A avaliação psicológica no HPP, assenta fundamentalmente na aplicação de um protocolo. Esta avaliação recai sobre a aplicação do MMSE e de uma escala de depressão (GDS ou IACLID), que varia consoante as idades. O MMSE é aplicado á data de entrada e posteriormente na data de alta o utente é reavaliado com o mesmo instrumento. No primeiro contacto com o utente é feita uma breve recolha de dados anamnésicos e é aplicado o MMSE. A recolha anamnésica é efetuada com uma entrevista semi-estruturada (ANEXO 3), que tinha não só os problemas de saúde do utente, que eram preenchidos consoante os dados do processo, como informação acerca do utente, como orientação, défices, relação com os profissionais e com a família, possuía ainda os planos de intervenção, assim como o genograma. Esta entrevista foi desenvolvida no decorrer deste ano letivo e foi proposto que ajudasse nesta. Assim sendo foi uma das atividades desenvolvidas no HPP.

Após a avaliação ser dada por terminada, eram efetuados planos de intervenção psicológica para cada utente, consoante as problemáticas que estes evidenciavam nos instrumentos. Estes planos eram definidos e posteriormente eram discutidos com os restantes profissionais de psicologia.

Uma vez que o número de utentes afásicos aumentou nas unidades do HPP, foi-nos proposto que fosse elaborado um MMSE adaptado para estes (Anexo 4). Este MMSE tinha como principal função perceber se os utentes se encontravam orientados auto e alopsiquicamente. Em termos de estrutura seguia a versão original. As perguntas foram aumentadas de forma a todos os utentes conseguirem ler e existiam cartões com as diferentes respostas de forma a este indicar a resposta correta.

### **Instrumentos de avaliação psicológica**

Os instrumentos de avaliação utilizados no decorrer do estágio foi variada, contudo apresento os que fizeram parte do protocolo de avaliação psicológica do HPP e os utilizados nos casos clínicos mencionados no decorrer do relatório. Fazem parte do protocolo a entrevista Psicológica, o MMSE, a IACLIDE e a GDS. Quanto a WAIS-Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos, FAB-Frontal Assessment Battery e o BSI-Brief Symptom Inventory foram utilizados na avaliação do primeiro caso exposto.

- **MMSE**

O MMSE foi elaborado por Folstein et al (1975), é um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o mundo. É um instrumento de rastreio cognitivo breve, pois permite uma avaliação global das funções do indivíduo e apenas demora cerca de 10 minutos a ser aplicado. Foi validado para a população portuguesa por Guerreiro et al (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994; Guerreiro, 1998).

O MMSE é constituído por uma pontuação máxima de 30, divididas em onze categorias: orientação temporal, orientação espacial, retenção, atenção/controlo mental, evocação, nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e habilidade construtiva (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

- **IACLIDE**

Este instrumento permite detetar a presença e a gravidade de um quadro depressivo. É um questionário de auto-resposta com 23 itens a que se responde numa escala ordinal de 5 posições, entre “0” e “4”, avaliando perturbações de quatro tipos: biológico, cognitivo, inter-pessoais, e desempenho da tarefa. Estas dimensões significam

a relação que o indivíduo estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho.

O IACLIDE tem como ponto de corte entre normais e deprimidos correspondeu à nota global de 20 do IACLIDE, sendo considerada depressão leve se os valores se encontrarem entre 20 a 34, depressão moderada entre 35 e 52 e depressão grave acima do valor 53. Um resultado que indique depressão em 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. Em grau moderado, o indivíduo tem usualmente uma dificuldade considerável em continuar com as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas. E por último, 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.

- **GDS**

A GDS foi idealizada por Yesavage, et al., 1983, como medida de depressão em idosos (Brink, Yevage, Lum, Heersema, Adey, & Rose, 1983).

A escala de 30 itens foi desenvolvida num formato de auto-resposta de dois pontos (sim/não). A aplicação demora entre 10 e 15 minutos. A escala tem demonstrado boas propriedades psicométricas (Montorio & Izal, 1996). A sua cotação varia em três graus de avaliação, sendo os valores entre 0-10 ausência de depressão, 11-20 depressão ligeira e entre 21-30 depressão grave.

- **FAB**

A FAB Dubois, Slachevsky, Litvan, & Pillon, (2000), consiste num instrumento de administração breve, que tem como principal objetivo a avaliação das Funções Executivas em pacientes. É um dos instrumentos mais utilizados no âmbito da investigação e da prática clínica, e foi adaptada para a população portuguesa por Lima et al, 2008. Este inclui 6 sub testes que exploram diferentes aptidões: conceptualização, flexibilidade mental, planificação, sensibilidade à interferência, controlo inibitório e autonomia).

Do ponto de vista psicométrico, a FAB apresenta uma boa capacidade de discriminação entre população saudável e população clínica com demências causadas por doenças neurodegenerativas tais como a demência de Parkinson (Lima et al., 2008), a Demência de Alzheimer (Oguro, Yamaguchi, Abe, Ishida, Bokura, & Kobayashi, 2006) e a Demência Frontotemporal (Dubois, Slachevsky, Litvan, & Pillon, 2000).

- **BSI**

O inventário está devidamente validado para a população portuguesa e é utilizado com doentes de foro psiquiátrico e psicológico e pode também ser administrado à população em geral (Derogatis & Melisaratos, 1983).

O BSI mede sintomas psicopatológicos e perturbação emocional. O instrumento de 53 itens avalia nove dimensões sintomatológicas (aromatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, obsessividade, depressão, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo) e inclui duas medidas gerais de perturbação emocional.

O BSI avalia ainda três índices globais, nomeadamente: IGS- índice geral de sintomas, TSP- total de sintomas positivos e o ISP- índice de sintomas positivos. Para isso é utilizada uma escala de Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde “nunca” a “muitíssimas vezes”.

O ponto de corte português é considerado um valor igual ou superior a 1,7 indicando gravidade sintomatológica (Canavarro, 1999).

- **WAIS-III**

A WAIS-III é um instrumento para maiores de 16 anos, de aplicação individual com duração média de 90 minutos. As suas características concedem excelentes qualidades enquanto instrumento de avaliação do funcionamento intelectual. É utilizada em diagnósticos de deficiência mental e sobredotação, assim como no diagnóstico diferencial de perturbações neurológicas e psiquiátricas que afetem o funcionamento mental.

A WAIS-III inclui 3 sub escalas dentro destas estão 14 sub testes. Fazem parte assim da sub escala Verbal os seguintes sub testes: Vocabulário, Semelhanças, Aritmética, Memória de Dígitos, Informação, Compreensão e Sequências de Letras e Números

(suplementar). Os sub testes Completamento de Gravuras, Código, Cubos, Matrizes, Disposição de Gravuras, Pesquisa de Símbolos (suplementar) e Composição de Objetos (opcional) formam a sub escala de Realização.

No presente teste, teremos acesso ao QIEC- Quociente de inteligência da escala completa que é uma estimativa do funcionamento intelectual global; ao QIV- Quociente de inteligência verbal que será uma estimativa de conhecimentos adquiridos, raciocínio verbal e atenção a matérias verbais. Teremos também acesso ao QIR- Quociente de inteligência realização, que por sua vez será uma estimativa do raciocínio fluido, processamento espacial, atenção ao detalhe e integração visuomotora.

## Estimulação cognitiva

A cognição para Umphred (2011) é definida como consciência, percepção, raciocínio e julgamento crítico, e tem em conta que o desenvolvimento cognitivo contorna processos de percepção, atenção, ação, solução de problemas, memória e a formação de imagens mentais. As funções cognitivas estabelecem processos que permitem aos indivíduos receber, armazenar e utilizar informação da realidade bem como a si próprio (Molina e Tarrés 1997).

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

Os programas de estimulação cognitiva têm como objetivo principal prevenir o declínio cognitivo global que aparece como consequência das doenças progressivas neuro degenerativas provenientes por exemplo das demências (Nordon *et al*, 2009), assim como, manter as habilidades preservadas e intactas compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Foi proposto ao grupo de estagiários de psicologia que desenvolvessem um plano de estimulação cognitiva para implementar no HPP. Este programa foi constituído por 12 sessões as quais decorreram, uma vez por semana com a duração de aproximadamente uma hora cada sessão, num período aproximado de três meses. Este programa contempla diversas atividades as quais visam estimular as diferentes funções cognitivas, nomeadamente, a orientação espaço-temporal, o raciocínio lógico e abstrato, a atenção e percepção (funções executivas) e a memória (Anexo 5)

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, de acuidade e velocidade percetiva; prevenir o aparecimento de doenças degenerativas, nomeadamente demências; e desenvolver a capacidade para compreender e expressar ideias através de palavras.

Esta atividade destinou-se aos utentes da UMD, devido ao período de internamento ser maior, tendo-se definido como critérios de inclusão, tais como, ter idade superior a 65 anos, apresentar défices cognitivos na avaliação inicial, institucionalizados na UCC de média duração e pacientes com e sem escolaridade. E os critérios de exclusão foram pacientes com idades inferiores a 65 anos, pacientes onde não foi possível realizar a avaliação inicial, surdez e apresentar afasia global. Tendo por base estes critérios, o grupo final era constituído por sete sujeitos de um grupo de 17 utentes. Tratava-se inicialmente de um grupo fechado, mas devido a altas antecipadas ou transferências de elementos do grupo para ULD, o grupo sofreu alterações e passou a ser um grupo aberto, tendo sido incluídos ao longo das sessões outros utentes que após primeira avaliação psicológica, preenchessem os critérios de inclusão.

Apesar destes contratemplos, achamos pertinente continuar as sessões tal como tinham sido planeadas, uma vez que, consideramos que, a inclusão dos novos utentes não prejudicava o desenvolvimento dos que estavam desde o início, e que a sua inclusão seria uma forma de integração e de convívio com os outros utentes, tendo em consideração que alguns destes ficavam isolados nos seus quartos, recusando conviver com os restantes.

Ao serem integrados no grupo, estes começaram a ter um maior convívio e uma melhor integração na unidade.

O plano de estimulação começava sempre com a orientação espaço-temporal, onde era pedido que cada utente identificasse o dia, o mês, o ano e o local onde se encontrava. Este exercício era efetuado de forma individual e houve sempre a tentativa de não se ouvirem as respostas dos anteriores. Seguidamente eram explicados os exercícios estipulados para cada sessão, trabalhando os diferentes défices, e posteriormente era efetuado um relaxamento.

A técnica de relaxamento muscular progressivo utilizada, tem como objetivo de diminuir o ritmo do batimento cardíaco, baixar a pressão arterial, diminuir o ritmo da respiração, reduzir a tensão muscular e a dor, melhorar a concentração, reduzir a revolta e a raiva, aumentar a confiança e o autocontrolo e diminuir a ansiedade e o stresse. Para garantir o relaxamento dos utentes recorreu-se a uma divisão com uma luz ténue, sem ruídos ou distrações. A prática pode realizar-se numa cadeira ou cadeirão que permita apoiar as costas, bem como ter espaço suficiente para estender as pernas em linha reta.

O plano de estimulação cognitiva inicial, sofreu bastantes alterações. Assim sendo, tornou-se mais complicado para nós, avaliar a eficácia deste nos utentes. Inicialmente o que estava proposto, seria fazer uma avaliação inicial e final com o MMSE, contudo e com as transferências frequentes dos utentes, esta tornou-se impossível, pois tivemos alguns integrantes que foram apenas a duas/três sessões. O plano de estimulação teve um feedback bastante positivo, não só para os utentes, mas também perante os restantes técnicos de saúde, uma vez que estes diziam que era uma boa forma de os utentes passarem o tempo e que estes ficavam mais animados quando saiam.

## Psicoeducação: O doente Afásico

*"Ajudar o afásico a conviver com sua afasia requer que os não afásico também consigam fazê-lo. Em outras palavras, ao mesmo tempo que nos parecia importante ajudar o sujeito afásico a superar seus déficits linguísticos, era necessário enxergar o 'pathos' como constitutivo do normal e reinventar uma*

*relação com a linguagem que não logofóbica<sup>3</sup>, que não normativa, que não idealizada, que não homogênea.” (José Pereira, 2003 cit in, Morato, 1999).*

Drummond, 2001 (cit in, Coudry e Possenti, 1988), define afasia como a ausência de recursos expressivos e interpretativos da linguagem. Estes podem ser relativos ao sistema linguístico e aos processos discursivos que se desenvolvem sobre esse próprio sistema. A afasia é uma perturbação que altera os níveis linguísticos com repercussão em outros. Esta é causada por uma lesão no sistema nervoso central em virtude de AVC ou tumores. É geralmente acompanhada por alterações de outros processos cognitivos como agnosias, apraxias, discalculia e de outros sinais neurológicos como a hemiplegia.

Existem particularidades que diferenciam as afasias e proporcionam uma determinação da topografia da região afetada, independente da causa, portanto podem ser divididas em: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia de Condução e Afasia Global.

Tendo em consideração o aumento do número de utentes com afasia, para além da adaptação do MMSE para a sua avaliação cognitiva, foi-nos proposto a realização de uma formação de esclarecimento e sensibilização sobre as estratégias de comunicação com os utentes afásicos, uma vez que muitos dos técnicos e auxiliares não tinham a melhor abordagem com estes utentes.

A formação decorreu no dia 15 de Junho e não tinha limite de participantes, uma vez que era aberta e todos foram convocados pelo enfermeiro chefe do serviço. Esta teve uma duração média de 60 minutos e teve como principal objetivo apresentar estratégias de comunicação em indivíduos com afasia.

No final da apresentação, os participantes mostraram-se motivados esclarecendo as dúvidas existentes ao longo da apresentação. Com a recessão de cada vez mais utentes com afasia no serviço, estes profissionais aceitaram a formação e agradeceram a forma como a apresentação estava estruturada, com uma linguagem simples e de fácil compreensão (Anexo 6)

## Outras atividades

---

<sup>3</sup>Logofobia- Aversão ou receio de falar, de se exprimir através de palavras

A prática e o desenvolvimento de atividades de lazer têm-se revelado na vida dos indivíduos como um facto crucial. Estas para além de contribuir para um melhor estado de espírito, no caso dos idosos pode amenizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento (Martins e Santos s/d).

Para ajudar a combater a solidão dos idosos institucionalizados do HPP, foram planeadas atividades que permitiram uma interação entre os mesmos e os técnicos de saúde, tais como a festa de Natal e a Festa de São João. A Visita do Bispo foi outra atividade existente no HPP. Para Koenig, McCullough & Larson, 2001, a religião é considerado um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que se destina a facilitar a proximidade do indivíduo com o sagrado ou o transcendente. No caso da terceira idade, o número de anos vividos por eles, permitiu experimentar diversos fatos e, especialmente na velhice, a soma de perdas pode acarretar consequências negativas na sua saúde. Problemas como a perda financeira, com a situação económica decorrente da reforma; a perda da beleza, do vigor da juventude; a perda de um corpo saudável para dar lugar à convivência com doenças crónicas; a perda de independência e/ou autonomia; a perda de familiares, amigos e, finalmente, a proximidade da perda da própria vida. A religião e a espiritualidade podem auxiliar a enfrentar estes eventos, considerados como stressores. (Duarte & Wanderley, 2011).

## Caso I: B.S

Este caso foi acompanhado desde 29 de Dezembro de 2014 a 27 de Janeiro de 2015, e foi acompanhado por dois estagiários por motivos que serão explicados no decorrer do caso. O nome é fictício de forma a salvaguardar a identidade do paciente.

### **Identificação**

O B.S é um utente de 52 anos (1962) raça caucasiana, solteiro, sem filhos e é reformado. Foi internado na UC, com diagnóstico de alteração do estado de consciência, comportamentos desadequados socialmente e agressividade.

### **Motivo e pedido da consulta**

B.S foi referenciado para consulta de psicologia, inicialmente para a avaliação psicológica protocolada no ato da admissão, e posteriormente houve um pedido quantificação do QI e despiste psicopatológico.

### **História de vida**

B.S nasceu em 1962 em Águas Santas (Maia), terra onde vive até a atualidade. Entrou para uma escola pública aos 6 anos e referiu que teve uma boa adaptação. No entanto, na passagem para o ensino básico aos 13 anos, este afirma que teve uma péssima adaptação o que fez com que no final do 6º ano abandonasse a escola, tendo reprovado três vezes. Mencionou que a troca de escola fez com que abandonasse bastantes amigos. Foi na entrada para o ensino básico que B.S teve os primeiros contactos com o álcool e com o tabaco, continuando com os hábitos tabágicos até a data do internamento no Hospital S. João. Refere no entanto que o álcool “foi um problema que ficou resolvido à 30 anos” SIC, no entanto nos registos médicos, estes referem que ainda se mantém. Aos 16 anos, teve o primeiro contacto com drogas ligeiras “fumava dois charros por dia” SIC, este diz ter abandonado este vício três anos depois com alguma facilidade. Entre os 17 e os 18 anos teve as primeiras relações amorosas, mas refere nunca ter sido nada muito sério. Foi ainda nesta altura que teve o seu primeiro emprego, trabalhou como vidraceiro. No entanto, com o passar do tempo este declarou ter mais alguns empregos,

nomeadamente na construção civil, pedreiro e distribuidor. Deixou de trabalhar nos primeiros meses de 2012, altura em que teve um AVC e reformou-se por invalidez.

Desde a sua adolescência que B.S refere ter alguns complexos com o seu corpo, principalmente a sua orelha esquerda, refere ter um mal formação, não interferindo na audição.

Por volta dos 34 anos esteve preso durante 3 anos, mas não quis falar do assunto, referindo apenas “sou de uma família honesta e desde que estive preso aprendi muito” SIC. Ainda sobre este tema, este reporta ter feito três tatuagens enquanto estava detido, explicando o significado de cada uma delas “tenho uma pomba que simboliza a paz fiquei melhor pessoa desde que sai, tenho também uma estrela que tem o significado de ter passado algum tempo na prisão, são as quatro paredes e um recluso lá dentro e tenho ainda dois rostos que simbolizam os meus pais e o amor que tenho por eles” SIC. O utente reportou ainda que voltou a ter contacto com drogas enquanto esteve preso, deixando o consumo após ter sido libertado.

Quanto ao seu agregado familiar B.S reside com a mãe, e tem dois irmãos: um do sexo masculino de 51 anos e casado e uma do sexo feminino com 49 anos e casada.

O pai faleceu a cerca de 5 anos com 72 anos com cancro pulmonar. B.S apenas referiu estas informações e afirmava que queria ter uma morte como a do seu pai “rápida e sem dor” SIC. A mãe tem 73 anos e é autónoma. Este refere que a sua progenitora tem diabetes e anda de canadianas, mas quando lhe foi perguntado se era devido a algum problema de saúde ou devido a idade, este não soube responder. No que se refere a relação que mantém com os membros da sua família, B.S não mostrou grande disponibilidade para falar do assunto, no entanto relata ter muito boa relação com a mãe, diz que esta é um grande suporte para si e que o ajuda sempre. Quanto à sua irmã, refere manter uma boa relação e diz que quando é preciso alguma coisa em casa esta mostra-se sempre disponível e pronta para ajudar. Com o seu irmão este refere não ter nada para falar sobre ele, uma vez que não mantém contacto devido a problemas passados.

B.S nunca casou e foi uma opção sua. Quando falou sobre esse facto, diz que ainda tenciona casar, mas declara que “as mulheres de hoje em dia só querem dinheiro e fama” SIC.

No que diz respeito a amigos, este refere não ter muitos, com a troca de escola deixou de falar com muitos deles e menciona que atualmente não é de fazer amizades, uma vez que pouco sai de casa. Os únicos com quem mantém contacto são os que frequentam o café onde costuma ir regularmente. De salientar que B.S mantém uma

péssima relação com os seus vizinhos, pois segundo este, eles gostam de se meter onde não devem, especialmente uma vizinha, que está constantemente a critica-lo por fumar com os problemas de saúde que tem.

Quando lhe foi pedido que descrevesse um dia comum dele, este referiu que acordava bem cedo, ia tomar o pequeno-almoço com a mãe, ia ao café para fumar, e vinha para casa para a cama até ao almoço. De tarde ia para a cama saindo apenas para jantar. No entanto a sua irmã referiu à equipa do hospital que o dia-a-dia do irmão era passado na casa de banho que tinha fora de casa a fumar e a beber.

B.S tem um extenso historial de problemas de saúde, sofre de epilepsia desde a infância, asma, hepatite crónica genotipo 3<sup>a</sup>, sofreu um AVC isquémico em 2012, fraturou o fémur em 2014, corrigiu o hidrocelo também nesse ano, dislipidemia, hábitos tabágicos ativos, alcoolismo ativo e heteroagressividade e comportamento desadequado socialmente.

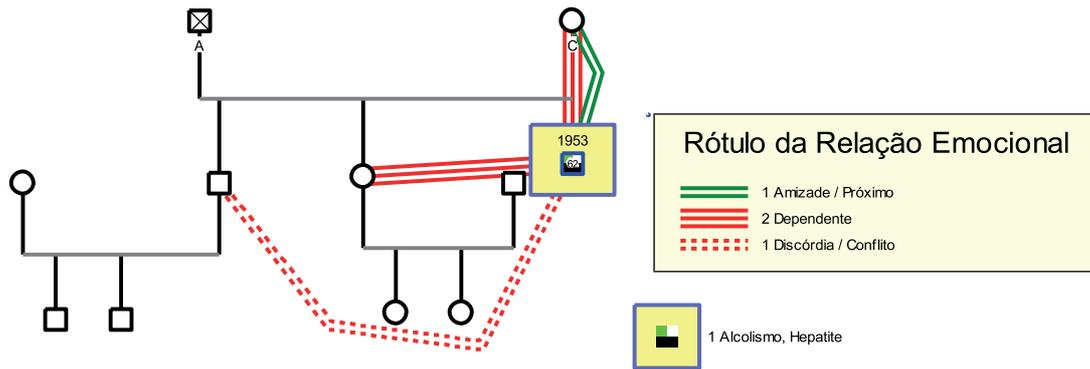
O paciente encontra-se a fazer medicação psicofarmacológica, nomeadamente diazepam, AAS, fenobarbital, leverticetam e quetiapina.

No que se refere ao sono, este diz ter problemas em adormecer, tomando sempre medicação. B.S relata que toma sempre dois comprimidos para dormir, no entanto segundo informação fornecida pela equipa de enfermagem, o segundo comprimido é apenas um adoçante. Nos hábitos alimentares este não refere alterações.

Relativamente ao seu comportamento durante o internamento, B.S isolava-se no seu quarto, referindo gostar de estar sossegado. Não mantém qualquer relação com os restantes doentes da unidade, expondo que nem no corredor gosta de andar, pois ouve as pessoas a falar e se desconfiar que é de si parte para a agressão verbal e física.

No decorrer do acompanhamento, B.S nem sempre se mostrou disponível e recetível, uma vez que existiam dias em que recusava falar, e outros dias que procurava o gabinete para poder falar. O seu discurso era por vezes confuso e pouco perceptível. Tem uma má aparência física e andava sempre com a roupa manchada.

## **Genograma**



## Descrição das sessões

O primeiro contacto com utente deu-se no dia 29 de Dezembro de 2014, quando abordado no quarto, onde se encontrava sozinho, este tinha um aspeto desleixado, apresentava-se cabisbaixo, pouco comunicativo e com linguagem imprópria e agressiva. A sua roupa encontrava-se suja, apresentava um aspeto físico envelhecido e desgastado. Quando foi referenciado que teria acompanhamento psicológico este não mostrou grande disponibilidade, perguntando em seguida se o médico da unidade teria acesso ao que seria feito no decorrer da avaliação. Foi-lhe explicado o sigilo profissional, assim como que o médico só teria acesso à informação que este autoriza-se a partilhar. O paciente não mostrou resistência perante estas informações. Foi-lhe explicado que lhe teríamos que fazer umas breves perguntas de forma a preencher o seu processo e este cooperou. No final da primeira consulta, este mostrou disponibilidade para o acompanhamento semanal. Nesta primeira consulta foi recolhida a informação básica para o preenchimento da ficha de psicologia de forma a preencher o processo do utente e foi-lhe aplicado ainda o MMSE. O utente mostrava-se resistente a algumas das questões, justificando muitas das vezes que não se conseguia concentrar devido a falta de nicotina. Contudo, a avaliação inicial decorreu normalmente, no final este perguntou quando é que teria novamente consulta com os serviços de psicologia, justificando que se sentia bem a falar com os profissionais. Seguidamente procedeu-se a aplicação da escala de depressão IACLIDE, uma vez que esta é uma escala de autopreenchimento, foi proposto que o utente a preenche-se, no entanto este recusou, dizendo logo que demorava muito tempo e que não estava com paciência para tal. Foi então proposto que um dos psicólogos lesse e que este só teria que escolher a resposta que melhor se enquadrava no seu estado. No decorrer da aplicação desta, foi possível observar que o utente referia frequentemente a última opção que lhe

era lida. No final o seu comportamento alterou e foi mesmo agressivo, dizendo que já estava cansado e eu não queria fazer mais nada. Foi respeitada a sua vontade.

Em seguida, foi aplicada a WAIS-III de forma a explorar a capacidade intelectual do utente. Este inicialmente foi recetivo, no entanto com o avançar das provas este tornou-se agressivo uma vez mais e chegou mesmo a espalhar algumas das peças da atividade que estava a realizar de forma a mostrar o seu descontentamento. Uma vez que só lhe faltava completar uma das atividades, foi-lhe explicado que faltava apenas uma única prova para terminar e que este podia escolher entre terminar a tarefa ou terminar num outro dia. De forma agressiva referiu logo que preferia terminar a tarefa no presente dia, assim já não tinha que voltar novamente a atividade. De referir que o utente teve um comportamento que regrediu no decorrer da aplicação da WAIS-III, inicialmente este estava com discurso lógico e agradável, com o passar das atividades, este foi ficando agressivo e com um discurso incoerente. O instrumento de avaliação foi aplicado todo no mesmo dia, num total de 65 minutos, uma vez que as provas tinham que ser interrompidas frequentemente devido a falhas consecutivas do utente.

Na sessão seguinte o objetivo da avaliação recaiu no despiste de psicopatologias, e para isso foi aplicado o BSI, o instrumento foi aplicado sem qualquer problema, e devo salientar que nesta sessão, o paciente manteve a calma. No decorrer desta sessão e como nas anteriores, de forma a recolher algumas informações sobre a sua vida pessoal, foi notável que o utente me ignorava e respondia apenas ao que o estagiário que estava a fazer o acompanhamento comigo lhe perguntava. Tentei várias vezes intervir e este ignorava o que lhe perguntava. Uma outra observação acerca desta consulta, é que o paciente quando estava a responder as questões procurava dar a resposta que achava que era a correta, sendo várias vezes contraditório com o que tinha dito nas consultas anteriores.

Na sessão de avaliação seguinte, de forma a perceber se o utente continuava a ignorar o que lhe dizia, iniciei a consulta com as perguntas que lhe tinha colocado na sessão anterior ao que este respondeu, contudo respondia de forma rápida e sem qualquer fundamentação. Mantive a minha postura e continuei com as questões e este começou a colaborar mais. Nesta sessão foi ainda aplicada a FAB, de forma a avaliar as funções executivas do utente. A aplicação desta decorreu sem problemas, e como era um instrumento curto e de rápida aplicação, este mostrou de imediato disponibilidade.

Devo referir que em todas as sessões decorreu uma recolha anamnéstica, de forma a perceber o comportamento do utente, a sua relação familiar, os seus problemas aditivos

descritos no processo, o seu progresso no HPP, assim como a sua relação no decorrer do internamento com os técnicos e com os restantes utentes.

O comportamento do utente era incerto, tinha dias em que chegava ao quarto e este encontrava-se bem-disposto e no decorrer do acompanhamento tornava-se agressivo, como o contrário também acontecia. O seu aspeto manteve-se no decorrer de todo o internamento, a sua roupa estava sempre suja e este manteve sempre tosse com secreções.

Na última sessão de avaliação, foi aplicado o MMSE novamente, pois o protocolo assim o exige e foi feita uma devolução ao utente. Este manteve-se calmo, uma vez que iria para casa, segundo o utente podia novamente levar uma vida normal e também poderia festejar o seu aniversário em casa, com a sua mãe.

### **Processo de avaliação**

Na sequência do protocolo do HPP para as unidades, todos os doentes internados tem ter uma primeira avaliação com o MMSE e uma escala de depressão e mais tarde a nota de alta tem uma re-avaliação. No caso de B.S a escala utilizada foi a IACLIDE. Após obtenção destes dados, foi proposto que fosse efetuada uma avaliação do utente, que consistia na quantificação do QI, uma vez que este vinha descrito com um défice cognitivo e despiste de psicopatologia, para esses efeitos foram utilizados a WAIS-III, BSI e a FAB.

No que concerne aos resultados do MMSE (Anexo 7), o paciente obteve um valor de 24, sendo um valor normal, tendo em consideração o ponto de corte de acordo com a idade e escolaridade ( $\leq 22$ ), tendo perdido pontos nas provas de atenção, calculo, linguagem (compreensão de ordens simples e cumprimento de regras) e na prova de capacidade construtiva.

No IACLIDE (Anexo 8), obteve um valor de 57 pontos, que nos indicaria estarmos perante um doente com uma depressão grave. No entanto este resultado não foi validado, uma vez que o utente recusou ler, pedindo que lhe fosse lido em voz alta. Aquando da mesma, nem sempre ouvia todas as opções, respondendo impulsivamente e escolhendo sempre a última opção dada. Após reparar no sucedido, foi feita uma inversão nas opções de resposta e o utente manteve o mesmo comportamento, o que fez com que o resultado fosse considerado inválido.

No FAB (Anexo 9), o paciente obteve um valor total de 10, indicativo de prejuízo frontal em grau moderado, sendo as áreas prejudicadas a alteração ao nível da atenção, a

formação de conceitos que se refere à abstração, a fluência verbal que diz respeito à flexibilidade mental e programas motores, indo estes resultados de encontro aos resultados do MMSE.

Quanto aos resultados obtidos no BSI (Anexo 10), apenas a dimensão da hostilidade (2.00) se encontra acima da média da população com perturbações emocionais. As restantes dimensões apresentam valores inferiores, sendo considerados normativos: ansiedade 0.00; somatização obteve 0.43; sensibilidade interpessoal 0.25; ansiedade fóbica 0.40; obsessividade 0.50; depressão 1.50; ideação paranóide 1.20; e psicoticismo 0.40. No IGS obteve um valor de 0.68, no TSP 14 e no ISP 2.57. De salientar que os valores da ideação paranóide e da depressão encontram-se elevados, contudo não são superiores à média.

No que se refere a WAIS-III (Anexo 11), B.S. apresenta um QIEC de 66, o que a coloca num nível de inteligência inferior à média. Em relação ao QIV o paciente apresenta por sua vez um valor de 74 e no QIR apresenta um valor de 64. Na compreensão verbal obteve um valor de 70, na organização perceptiva 66, memória de trabalho 70 e velocidade de processamento 63. De salientar que todos os valores encontram-se inferiores a média da população geral. Apresentou como ponto forte a memória de dígitos.

À data de alta, o utente foi sujeito ainda a uma re-avaliação efetuada com o MMSE (Anexo 12), onde obteve um valor de 28, revertendo os “défices”, referentes ao cumprimento de regras e praxias visuo-construtivas.

### **Conceptualização teórica**

Após a análise da avaliação efetuada ao utente, é possível observar nos valores da WAIS-III, que este possui um baixo QI verbal e manipulativo. O QI verbal avalia aos processos verbais e dos conhecimentos adquiridos, já o QI manipulativo diz respeito a organização perceptual, capacidade de manipular estímulos visuais com rapidez e velocidade, e outros processos não verbais (Nascimento & Figueiredo, 2004 cit in Kaufman, 1979).

Na literatura, a inteligência é vista como um construto utilizado para estudar os aspetos do funcionamento mental, referindo-se assim às totais habilidades cognitivas do sujeito assim como à identificação e solução de novos problemas encontrados. Para Dalgalarondo (2008), a inteligência não pode ser vista como uma função material e independente das conceções que se faz no geral sobre ela. Está é um construto que permite

ver e estudar o funcionamento mental. Para Gottfredson e Saklofske (2009), na psicologia a inteligência é um construto chave para a compreensão das diferenças individuais. Há evidências na história de vida deste utente de dificuldades de aprendizagem, uma vez que este teve várias reprovações ao longo do seu percurso letivo, o que poderá ser indicativo disso mesmo. Também o isolamento que foi relatado, pelo utente e pela sua família, poderá ter contribuído para o baixo desenvolvimento cognitivo. O facto de ter começado desde cedo com problemas de adição, poderá também ter contribuído para este valor. Os problemas de memória, velocidade de processamento de informação e análise e síntese viso-espacial, são algumas das principais alterações cognitivas que se dão devido ao consumo excessivo de álcool (Parsons 1998). Assim sendo, o álcool em excesso, pode provocar a longo prazo comprometimento das funções cognitivas (Feldens, 2009), como por exemplo: a velocidade de processamento de informação (Tedstone & Coyle, 2004), a atenção (Edwards, Marschall & Cook, 2005), e a percepção visual (Galdino et al., 2010).

No uso excessivo de álcool, existe uma maior vulnerabilidade específica dos lóbulos frontais, que refletem uma mudança nas funções executivas e na memória (Feldens, 2009 *in* Uekermann et al., 2003). Possuindo este utente um MMSE dentro dos valores normativos, apresentando apenas défice na atenção (relatado em cima como consequência do abuso de álcool), o mesmo não aconteceu na FAB, onde possuía um valor inferior à média, o que é indicativo de um comprometimento na área frontal. Dai apresentar as funções executivas alteradas. As funções executivas, são definidas por um conjunto de competências que tornam o indivíduo capaz de direccionar os comportamentos a objetivos, tornando possível a realização de ações voluntárias. Estes são avaliados de acordo com a sua adequação e eficiência, possibilitando assim a resolução de problemas imediatos, a médio e/ou a longo prazo (Capovilla, Assef, & Cozza, 2007; Malloy-Diniz, Sedo, Fuentes, & Leite, 2008; Santos, 2004). As funções executivas, dizem respeito as atividades de seleção e estabelecimento de objetivos, planeamento, monitorização e sequencia de ações (Foster et al., 1997). Estas incluem outras funções subordinadas tais como: raciocínio, memória de trabalho, planeamento, atenção e controle inibitório. Assim sendo, estas dirigem o comportamento no sentido de atingir os seus objetivos (Stuss & Levine, 2002).

O utente evidenciou ainda um comportamento depressivo, contudo não existiram evidências, uma vez que não foi possível utilizar os resultados obtidos na IACLID, e o BSI não aponta para tal. Contudo estando o utente a passar por um processo de abstinência, tais resultados podem ser indicativos de tal facto. Este mantinha alterações

do humor, variando de consulta para consulta e no decorrer das mesmas entre humor eutímico e humor deprimido. Podemos ver na literatura que estes factos podem estar diretamente ligados à abstinência. Assim sendo e segundo os critérios de diagnóstico, o utente refere ter insónias, mantém um comportamento ansioso e foi possível observar que este mantém tremores.

A abstinência poderá ter contribuído também para o comportamento agressivo que este mantinha assim como o seu discurso repetitivo acerca do tabaco.

Ainda sobre os resultados apontados no BSI, B.S. apresenta traços elevados de hostilidade, este comportamento foi observado no decorrer de todo o internamento pela equipa de técnicos de saúde que estavam a acompanhar o caso, assim como na sua história de vida é possível ver que este mantinha mau relacionamento com os seus vizinhos. O resultado apontava ainda uma depressão ligeira e um valor nulo para a ansiedade. Contudo uma vez mais era observável pela equipa que este se mantinha ansioso. Este comportamento poderá ser indicativo de ansiedade, assim como já referido em cima, poderá estar relacionado com o síndrome de abstinência.

De uma forma geral, o uso excessivo de álcool poderá ter contribuído para as baixas capacidade intelectuais do utente, assim como os prejuízos nas funções executivas. Já a abstinência pelo qual o utente estava a passar no decorrer do internamento, poderá ser a causa do seu comportamento agressivo, do seu humor depressivo e da ansiedade.

Contudo, é possível observar nos antecedentes do utente que este é epilético desde criança. Assim sendo esta poderá ser a causa do sentimento de hostilidade que ficou registado no BSI, assim como da ansiedade que vinha registado nos processos de psicologia anteriores e era observado pela equipa de saúde. O doente epilético, desencadeia atitudes emocionais face à sociedade e a sua família, dentro destas podemos encontrar a hostilidade, o medo, a vergonha, a culpa e rejeição (Curral, 1989). A epilepsia poderá estar diretamente relacionada com os comportamentos agressivos, que este mantém e com os comportamentos desadequados socialmente, esta foi uma das causas pelo qual o caso foi acompanhado por dois profissionais. Enquanto teve internado o utente apenas teve comportamentos agressivos a nível verbal.

“A epilepsia é um quadro clínico produzido por uma descarga elétrica súbita, anormal e desordenada dos neurónios. Essas descargas podem compreender uma, várias ou todas as categorias e níveis do sistema nervoso, assim fala de descargas psíquicas, descargas motoras, descargas sensitivas, descargas sensoriais e descargas

neurovegetativas, todas as quais são expressão de epilepsia como conceito patogênico e constituem clinicamente as epilepsias” Gareiso & Escardó (1949, p.22).

Para Gherpelli & Manreza (1995) a atividade anormal, virá determinar uma disfunção de caráter transitório das atividades cerebrais, que se podem manifestar como fator positivo, quando ocorrem abalos motores, posturas anormais, sensações anormais; e negativo ocorrendo perda da consciência, hipotonia muscular, afasia; ou uma combinação dos dois.

No que se refere à gênese da epilepsia, têm sido considerados aspetos biológicos (o sistema nervoso central encontra-se comprometido no decorrer e no termino da crise, assim como as capacidade intelectual), psicológicos e sociais (estes dois fatores muitas das vezes não se conseguem diferenciar, desde os sentimentos de inferioridade, aos sentimentos de diferença, estes indivíduos sofrem psicologicamente de pressões e de sentimentos de preconceito social). O doente de epilepsia tem medo do que lhe pode acontecer, de não conseguir controlar o seu corpo, o que leva ao isolamento do mundo, este sente pânico de perder o controlo de si próprio Bagley (1972).

A hostilidade e rejeição marcadas atualmente na sociedade perante o doente epilético poderá desenvolver sentimentos profundos de "raiva" que poderão ter como consequência comportamentos agressivos. A hostilidade pode ser vista como um traço ou uma disposição duradoura. Partir para a agressão faz parte de uma reação comportamental que envolve respostas motoras com o objetivo de causar algum tipo de dano.

No BSI foi possível identificar que perguntas como “Ter a ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas”, “Aborrecer-se ou irrita-se facilmente”, “Impulsos que não se podem controlar” “Não ter interesse por nada” e “ter impulso de bater, ofender ou ferir alguém”, foram das respostas com mais cotação. Estas respostas podem juntamente com a sua história, são indicativo da hostilidade.

Ainda sobre a epilepsia são muitos os estudos que relacionam o doente epilético com a agressividade e irritabilidade, atualmente ainda existe muito estigma em relação a esta doença e é possível ver em estudos que existem nas cadeias 2-4 vezes mais epiléticos do que na população normal. Estes tem uma prevalência semelhante à da epilepsia encontrada nas classes sócio-económicas originárias da maior parte dos prisioneiros (Treiman 1986).

Os problemas familiares, os conflitos que mantém com o seu irmão e a dependência que mantém com a sua progenitora, poderão estar também diretamente

relacionados com a epilepsia. Este mantém uma ligação bastante forte com a sua mãe, descrita pela irmã como dependência. A epilepsia está também relacionada com o meio familiar. Quando está surge na infância, as famílias reagem de diferentes formas, desde a superproteção, rejeição, negação, sentimento de culpa, angústia, tristeza, vergonha ou depressão. Assim sendo os doentes podem ter várias reações, desde o isolamento, permissividade, mudanças nas atividades familiares, dificuldades no cumprimento da terapêutica e diminuição das expectativas parentais na criança.

Quando ocorre superproteção, mais tarde em adulto, o epilético poderá sofrer de imaturidade afetiva, dependência excessiva e problemas de auto-confiança. Todos estes fatores poderão levar a um desajustamento social e a uma diminuta capacidade para o trabalho (Lerman, 1985).

Assim sendo, a epilepsia poderá também ter influência nos comportamentos agressivos do utente, da hostilidade marcada no BSI, nos problemas sociais que este mantinha com a sua família (irmão) e com os seus vizinhos.

## **Reflexão Sobre Caso B.S.**

O caso acima mencionado foi um desafio enquanto estagiária. Este utente mantinha uma postura rígida perante o sexo feminino, ignorando tudo o que lhe era pedido ou ordenado. No início, não tive essa percepção embora com o passar do tempo este comportamento tenha piorado e tornando-se mais notável. Para o paciente o sexo masculino tinha um enorme valor. No decorrer da avaliação, e com o outro estagiário essa atitude foi melhorando, pois ao manter uma postura rígida este manteve o respeito perante mim e a minha posição na unidade.

O comportamento agressivo que este mantinha, inicialmente deixou-me com receio, contudo com o avançar das consultas, isso passou, pois era possível notar que este não partiria para a agressão física. Foi o primeiro caso que me desafiou. Principalmente na aplicação da WAIS-III, este estava a ficar descontrolado e quando lançou as peças para o chão, pensei que este teria algum comportamento desadequado. No entanto, conseguimos em conjunto resolver a situação e este ficou calmo.

Uma vez que era um caso de avaliação, o número de instrumentos a passar eram elevados, e com o passar do tempo, o utente estava a ficar cansado, sendo preciso utilizar técnicas para que este respondesse de forma civilizada.

O seu aspeto não era agradável, este tinha uma má postura e mantinha um discurso repetitivo, para a recolha anamnésica, foi preciso perguntar várias vezes o mesmo e ter muita paciência, uma vez que ouvia coisas menos agradáveis e com uma linguagem imprópria, foi ainda notável que o paciente no seu discurso repetitivo, nem sempre dizia o mesmo, ou seja existia troca de informação o que tornou difícil saber apenas pelo utente a verdade da ilusão.

Com o passar das sessões e com o utente a ficar cada vez mais com um comportamento incerto, fomos obrigados a alterar algumas das abordagens que tínhamos e tivemos que tomar uma atitude mais rígida para com ele. Este por sua vontade ficava constantemente a dormir sem falar com ninguém muito menos ir para a fisioterapia, começou a estar desmotivado. Existiam momentos complicados e que temia que fosse necessário chamar alguém para nos ajudar, contudo nunca chegamos a esses extremos.

O historial do utente fez com que fosse um caso desafiante para mim, e quando me foi pedido juntamente com o outro estagiário fazer uma avaliação, foi algo que me deixou satisfeita, uma vez que não é frequente ter utentes da idade e com a problemática

de B.S. foi um caso desafiante, pois tive que conquistar o utente ao longo das sessões, mas no final foi compensador, pois foi um caso de sucesso, uma vez que em conjunto, consegui aplicar não só o protocolo de avaliação obrigatório, como também o plano de avaliação traçado.

## Caso II J.T.

Este caso foi acompanhado desde 22 de Janeiro a 21 de abril. O nome será fictício de forma a salvaguardar a identidade do paciente.

### **Identificação**

O J.T é um utente de 81 anos (1937), raça caucasiana, casado, tem três filhos, e encontra-se reformado. Foi internado na UMD, com diagnóstico de AVC isquémico.

### **Motivo e pedido da consulta**

J.T foi referenciado para consulta de psicologia, para avaliação psicológica protocolada.

### **História de Vida**

O utente nasceu a 5 de Março de 1937 nos arredores do Porto, onde vive até a atualidade. Era o irmão mais novo de uma fratria de 4. A sua família sempre foi abastada, tendo este frequentado uma escola privada. Refere não se lembrar muito dessa altura, apenas do tempo que passou a brincar nas ruas com os seus irmãos e com os seus amigos mais próximos. Quando entrou para o colégio de forma a completar o 9º ano, as suas recordações já são mais presentes, “ quando fui para o colégio, não conhecia ninguém, foi muito complicado na primeira semana, mas queria arranjar um bom emprego e sabia que precisava disso. Os meus pais queriam que tivesse algum estatuto na sociedade” SIC. Refere no entanto que os seus anos escolares decorreram sem problema. Os relacionamentos amorosos começaram nesta altura, mas segundo o utente “ eram só uns beijinhos, nada de importante” SIC.

Quando saiu da escola foi para o Minho, de forma a arranjar um emprego e foi lá que conheceu a sua esposa “arranjei um emprego e uma mulher para a vida” SIC. Mantém boa relação conjugal, e menciona que esta sempre foi um grande apoio para o seu sucesso profissional.

A sua adolescência é descrita como tendo sido passada a trabalhar e a namorar. Enquanto esteve no Minho J.T trabalhou num escritório de advogados, contudo não

tardou a voltar para a sua terra natal. Começou a trabalhar num tribunal do grande Porto como escrivão e logo casou. Refere o dia do casamento como um dos mais felizes da sua vida. No decorrer das consultas, foi notável o carinho que este nutria pela esposa.

J.T tem três filhos e refere manter uma relação de muita proximidade com estes, aliás quando este falava acerca deles, era difícil controlar as emoções, evidenciando-se labilidade emocional. Refere que todos os seus filhos têm um curso superior, assim como os seus netos, pois incentivou-os para isso e ainda se responsabilizou com as despesas económicas. Dois dos seus filhos vivem ao seu lado, e o outro encontra-se a frente de uma grande empresa em Angola. Quando J.T falava deste filho, chorava e mencionava “tenho medo que lhe aconteça alguma coisa, e no meu estado tenho medo de não o voltar a ver” SIC. Durante o internamento, a família foi presença assídua na unidade, e sempre se mostraram bastante interessados no processo de reabilitação do utente.

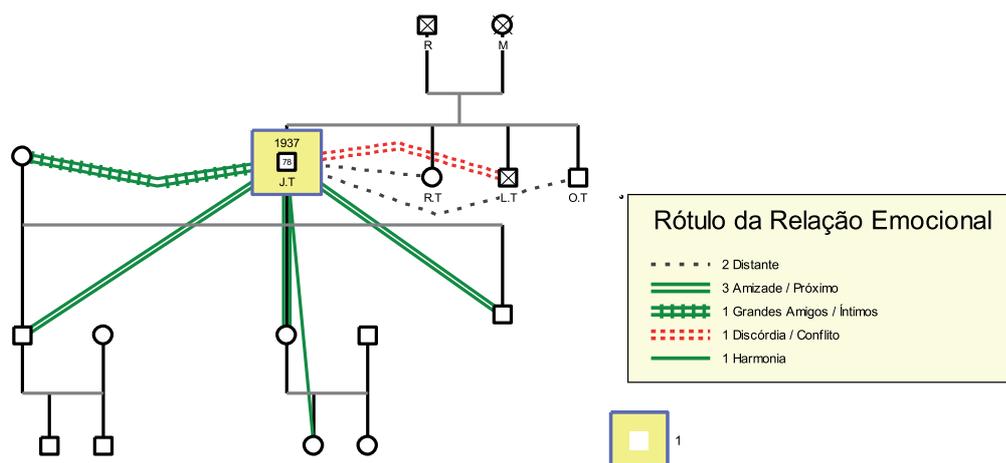
No que se refere aos seus irmãos, este refere o falecimento de um deles e uma relação complicada com os restantes dois irmãos, desde a morte dos seus pais devido a questões relacionadas com a herança. Desde então, mantém pouco ou nenhum contacto com os mesmos o que o deixa triste, pois sempre tiveram uma boa relação até à partilha.

A sua rede de suporte social é vasta, pois na zona onde vive todos se dão bem e mantém uma relação de proximidade com todos. “É nas alturas das colheitas que se nota a nossa relação, todos se ajudam mutuamente” SIC. J.T mantém uma horta onde refere passar o tempo e assim cultivava para consumo próprio e para os filhos. Declara que antes de vir para o hospital o seu dia era passado no campo, e recorda que “foi a fazer a poda que me deu o AVC, a minha mulher diz que me chamou para almoçar e não lhe respondi, quando foi ver onde estava, encontrou-me caído no chão já sem reação” SIC.

Quanto aos problemas de saúde, J.T refere que não tem grandes problemas, e que nunca esteve incapacitado como no decorrer do seu internamento na unidade. Contudo apresenta alguns antecedentes como infeção escherichia coli (local não especificado), bronquite aguda, cistite aguda, hipertrofia benigna da próstata (sem obstrução urinária), hematoma complicando procedimentos e problemas de deglutição, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, dislipidemia e parkinson. Quando deu entrada na unidade J.T encontrava-se com hemiparesia do hemicorpo esquerdo, défice de força muscular global

e no equilíbrio estático, sentado e em pé, alimentado por SNG-Sonda Nasogástrica<sup>4</sup>, discurso fluente com disartria, escape nasal acentuado e voz rouca e pouco perceptível. Apresentava ainda um desvio da língua e dificuldades bucofaciais (amplitude, mobilidade e força) e disfasia acentuada.

## Genograma



## Descrição das sessões

O primeiro contacto com o utente deu-se no dia 27 de Abril, quando me fui apresentar. Este utente encontrava-se no sofá, ligeiramente deitado, tinha um aspeto cuidado e apresentava dificuldades de comunicação uma vez que tinha disfasia acentuada. Não manteve contacto ocular permanente devido as suas limitações físicas, que faziam com que este tivesse mobilidade reduzida. Quando lhe foi referenciado que teria acompanhamento psicológico, este mostrou estar recetivo.

O acompanhamento com este utente decorreu num total de nove sessões, sendo três de avaliação e seis de intervenção psicológica. Inicialmente se procedeu a aplicação do MMSE, a GDS foi aplicada mais tarde, uma vez que o utente tinha humor eufórico e o seu internamento era de 90 dias, não se achou pertinente a aplicação imediata desta. O utente no decorrer das sessões mantinha humor eufórico, apresentava-se motivado para o processo de recuperação e comunicativo.

<sup>4</sup> A sonda nosogástrica consiste na inserção de uma sonda plástica ou de borracha, na boca ou no nariz, que é flexível, e pode ser curta ou longa. Esta tem como funções: descomprimir o estômago e remover gás/líquidos, diagnosticar a motilidade intestinal e administrar medicamentos e alimentos. (Portal de enfermagem)

Após a aplicação do MMSE e tendo estes valores normativos, apresentado apenas défice na evocação, foi elaborado um plano de estimulação individual, de forma a reverter esse défice. O plano de estimulação cognitiva individualizado foi personalizado e ajustado as necessidades deste utente, e tinha como objetivos reverter o défice que este obteve na avaliação psicológica de forma a que após a alta este não interferisse na vida diária do utente. Este plano estava definido inicialmente para um total de 3 sessões, decorreriam uma vez por semana (Anexo 13), Como referido o utente tinha cansaço fácil, tendo sido as atividades realizadas de curta duração. No decorrer das sessões o utente manteve o animo e a motivação, afirmando constantemente que seria uma mais valia para quando voltasse para casa. Contudo o utente agudizou e teve que ser transferido para outro hospital. No total foram efetuadas apenas duas sessões. No final da segunda sessão de estimulação, o utente pediu para que falasse com a sua esposa, não explicando o motivo. Referi-lhe que o faria, se essa fosse a sua vontade e este mencionou que esta também precisava de ajuda, pois não era fácil passar por tudo isso e estar sozinha em casa.

Como referido em cima o utente agudizou (infecção respiratória por aspiração)<sup>5</sup> e foi transferido para o Hospital Padre Américo em Penafiel em estado grave. O utente manteve-se ausente da unidade entre o dia 10 de Março e o dia 18 de Março. Quando regressou a unidade, este estava muito fragilizado o que fez com que não fosse possível continuar o acompanhamento de imediato. Na primeira consulta que tive com este utente após a agudização, foi efetuada uma nova avaliação, de forma a ver se esta tinha causado alguns défices no utente. A aplicação do MMSE decorreu sem contratempos, e os seus valores eram normativos. Contudo este utente começou a referir várias vezes “a vida é complicada” SIC. Inicialmente pensei que fosse apenas uma expressão que este tivesse a dizer, contudo devido ao uso excessivo, questionei o que queria dizer com isso, ao qual ele não respondeu, apenas começou a chorar. Com estes sinais procedi para a aplicação da GDS, os resultados desta apontavam para ausência de depressão. Tentei abordar o assunto de “a vida é complicada”, contudo o utente encontrava-se resistente, desviava o olhar e apenas chorava, colocava a mão na sonda e não falando. Após uma breve conversa com a terapeuta da fala e com uma enfermeira, foi possível perceber o estado do utente.

---

<sup>5</sup> A pneumonia por aspiração diz respeito a um grupo de efeitos clínicos e fisiopatológicos, que assenta na penetração física de corpos ou substâncias estranhas não gasosas no sistema respiratório inferior (Jr. McCuller & Jr. Campbell, 2001).

Este não retiraria a SNG e os treinos de deglutição tinham sido suspensos. Ao ter esta conversa com os elementos da equipa, comecei a perceber, este utente quando estava mais agitado não tirava a mão da sonda.

O utente regressou á unidade com humor distímico, labilidade emocional e a sua motivação para o processo de recuperação estava diminuída.

Devo referir que em todas as consultas, foram trabalhadas metas a atingir e metas que o utente tinha atingido, de forma a que este reconhecesse os ganhos obtidos, de forma a não desanimar no seu internamento. Este tinha consciência do seu estado inicial, assim como dos progressos que estava a obter. Em todas as sessões houve ainda recolha de dados anamnésicos.

### **Processo de avaliação**

Na sequência do protocolo do HPP para as unidades, todos os doentes internados tem ter uma primeira avaliação com o MMSE e uma escala de depressão e mais tarde a nota de alta tem uma re-avaliação.

Na primeira avaliação com o MMSE (Anexo 14), o valor obtido pelo utente foi normativo, um total de 25. Este apresentou défice na evocação e não completou duas provas devido as suas limitações físicas. Na re-avaliação novamente com o MMSE (Anexo 15), o utente obteve um valor de 27, não apresentando défices clinicamente significativos. Na GDS (Anexo 16), o utente obteve um total de seis, indicativo de ausência de depressão.

### **Conceptualização teórica**

A formulação conceptual do presente caso clínico indica-nos que o problema pelo qual este utente esta a passar seja referente à sua auto estima, auto imagem e imagem corporal corelacionado com o facto de não ser alimentado oralmente, sentindo incomodo com a SNG.

O utente quando chegou a unidade já se encontrava com a SNG, contudo estava a fazer treinos de deglutição com a terapeuta da fala e as enfermeiras. Inicialmente este utente encontrava-se bastante motivado para a recuperação, no entanto com as consultas externas que este tinha e com os treinos de deglutição a serem cancelados, o utente começou a perder a motivação para a sua recuperação. No decorrer das consultas isso foi notório, assim como o facto de o utente estar constantemente mexer na sonda com a mão.

No acompanhamento o utente estava constantemente a referir que não se olhava no espelho nas suas idas a casa de banho. Este referia ter vergonha de se ter tornado um inválido para a sua família e não conseguia pensar no facto de poder a não voltar a ser alimentado oralmente. O utente teve uma regressão no seu processo de recuperação, devido a alimentação oral não autorizada pela equipa de saúde por parte dos familiares no dia do seu aniversário. Esta agudização resultou numa pneumonia de aspiração, que deixou o utente em estado grave, ficando a família sem esperanças na sua melhora. O paciente não se encontrava na unidade, e apenas tive acesso ao relatório que este trouxe do seu internamento, não tendo muitas informações adicionais. Quando regressou o seu estado de fragilidade não permitiu o acompanhamento durante alguns dias e quando voltei para fazer a re-avaliação este encontrava-se cabisbaixo, uma vez que tinha feito um exame específico de forma a saber se iria ou não poder retirar a sonda e estava a espera do resultado. O seu complexo com a SNG ia aumentando cada vez mais, interferindo bastante na sua recuperação, este referia mesmo que não valeria a pena melhorar se não fosse para ficar sem a SNG. Questões relacionadas com a autoestima, auto imagem e imagem corporal estavam presentes, uma vez que este sempre foi independente e respeitado e via na sonda um entrave para continuar com a sua vida normal fora do contexto hospitalar.

Na literatura entende-se por autoestima, como a componente de avaliação e valorativa que uma pessoa tem acerca de si própria. E está diretamente relacionada com as habilidades da pessoa (cit. por Korman, 1967 cit in Arsenian, 1942).

Para Bednar e Peterson (1995) a autoestima é construída no decorrer de todo o desenvolvimento humano, para os autores é um conceito dinâmico que depende do comportamento de cada pessoa. Assim sendo, a auto estima pode variar num continuum de elevada, para extremos onde se encontra praticamente inexistente. As estratégias de coping estão diretamente relacionadas com esses comportamentos, estas quando estão em detrimento do evitamento, são a principal fonte de auto estima.

Por sua vez a auto imagem, é definida por Sampaio (2006) como o padrão de relacionamentos de uma pessoa com os outros e consigo mesma. Ao intervir ao nível da auto estima, estamos também a intervir ao nível da auto imagem, contudo não será uma intervenção total (ICN, 2005).

A imagem corporal pode ser definida pela imagem mental que o sujeito tem acerca do próprio corpo, resultando assim o modo como este vê o seu corpo e imagina como os

outros o vêm (Sampaio, 2006). Para Sampaio (2006) a auto imagem e a auto estima mantém uma relação muito estreita.

“A imagem corporal é um complexo fenómeno que envolve aspetos cognitivos, afetivos, sociais/culturais e motores. Está intrinsecamente associada com o conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive. O seu processo de construção/desenvolvimento está associado, nas diversas fases da existência humana, às conceções determinantes da cultura e sociedade. Na história ocorreram modificações das formas de apresentação e representação dessa imagem, com consequências notáveis na relação intra e extra-muros corporais” (Adami, Fernandes, Frainer & Oliveira, 2005, p. 2).

No caso do utente, esta foi diminuindo com a perceção que este tinha do seu estado de saúde. Sempre foi um homem respeitado e com a sonda, este não tinha confiança em si para enfrentar o mundo exterior, nem a sua própria família. Este referia que gostava das suas visitas e que não trocava por nada, contudo ao mesmo tempo não mostrava grande disponibilidade para os enfrentar, sentindo-se inferior e com mau aspeto perante eles. A família sempre foi muito presente, mas existiam dias em que referiam que o utente evitava falar. Com a equipa de saúde este mantinha a sua “vergonha” de falar da SNG, simplesmente como referi em cima estava sempre a mexer nesta numa tentativa de a esconder.

### **Intervenção**

#### **Intervenção efetuada**

Foi efetuada um plano de estimulação cognitiva individual para o utente como explicado em cima, de forma a reverter o défice apresentado no MMSE. Este plano não foi aplicado na sua totalidade devido aos problemas de saúde do utente, contudo após a re-avaliação, foi notória a melhoria no défice apresentado no momento de entrada da unidade.

#### **Intervenção desejada**

A intervenção desejada para este utente recairia principalmente na sua aceitação perante a sua problemática com a SNG. A equipa do HPP, uniu esforços de forma a que

este fosse submetido a uma sonda direta ao estômago, que resolveria os problemas do utente, contudo não foi possível obter resposta no decorrer do internamento do utente. Após os problemas relacionados com a autoestima notados no internamento, esta seria uma intervenção adequada para o utente. Devo salientar que não foi efetuada nas últimas sessões, devido ao estado fragilizado do utente, assim como não tinha autorização para o fazer, uma vez que foi um pedido explícito da família.

### **Reflexão pessoal**

No decorrer do acompanhamento este caso foi um dos que me deu mais gosto de acompanhar, este senhor era extremamente respeitador e agradecido pelo trabalho efetuado com ele. Desde o primeiro contacto que percebi que este utente queria ser ajudado e que faria de tudo para que isso acontecesse. A sua família foi extremamente acolhedora e sempre foi prestável, não só deixando o utente sozinho para a consulta, assim como se mostrava disponível para toda a ajuda necessária. Estes brincaram com a situação da minha condição, uma vez que uma das netas do utente também estava a tirar o curso de psicologia. Jamais senti que ser estagiária duvidaram da minha dedicação e do meu trabalho.

O estado inicial do utente deixou-me com receio de não conseguir o acompanhamento permanente, pois a equipa sempre me disse que estava ali um potencial caso clínico, que cooperava e que se mostrava disponível para todas as tarefas propostas, contudo também me informaram que era um utente de risco devido ao seu estado e que a qualquer momento podia agudizar. O facto de já terem morrido bastantes utentes, deixaram-me com receio que o mesmo fosse acontecer, contudo com o decorrer das sessões acabei por esquecer tal facto. Quando o utente agudizou, foi um momento complicado, pois embora seja algo comum nas unidades, com a evolução que o utente estava a manter nada indicava que isso fosse acontecer. Ia sabendo sempre notícias do seu estado de saúde por parte da equipa de saúde, assim como pela sua família que continuava a ir ao HPP.

Este caso foi escolhido, pelo facto de ser algo que é raro acontecer, uma vez que grande parte dos utentes internados na unidade tem uma recuperação contínua, e este regrediu devido não só aos seus problemas de saúde, como também á sua imagem.

Na parte final do internamento e após a família saber os resultados dos exames, não achei correto não dizerem ao utente, compreendo que este teria dificuldades de aceitar

esse acontecimento, contudo é algo que ira estar presente até aos últimos dias do utente e estes não autorizaram a equipa do HPP a passar a informação ao utente.

O acompanhamento foi frequente e com ele consegui aplicar um plano de estimulação cognitiva nas áreas onde este tinha défices e trabalhei a entrevista motivacional de forma a este reconhecer os ganhos obtidos no seu internamento. Após a agudização e a perceção dos seus problemas com a sonda, acabei por não conseguir intervir a esse nível, o que a meu ver era algo fundamental. Contudo o facto de saber que este ia ter um acompanhamento psicológico após a sua alta, fiquei na esperança que o outro profissional trabalhar-se essa área, uma vez que a família pediu um relatório de alta com informações de todos os profissionais que intervieram com o utente.

Considero que o escape nasal e os problemas orofaciais que o doente tinha foram um entrave para uma melhor perceção do seu discurso. No início era complicado perceber o que este dizia, uma vez que falava num tom baixo. Contudo e com o avançar do seu acompanhamento, fui-me adaptando e fui compreendendo melhor o que este me dizia.

De todos os casos que acompanhei, este foi um dos que me deixou mais entusiasmo, pois sentia apoio a todos os níveis e uma cooperação por parte do utente indeterminada.

## Reflexão final

A escolha do HPP para local de estágio foi uma segunda escolha, contudo e após terminar não o trocava. O facto de me deparar com situações em estado crítico de alguns utentes de várias idades, fez-me refletir e perceber que afinal o que considerava como real, não passava de uma ilusão. Ver utentes bastante novos com diagnósticos de AVC, foi algo que me fez refletir um pouco, pois todos nós temos a ideia de que isso só acontece nos idosos. Os contratemplos que me acontecerem fizeram com que crescesse e me adaptasse, estando com outra visão para o futuro enquanto profissional de psicologia.

Procurei nestas unidades cumprir com os objetivos propostos, e espero sinceramente que as intervenções tenham contribuído de algum modo para aliviar sofrimentos tão complexos e muitas vezes incompreendidos nos utentes.

Para ser sincera nunca pensei desenvolver o meu estágio com este público-alvo, contudo este fez com que fosse possível aprender e desenvolver algumas atividades na área de psicogerontologia, que até esta nova etapa era algo desconhecido para mim. Foi no decorrer do estágio que procurei estudar acerca das patologias dos utentes, assim como intervir nelas.

A perda de alguns utentes no decorrer do estágio foi uma realidade marcante para mim, uma vez que foi complicado lidar com a morte. Saber que num dia estava com a pessoa e no dia seguinte esta morria foi algo que me marcou e me fez refletir acerca da realidade nestas unidades.

Este estágio não me fez crescer apenas a nível profissional e clínico, mas também a nível pessoal. Com a inexperiência sentida nesta altura, senti que em alguns momentos os utentes com as suas experiências pessoais se relacionavam com as minhas, sendo necessário colocar de lado os sentimentos para uma melhor intervenção com eles.

## Referências Bibliográficas

- Adami, Fernando, Fernandes, Tony Charles, Frainer, Deivis Elton S, & Oliveira, Fernando Roberto de. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. *Revista Digital*, Buenos Aires
- APA online (2004). *Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost effective Treatment*.
- Bagley, C. (1972). Social prejudice and the adjustment of people with epilepsy. *Epilepsia*, 13(1), 33-45.
- Barahona, Maria da Graça. (1989). A observação psicológica na criança de idade escolar- Indicações do exame psicológico em saúde mental infantil.
- Bednar, Richard L, & Peterson, Scott R. (1995). *Conceptual themes: Overview and analysis*.
- Bednar, Richard L, Wells, M Gawain, & Peterson, Scott R. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice: American Psychological Association*.
- CANAVARRO, Maria Cristina Sousa. (1999). *Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI*.
- Cartilha de avaliação psicológica, (2007). Conselho Federal de psicologia. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/CartilhaAvalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf>
- Casulo, M. M. (1999). *Evaluación Psicológica*. Em S. M. Wechsler & R. S. L. Guzzo. (Orgs.). *Avaliação Psicológica: perspectiva internacional*. (pp.25-46). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Capovilla, Alessandra Gotuzo Seabra, Assef, Ellen Carolina dos Santos, & Cozza, Heitor Francisco Pinto. (2007). Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Avaliação psicológica*, 6(1), 51-60.
- Chiodi, Marcelo Gulini, & Wechsler, Solange Muglia. (2008). Avaliação psicológica: contribuições brasileiras. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 28(2), 197-210.

- Coudry, Maria Irma Hadler. (1988). *Diário de Narciso: discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos* Maria Irma Hadler Coudry: Martins Fontes.
- Curral, M. D. R. L. (1989). *Aspectos psicossociais na epilepsia: contribuição para o seu estudo*.
- Dalgalarrondo, Paulo. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*: Artmed.
- Derogatis, Leonard R, & Melisaratos, Nick. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(03), 595-605.
- Duarte, Flávia Meneses, & Wanderley, Kátia da Silva. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 27(1), 49-53.
- Dubois, B, Slachevsky, A, Litvan, I, & Pillon, B. (2000). The FAB A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621-1626.
- EDWARDS, G., MARSHALL, E., & COOK, C. (2005). *O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. Tradução Amarílis Eugênia Fernandez Miazzi; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Ronaldo Laranjeira e Marcelo Ribeiro.-.
- Feldens, Alessandra Cecília Miguel. (2009). *Avaliação das funções executivas no dependente do álcool*.
- 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.
- Foster, JK, Black, SE, Buck, Brian H, & Bronskill, Michael J. (1997). Ageing and executive functions: A neuroimaging perspective. *Methodology of frontal and executive function*, 177-190.
- Galdino, MKC, Silva, JA, Santos, NA, & Simas, MLB. (2010). Efeito da Ingestão de Álcool na Percepção Visual: Revisão Sistemática. *Neurobiologia*, 73(4), 151-161.
- Gareiso, Aquiles. (1949). *La epilepsia en el niño: nuevos conceptos, nuevas técnicas, nuevos tratamientos*: El Ateneo.

- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Gherpelli, José Luiz Dias. (2002). Tratamento das cefaléias. *J Pediatr (Rio J)*, 78(Supl 1), S3-S8.
- Goldfeld, Marcia. (2003). Fundamentos em fonoaudiologia: linguagem: Guanabara Koogan.
- Gonçalves, Deolinda Maria da Silva Afonso. (2008). A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada.
- Gottfredson, Linda, & Saklofske, Donald H. (2009). Intelligence: Foundations and issues in assessment. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 50(3), 183.
- Guerreiro, Manuela, Silva, Ana Paula, Botelho, Maria Amália, Leitão, Olívia, Castro-Caldas, A, & Garcia, Carlos. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- ICN- International council of Nurses (2005). Clasificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) Versão 1.0. Génova: ICN/ Ordem dos enfermeiros
- Koenig, HG, McCullough, M, & Larson, DB. (2001). Handbook of religion and health: a century of research reviewed (see article): New York: Oxford University Press.
- Korman, Abraham K. (1967). Self-esteem as a moderator of the relationship between self-perceived abilities and vocational choice. *Journal of Applied Psychology*, 51(1), 65.
- Lerman, P. (1985). Benign partial epilepsy with centro-temporal spikes. *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*, 189-200.
- Malloy-Diniz, LF, Sedo, M, Fuentes, D, & Leite, WB. (2008). Neuropsicologia das funções executivas. *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 187.
- Manual, WHO STEPS Stroke. (2009). Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Martins, Rosa. (2008). Ser idoso hoje. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/358>

McCuller, C. Hewitt, & Campbell, G. Douglas. (2001). Síndromes de aspiração In Parsond, P. E. & Heffner, J. E. Segredos em pneumologia- respostas necessárias ao dia-a-dia.

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

Montorio, Ignacio, & Izal, Maria. (1996). The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*, 8(01), 103-112.

Morato, Edwiges Maria. (1999). Rotinas significativas e práticas discursivas: relato de experiência de um centro de convivência de afásicos. *Distúrb. comun*, 10(2), 157-165.

Nascimento, E. (2004). WAIS-III: Escala de inteligência Wechsler para adultos: Manual David Wechsler; Adaptação e padronização de uma amostra brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.

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.

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.

Hospital Particular de Paredes. Disponível em: <http://www.hpp.pt/>

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

RNCCI. (2009). Cuidados continuados, saúde e apoio social, Guia da Rede Nacional de Cuidados continuados integrados. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>

Sampaio, F. M. (2010). A auto-estima na pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

Santos, Nuno Miguel Barros dos. (2004). Influência do consumo do álcool na velocidade de processamento de informação criativa: estudo efectuado em estudantes universitários.

- Stuss, Donald T, & Levine, Brian. (2002). Adult clinical neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Annual review of psychology*, 53(1), 401-433.
- Tedstone, Donna, & Coyle, Kieran. (2004). Cognitive impairments in sober alcoholics: performance on selective and divided attention tasks. *Drug and alcohol dependence*, 75(3), 277-286.
- Treiman, David M. (1986). Epilepsy and violence: medical and legal issues. *Epilepsia*, 27(s2), S77-S104.
- Umphred, Darcy. (2011). *Reabilitação neurológica*: Elsevier Brasil.
- Vaz-Serra, Adriano, Canavarro, Maria Cristina, & Simões, Mário R. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal.
- Wechsler, S. M., Wechsler, S. M., & Guzzo, R. S. L. (1999). Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica. *Avaliação psicológica: Perspectiva internacional*, 133-141.
- Wegner, A-J, Günthner, A, & Fahle, M. (2001). Visual performance and recovery in recently detoxified alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 36(2), 171-179.
- Witter, GP, & David, JB. (1996). Avaliação da Pós-Graduação na PUCCAMP: Auto e hetero-avaliações. *Estudos de Psicologia*, 13(2), 3-10.
- Yesavage, Jerome A, Brink, TL, Rose, Terence L, Lum, Owen, Huang, Virginia, Adey, Michael, & Leirer, Von Otto. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.
- Zimmerman, Guite I. (2007). *Velhice: aspectos biopsicossociais*: Artmed.