



Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Mestrado em Psicologia Clínica

Relatório de Estágio:

Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Júlia Sofia Silva Saraiva, 22212

Gandra, Julho de 2017

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Júlia Sofia Silva Saraiva, Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

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

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

Índice:

I - Caracterização da Instituição/serviço

1.1 – Caracterização do Hospital.....	5
1.2 – Unidade de Cuidados Continuados.....	5
1.2.1 – Caracterização das Unidades.....	6
1.2.2 – Serviços e Recursos.....	6
1.2.3 - Papel do Psicólogo na Instituição	6

II – Descrição das Atividades de Estágio

2.1 – Reuniões de Orientação	10
2.2 – Reunião de Supervisão	10
2.3 – Atividades Propostas	11
2.4 – Avaliação Psicológica	11
2.4.1. Descrição dos Protocolos de Avaliação	13
2.4.2.1 – Mini Mental State Examination	13
2.4.2.2 – BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	13
2.4.2.3 – BADS – Behavioral of the Dysexecutive Syndrome	14
2.4.2.4 – DGS-30- Escala de Depressão Geriátrica	15
2.5 – Consulta Psicológica	15

III- Estudo Caso

3.1 – Identificação	16
3.2 – Motivo e pedido da consulta	16
3.3 – História de vida	17
3.4 – História de vida atual	21
3.5 – Processo de avaliação Psicológica	22

3.6- Conceptualização do caso de Maria	23
3.7 – Intervenção.....	26
IV- Conclusão	28
V – Bibliografia.....	29

Índice de Anexos:

Anexo I – Grupo de Estimulação Cognitiva

Anexo II – Formação ao Serviço

Anexo III – Power-Point Formação ao Serviço

Anexo IV – Poster formação ao Serviço

Anexo V – Exemplo de relatório

Anexo VI – Mini-Mental

Anexo VII– BSI

Anexo VIII – BADS

Anexo IX– DGS - 30

Introdução:

A elaboração do presente relatório decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e visa a descrição e reflexão do estágio desenvolvido.

Com este documento pretende-se descrever o estágio desenvolvido, englobando a sua caracterização, os seus objetivos, a realização das atividades e competências adquiridas; compreender os processos de alteração do comportamento e perturbação mental que o indivíduo possa apresentar, não esquecendo as repercussões no seu projeto de vida e a forma como a saúde mental não pode ser separada dos fatores circundantes; fazer uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso desenvolvido; identificar as competências adquiridas.

O desenvolvimento deste relatório será estruturado em três partes distintas de forma a facilitar a sua consulta e compreensão. Assim, no primeiro capítulo procede-se ao enquadramento geral do estágio e do local onde este decorreu. No capítulo seguinte, a atenção é voltada para o papel do psicólogo na instituição através de uma reflexiva salientando a minha integração e visão. Por último, o terceiro capítulo é dedicado à descrição das atividades desenvolvidas na instituição, onde se procede à integração de um estudo de caso.

Em anexo encontra-se também as sessões de grupo de reabilitação cognitiva, e a formação ao serviço: comunicação de más notícias, que constituíram dois pontos muito importantes ao longo deste percurso.

I – Caracterização da instituição/serviço

1.1 – Caracterização do Hospital

O hospital destaca-se como unidade hospitalar, capaz de servir a população envolvente, reunindo um corpo clínico experiente e disponibilizando a maioria das especialidades médicas e cirúrgicas, a que se soma um leque completo de meios complementares de diagnóstico. Também é composto pelos serviços de exames de diagnóstico, análises clínicas; bloco operatório, internamento, e atendimentos permanente 24 horas.

1.2– Unidade de Cuidados Continuados

A Rede de Cuidados Continuados surgiu, como projeto prioritário do Ministério de Saúde Português, em 2006, a partir da constituição e consciencialização da mudança do perfil de demográfico da população portuguesa, fazendo com que as necessidades de saúde e os modelos de prestação de cuidados sofressem significativas alterações com o objetivo de acompanhar essa mudança (Figueirinha, Marques, Simões, 2012). Desta forma, foi projetada para responder a situações de pessoas idosas e /ou em situação de dependências, que não necessitam de internamento em hospital de agudos mas com necessidade de cuidados continuados, de forma eficaz e adequada, independentemente da idade dos indivíduos (Monteiro, Santos & Costa, 2013). Com a criação da RNCCI, o conceito de “cuidado integrado” surge como um novo paradigma, potenciando soluções para diversos problemas criados pela divisão entre as áreas da saúde e dos serviços sociais. Segundo Ferreira (Monteiro, Santos & Costa, 2013), e tendo em conta a definição emanada da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados são definidos como um conjunto de intervenções integradas de saúde e apoio social, baseadas numa avaliação conjunta e visam a recuperação total da pessoa. Neste processo, a pessoa é entendida como o centro de um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo. Os CCI têm por objetivo promover a autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação readaptação e da reinserção familiar e social (Monteiro, Santos & Costa, 2013).

Tendo em conta estes pressupostos, os cuidados a prestados destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação, manutenção e apoio social e à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia

possível. As unidades promovem o treino de funções cognitivas, sensoriais e motoras, ressocialização e atividades sócio ocupacionais. Pretende-se responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde e evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos; contribuir para a gestão de altas dos hospitais de agudos; reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração; promover a reabilitação e a independência dos utentes.

1.2.1– Caracterização das unidades

O internamento é composto por duas unidades: a unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação, e a unidade de Cuidados Continuados de Convalescença.

A primeira é dirigida para a prestação de cuidados clínicos de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável até 90 dias. É composta por 10 quartos, e 17 camas.

A segunda ocorre na sequência da mesma problemática, mas com doentes potencialmente recuperáveis até 30 dias, para cuidados de reabilitação e medicina física. É composta por 10 quartos, e 16 camas. No entanto as unidades poderão ter utentes que ultrapassem esse período, devido a questões sociais, denominando-se de prolongamento social. Casos em que não são reunidas as condições para o utente regressar a casa, ou a uma outra instituição.

1.2.2 - Serviços e recursos:

As unidades asseguram designadamente: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer.

A nível de recursos humanos, as unidades são compostas por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, assistentes operacionais, auxiliares de ação médica, equipa administrativa, uma assistente social, uma terapeuta da fala e uma psicóloga.

A UCCI incentiva também a participação da família e dos cuidadores informais na prestação de cuidados, na toma de refeições, na concretização de atividades diárias e no acompanhamento ao tratamento. Também conta com a atividade de voluntariado, precedida de formação específica e subordinada aos princípios de solidariedade, da participação, da cooperação, da complementaridade, da gratuidade, da responsabilidade e da convergência.

1.2.3- Papel do psicólogo na instituição

No internamento dos Cuidados Continuados, o psicólogo, está inserido numa equipa multidisciplinar, onde exerce funções em conformidade com a mesma, onde o seu papel é promover uma maior compreensão da realidade da doença, facilitar a comunicação e apoiar emocional e psicologicamente o utente (Tonetto e Gomes, 2007). Assim, o psicólogo começa por avaliar o estado mental do utente, facultar apoio à família, estabelecer a proposta de intervenção psicológica junto da equipa multidisciplinar e, reunir com o utente/família para dar conhecimento do processo de reabilitação (Estrela-Dias & Pais- Ribeiro). No entanto as suas funções não se devem focar apenas no acompanhamento individual do utente, e nas famílias, mas também na equipa técnica, ou seja deve ser conceptualizada numa tripla dimensão de intervenção. No entanto é de referir, que apesar de abordar o tema da intervenção na equipa técnica, pois acho fundamental para o bom funcionamento do internamento, esta não deve ser realizada com o psicólogo que compõe a equipa multidisciplinar, visto que o mesmo pode/deve beneficiar da mesma, mas também pelo tipo de relação de proximidade com a equipa.

A intervenção mesmo quando não é diretamente com o utente irá manifestar-se no seu bem-estar, e conseqüentemente na sua melhoria, motivação e adesão terapêutica. Como já foi referido, a maioria dos utentes é idosa e com diagnósticos “difíceis” nomeadamente: AVC, fraturas, traumatismos, úlceras de pressão, amputação de membros. Estes diagnósticos são muitas vezes acompanhados por sintomatologia ansiosa e depressiva face ao envelhecimento e morte, luto, medo de dependência e, outras psicopatologias associadas: demências, perturbações do humor e perturbações da ansiedade (Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2014).

As soluções encontradas passam por apostar no desenvolvimento de «*guidelines*» que orientem a intervenção do psicólogo, através de um manual de procedimentos e de boas práticas; intervir junto da família do doente com uma periodicidade, no mínimo,

quinzenal; estabelecer a dor como um indicador de qualidade de vida e da qualidade dos cuidados prestados; trabalhar ao nível das equipas, de forma a prevenir o «*burnout*» e fomentar a coesão; incentivar uma atitude proactiva de afirmação da Psicologia.

Tal como já foi referido, o psicólogo trabalha em conformidade com a restante equipa multidisciplinar, visando não só o utente, mas também o cuidador principal e respetiva família, de forma a providenciar os recursos necessários ao desenvolvimento e manutenção do bem-estar psicológico. Desta forma tem a função de realizar um rastreio e avaliação das necessidades dos utentes e respetivas famílias que permitam posteriormente um confronto com a doença e internamento na unidade mais adequada, bem como os procedimentos de diagnóstico e tratamento. É privilegiada também a adesão medicamentosa e comportamental no sentido de promover positivamente a qualidade de vida na doença, não descurando a prevenção de ocorrência de sobrecarga física e emocional dos cuidadores.

Mais especificamente, a nível das famílias a intervenção é realizada quando existem casos complicados, em que o processo de reabilitação pode ficar comprometido, e quando as expectativas são desajustadas. Neste sentido o cuidador principal e família é contactada e marca-se uma reunião com a equipa multidisciplinar de forma a avaliar as expectativas relativamente ao utente, ao seu potencial de recuperação, alta e intervenção ao nível da psicoeducação, assim como fazer reforço positivo. Ao nível individual, e de forma informal, o psicólogo coloca o cuidador principal a par da situação clínica e psicoemocional do utente, sem colocar em causa a ética e deontologia da profissão, fornecendo esclarecimentos e estratégias nomeadamente ao nível do treino cognitivo e cuidados a ter na pós-alta.

A intervenção é sempre realizada com todos os utentes, que de acordo com a avaliação, é realizada uma intervenção, caso se justifique. Quando esta não é necessária, é realizada a supervisão e evolução do estado de saúde. É importante salientar que a intervenção só acontece, caso o utente aceite. Na unidade de curta duração a reavaliação a meio do período de internamento, não faz sentido, visto que o período ocorre até ao máximo de 30 dias. No final do internamento é realizada uma avaliação para a nota de alta, onde em princípio não se passa nenhuma escala, mas sim algumas questões de forma a verificar se houve alguma alteração do estado psíquico. Na unidade de média duração, referente ao máximo de 90 dias de internamento, realiza-se uma reavaliação a meio do

internamento, e uma na reta final. As escalas utilizadas são o Mini Mental e o MOCA, pois são validadas a nível jurídico. Podemos no entanto utilizar outras escalas de avaliação e diagnóstico, caso se justifique, nomeadamente a Escala de Depressão Geriátrica. No entanto, apesar de ser uma intervenção adequada ao local, não é a mais adequada, existindo algumas lacunas, devido à falta de infraestruturas, por dificuldades financeiras da instituição. Há desta forma défice de instalações que permitam uma intervenção mais adequada e um *setting*, assim como um gabinete de psicologia. Ao nível dos recursos humanos, devia praticar funções um neuropsicólogo, que trabalhe ao nível dos défices cognitivos de forma mais eficaz.

Seria ideal que ao nível das famílias fosse sempre realizada uma reunião multidisciplinar, de forma a informa-la do estado de saúde do utente, e dar-lhe algumas indicações terapêuticas, assim como apoio psicoemocional. Para os profissionais de saúde, devia apostar-se na prevenção, nomeadamente através de palestras, criação de reuniões informais, organização de encontros e/ou convívios extra serviço, realização de sessões de terapias de grupo com apoio profissional.

Desta forma, e em conformidade com a bibliografia, o papel do psicólogo no internamento, tem o objetivo de promover a autonomia, e funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

II - Descrição das atividades de estágio

O Estágio teve início em Outubro de 2015 e numa fase inicial foi apresentada à estagiária a instituição e todas as valências e profissionais que dela fazem parte. Com a orientadora, foi estabelecido o horário e feito um plano de objetivos e prazos a cumprir ao longo do período de estágio. Ao nível da frequência estabelecemos inicialmente um dia por semana, e posteriormente fomos alargando o horário até 3 dias semanais, consoante as necessidades do serviço. Essas necessidades eram avaliadas consoante o número de utentes que davam entrada, e a necessidade de acompanhamento mais específico. Inicialmente o acompanhamento era realizado através da observação das consultas, mas rapidamente iniciei o acompanhamento de forma individual, onde seguia o protocolo utilizado pela instituição, mas tinha autonomia de intervir da forma que considera-se mais pertinente, sempre com a devida supervisão da psicóloga do serviço. Desde o início foi possível concluir que o bom relacionamento entre os técnicos, e a

filosofia de colaboração que existe entre todos, acaba por facilitar os objetivos da instituição, principalmente no que diz respeito ao trabalho de equipas multidisciplinares.

Não vou especificar nenhum item relativamente à observação, pois esta foi quase inexistente, de forma a não perturbar os utentes. A eficácia da intervenção poderia ser posta em causa. No entanto, existia paralelamente um grande acompanhamento, por parte da nossa orientadora, nomeadamente ao nível da aplicação dos protocolos e de inúmeras técnicas que nos facultou para intervir, de forma a tanto ela, como os estagiários estarem seguros de um eficiente acompanhamento.

2.1 - Reuniões de Orientação

As reuniões de orientação foram fulcrais no decorrer do estágio. Estas aconteciam praticamente diariamente, no sentido que sempre que me encontrava no local de estágio, privava diretamente com a minha orientadora, e tinha sempre feedback de todas as atividades realizadas, assim como de todos os casos acompanhados. Constantemente fazíamos reuniões para debater os relatórios de avaliação, as falhas, e a forma como teríamos de proceder na intervenção caso fosse necessária. Foi fundamental esse acompanhamento, quer na forma como nós, estagiarias lidávamos com os utentes, quer com os restantes profissionais de saúde, assim como lidávamos com todas as nossas dúvidas, dificuldades, angústias e ansiedades. Este debate constante que existia, entre nós, estagiárias e orientadora, permitiu que todas as dúvidas fossem esclarecidas, quase sempre em seguimento das consultas. Os casos eram analisados procurando o conteúdo latente do discurso, a forma como o utente descrevia uma situação e o que sentia. De igual forma eram analisadas as minhas emoções para com os utentes o que me proporcionou um crescente autoconhecimento.

2.2 – Reunião de supervisão

Além das reuniões de orientação, pudemos ainda contar com reuniões de supervisão ao longo de todo o estágio de periodicidade quinzenal. O objetivo foi a troca de experiências, a discussão e reflexão sobre o trabalho de cada uma das alunas para além da avaliação, pela supervisora, do trabalho que cada uma de nós estava a realizar. Assim, nestas reuniões apresentamos e discutimos casos clínicos, a problemática em questão, sugerimos formas de intervenção para o caso e analisamos o percurso de cada uma no seu estágio.

Foi bastante enriquecedor poder contar com diferentes formas de compreender e intervir nos diversos casos, tornando-se num espaço onde nos era possível expressar as nossas angústias, dúvidas e encontrar apoio e outro olhar sobre a mesma problemática.

2.3 – Atividades propostas

As atividades propostas são um programa de reabilitação cognitiva, realizado em grupo com os utentes das unidades que preenchem os critérios de inclusão, e os quais poderiam beneficiar de alguma melhoria. É um programa que para além de priorizar a estimulação cognitiva, contém uma vertente emocional e social, importante para a promoção do bem-estar, tanto físico como psicológico. Esta atividade foi realizada entre os meses de fevereiro a março, com um total de 12 sessões (anexo I).

A outra atividade realizada foi uma sessão de formação aos profissionais de saúde, no qual o tema optado foi a comunicação de más notícias. O público-alvo da formação são os médicos, enfermeiros, e psicólogos, embora fosse aberto aos restantes profissionais de saúde. Nesta formação para além do conhecimento sobre o tema, foram apresentadas formas, aspetos e técnicas de comunicação de más notícias, abordando também a ética e deontologia relacionada com o tema. No final realizou-se uma situação de debate e partilha de experiências (anexo II, III e IV).

2.4 – Avaliação Psicológica

A Avaliação Psicológica é uma área da Psicologia dirigida à compreensão de problemas. Nesse sentido, entre as diversas tarefas envolvidas em um processo de avaliação psicológica, deve-se incluir a análise de diversos aspetos relacionados ao sujeito, e ao seu contexto, sendo necessário uma análise sistémica do problema.

Segundo Strapassom, Marques da Silva & Teodoro (2010) a avaliação psicológica utiliza estratégias com objetivos bem definidos para encontrar respostas com vista às soluções dos problemas. Assim, a avaliação psicológica visa o conhecimento acerca do sujeito com o propósito de atingir os objetivos definidos e, assim poder auxiliar em processos de tomada de decisões. O desenvolvimento e o uso de testes e de outros instrumentos são, evidentemente, elementos da prática profissional da avaliação psicológica, sendo fundamentais na definição psicológica do sujeito, na eficácia de técnicas e programas de intervenção e na investigação (Almeida, Machado & Gonçalves, 2007).

A entrevista é vista como parte do processo de recolha de dados, interpretações da informação, sendo imprescindível à avaliação (Strapsson, Marques da Silva e Teodoro, 210). Neste contexto torna-se essencial falar numa avaliação geriátrica como um processo multidisciplinar e interdisciplinar, com o objetivo de detetar problemas médicos, psicossociais e funcionais do idoso, com o objetivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo (Verissimo, 2006), que é constituída para além da própria avaliação clínica, o estado físico, mental, funcional e social.

Entre os procedimentos técnicos disponíveis, encontram-se as entrevistas e os instrumentos de avaliação (testes psicométricos e projetivos).

O procedimento de avaliação psicológica dos utentes era transversal e realizada a todos, sem exceção, os que davam entrada no serviço da UCC. A avaliação começava com a recolha da história pessoal e clínica constante no processo individual do utente, através de uma entrevista psicológica.

Realizava-mos a recolha do estado mental através dos sinais e sintomas de alterações do funcionamento mental. Essas informações são recolhidas com base na observação direta da aparência do paciente, da anamnese, e dos dados que constam na ficha clínica do utente. A avaliação do estado mental consiste na observação das seguintes funções: consciência; atenção; senso percepção, orientação, memória, inteligência, afetividade, pensamento, juízo crítico e linguagem.

Posteriormente aplicávamos os protocolos de avaliação da UCC que são: Mini Mental e Escala de Depressão Geriátrica. A última, só era aplicada se existisse indícios de depressão por parte do utente. Caso achássemos podíamos recorrer a outros instrumentos de avaliação de forma a realizar um diagnóstico mais preciso.

Após esta avaliação realizávamos um relatório de cada consulta, com a proposta de intervenção, caso necessária (Anexo V).

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de avaliar e acompanhar diversos tipos de doentes, com diversas patologias, com ou sem sintomatologia psiquiátrica. Doenças Pulmonares Crónicas, AVC's, Insuficiências Cardíacas, Hipertensão Arterial, Cancro, acidentes Crânio-Encefálicos, amputados, quedas, entre outros. Realizei 26 avaliações do estado de saúde, com base no protocolo da UCC, dos quais foi necessário acompanhar 11 de forma mais intensiva, através de uma intervenção terapêutica.

2.4.1 - Descrição dos protocolos de avaliação:

2.4.1.1-Mini Mental State Examination (Anexo VI):

O MMSE é uma medida muito utilizada para o rastreio cognitivo e intelectual para registar as alterações que ocorrem com o tempo/envelhecimento e para avaliar os efeitos, por exemplo, da reabilitação neuropsicológica no funcionamento cognitivo. Muitos dos seus itens são utilizados rotineiramente pelos neurologistas, psiquiatras e psicólogos para examinar a capacidade mental. Os itens foram formalizados por Folstein, Folstein e McHugh (1975), a fim de distinguir pacientes neurológicos de pacientes psiquiátricos. O teste compreende uma variedade de itens que avaliam a orientação no tempo e no espaço, a atenção/concentração, linguagem, capacidade de construção e recordação imediata e diferida (Spreen & Strauss, 1998)

O MMSE é o instrumento universalmente mais utilizado na avaliação breve do estado mental (Crum, Anthony e Basset, 1993), e encontra-se validado para a população portuguesa. É um teste simples para a avaliação do estado cognitivo, que requer pouco tempo de aplicação (5 a 15 minutos). Se a pontuação for menor ou igual a 15 em analfabetos, menor ou igual a 22 nos idosos com escolaridade entre os 1 e 11 anos e, menor ou igual a 27 nos que tem escolaridade superior a 11 anos estamos perante a presença de défices cognitivos (Veríssimo, 2006; Sobral, 2006).

2.4.1.2- BSI- Inventário de sintomas psicopatológicos (Anexo VII):

O BSI é um inventário de auto – resposta que é constituído por 53 itens, sendo uma versão abreviada do SCL-90-R. Este inventário avalia os sintomas psicopatológicos. É constituído por nove dimensões e três índices globais: Somatização; Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, Psicoticíssimo, Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos (Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

O BSI pode ser aplicado individualmente ou coletivamente (Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008). Para obter as pontuações para as nove dimensões psicopatológicas, deverá somar-se os valores 0 – 4, obtidos em cada 45 item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida deverá de seguida ser dividida pelo número de itens pertencentes à dimensão respetiva (Idem). O cálculo dos três índices globais deverá ser

realizado da seguinte forma: Índice Geral de Sintomas (deverá somar-se as pontuações de todos os itens, e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas), Total de Sintomas Positivos (obtem-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva) e Índice de Sintomas Positivos (calcula-se dividindo o somatório de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos); (Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

A sua tradução, adaptação cultural e validação foi realizada por Canavarro Foram utilizadas duas amostras para a validação do BSI. A amostra 1 era constituída por 404 elementos da população em geral e a amostra 2 foi constituída por 147 indivíduos perturbados emocionalmente. Relativamente aos resultados, concluiu-se que ao nível da consistência interna esta escala apresenta bons níveis.

2.4.1.3 - BADS - Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (Anexo VIII):

É uma bateria Neuropsicológica, a BADS está dividida em seis subescalas: 1. *Rule Shift Cards* (Alteração das Regras): Avaliação dos padrões de resposta através da mudança de regras. Implica inibição de resposta, adaptação comportamental e habilidade de mudança; 2. *Action Program* (Programa de ação): Através da resolução de problemas práticos, o indivíduo necessita de planear todo o exercício, juntamente com o material fornecido; 3. *Key Search* (Busca da Chave): Avaliando a funcionalidade e a probabilidade de sucesso, esta sub-prova centra-se nas estratégias de ação como principal ponto guia na realização desta tarefa; 4. *Temporal Judgement* (Julgamento Temporal): Sub-prova constituída por quatro questões que pretendem avaliar o tempo de realização, estimado, de diferentes atividades do dia-a-dia; 5. *Zoo Map* (Mapa do Zoológico): Com duas situações aplicadas a diferentes estratégias, este exercício incide sobre a capacidade do indivíduo de planear uma ação; 6. *Modified Six Elements* (Teste Simplificado dos Seis Elementos): Programando e organizando seis tarefas, esta sub-prova avalia a organização temporal, a auto-monitorização do desempenho e o planeamento – cotadas entre os 0 e os 4 pontos (num total de 24 pontos) (Barbosa, Peixoto, & Silveira, 2011).

Demorando aproximadamente 35 minutos a ser aplicada, avalia capacidades como, a habilidade de mudança de resposta, a resolução e solução de problemas práticos, a conceção de estratégias de ação, o julgamento a nível temporal, o planeamento de ação, a programação e organização temporal e a auto-monitorização do desempenho numa determinada tarefa (Barbosa, Peixoto, & Silveira, 2011).

2.4.1.4 - GDS-30 A Escala de Depressão Geriátrica (anexo IX):

Trata-se de uma escala de hétero avaliação, composta por vinte e oito itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana transata. De acordo com Barroso (2008), a GDS tem boas medidas de consistência interna ($\alpha = 0,94$) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no reteste de 8 dias ($r = 0,85$). Apresenta uma boa validade de critério (correlação com outros instrumentos que avaliam depressão entre 0,83 e 0,84).

Com uma estrutura curta e de fácil aplicação (entre 7 a 10 minutos), a GDS é um instrumento capaz de ser aplicado à população idosa, para despiste de sintomatologia depressiva (Sheikh & Yesavage, 1986). Ainda assim, a sua utilidade estende-se ao rastreio de depressão, mesmo em idosos com demência, quer moderada, quer grave (Sheikh & Yesavage, 1986). A sua pontuação total vai de 0 a 10 para ausência de depressão, de 11 a 20 para depressão ligeira, e de 21 a 30 para depressão grave (Giyeon Kima, 2012).

2.5 – Consulta Psicológica

A consulta de psicologia desenvolve-se através de uma relação profissional entre o utente e o psicólogo, com a finalidade do psicólogo ajudar o utente com as suas dificuldades e problemas para os quais sente não possuir os recursos necessários. Por outro lado, a consulta tem como finalidade também desenvolver os seus recursos disponíveis e as competências que permitam lidar com problemas semelhantes de forma mais eficaz. O processo que se estabelece entre o utente e o psicólogo é colaborativo, ou seja, em conjunto exploram os motivos do pedido de consulta, identificam as dificuldades e os desafios, desenham objetivos e planos terapêuticos, que ajustam continuamente. Os principais objetivos são: equacionar e auxiliar nas dificuldades apresentadas no pedido de consulta, restabelecer o equilíbrio e promover a qualidade de vida. A consulta está baseada no conhecimento científico e nos métodos e técnicas psicoterapêuticas.

Desta forma, tendo em conta a problemática identificada, realizávamos as intervenções orientadas para diversos domínios, como a promoção da adaptação do utente ao seu estado de saúde, a realização de exercícios de estimulação cognitiva, técnicas de relaxamento, a monitorização de sintomatologia ansiosa, depressiva e outras, apoio psicoemocional, a manutenção da motivação para a reabilitação e a supervisão do estado psicoemocional e cognitivo.

Ao longo do meu percurso, os utentes mostraram-se na sua maioria colaboradores comigo, sendo que a avaliação e intervenção era bem recebida, e vista como uma mais-valia para eles.

III – Estudo de Caso

3.1 -Identificação:

Maria é uma idosa de 83 anos, do sexo feminino. Tem nacionalidade portuguesa, e reside na cidade do Porto, de onde é natural. É solteira, e sem filhos. Encontra-se institucionalizada na Unidade de Cuidados Continuados. Provém de um meio socioeconómico médio-alto. É reformada e tem o 5º ano de escolaridade.

3.2 - Motivo e pedido da consulta:

A utente foi reencaminhada para a Unidade de Cuidados Continuados, devido a queda não presenciada, que resultou em diagnóstico de AVC hemorrágico. Deste modo, o pedido da consulta surge no âmbito do protocolo de avaliação referente à unidade onde se encontra, onde há necessidade de reavaliar o estado mental, psicológico e funcional do utente, elaborar um relatório do exame mental, e proceder a uma intervenção psicológica de acordo com as necessidades identificadas.

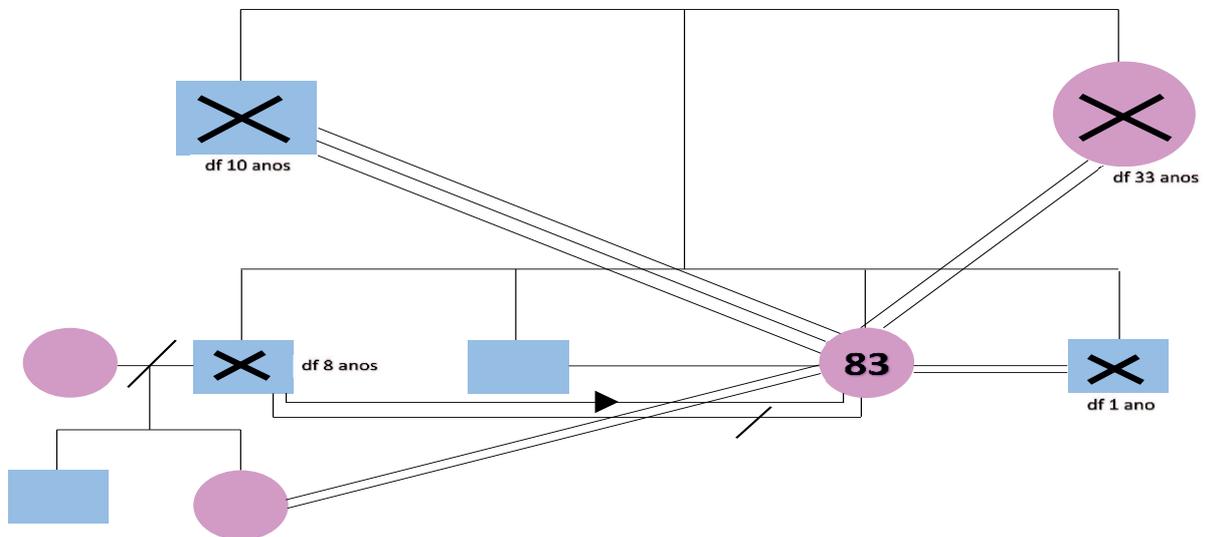
Logo no primeiro contato Maria mostrou-se cooperante e vígil, mantendo bom contato ocular e uma mímica adequada ao discurso. A sua imagem era adequada à idade. Tinha uma aparência muito frágil devido a uma magreza evidente, em contraste com 1,80 de altura, mantendo uma postura maioritariamente curvada. O seu discurso apesar de fluente e perceptível era desorganizado e nem sempre coerente. Não tem insight sobre a doença, e encontra-se desorientada auto psíquicamente: “Eu não sou nada uma pessoa saudosista”; “Com o passar do tempo sou cada vez mais saudosista”. Revela labilidade emocional, entre o humor eufórico e ansiedade, medo e depressão, pois tanto solta uma gargalhada e corre pelo quarto “como uma gazela”(sic), como no momento a seguir fica comovida ao pensar no pai e no irmão, e sempre que pensa no que será o seu futuro, usa a expressão...”sei de onde vim...mas não sei para onde vou...”(sic). Ao nível psicomotor encontrava-se agitada, levantava-se e sentava-se várias vezes, cruzava e descruzava as pernas.

Demonstrava queixas ao nível da sintomatologia depressiva (humor deprimido, sentimento de abandono, perda de interesse e prazer pela vida, diminuição do apetite) e

sintomatologia ansiosa (falta de ar, inquietação, insegurança, insónia, desconfiança). Apresentava também défices ao nível cognitivo e memória, camuflados por toda uma linguagem teatral e adequada, assim como manipulação dos temas abordados, consoante a sua zona de conforto.

3.3 - História de vida:

Maria nasceu há 83 anos, no Porto. É a filha do meio, de uma fratria de 4 irmãos. Toda a sua infância foi vivida com os pais e irmãos, assim como a idade adulta. É uma idosa que apresenta muitas recordações sobre a sua vida.



Legenda:

-  Paciente identificado
-  Sexo masculino
-  Sexo feminino
-  Relação
-  Relação máxima
-  Relação muito próxima
-   Falecimento
- d.f** Data falecimento
-  Separação

Quanto aos progenitores, mãe (doméstica) e pai (militar), Maria descreve a figura materna como: “...alguém muito á frente do seu tempo, muito bonita e bem arranjada...vivia para o marido e para os filhos...”(sic), descreve também a sua relação com ela”...a minha mãe dava-me tudo, eu era a menina dos olhos dela...queria-me sempre por perto...”(sic), e descreve o seu pai como a figura que educava e impunha regras, colocando-o num pedestal: “O melhor dos homens”. Descreve-o como: “Era um senhor muito distinto, sempre de farda impecavelmente arranjada, e acompanhava a minha mãe sempre que podia...proporcionou-me a mim e aos meus irmãos o melhor que pode... sempre com regras... é o meu exemplo de vida”. (sic). Quanto à relação com os seus irmãos, Maria diz “Dávamo-nos muito bem...claro que haviam aquelas traquinices de criança...mas era a menina deles...tínhamos toda uma ótima relação...” (sic).

Deste modo, o relacionamento familiar era descrito como bastante saudável, uma família que vivia acima da média, nomeadamente tinham longos períodos de férias na casa de praia em Espanha, frequentavam as praias da Foz da cidade do Porto, e iam frequentemente para a Comporta, no Alentejo. Tal como Maria diz “...frequentávamos sempre os lugares da elite...” (sic). Todas estas recordações eram acompanhadas com fotos, que Maria trazia em álbuns e mostrava sempre que tinha oportunidade, sendo as

recordações mais felizes da sua vida. As fotos eram congruentes com o seu discurso, e nomeadamente tinha escrita no verso, o lugar e o ano onde tinha sido tirada.

Através dos relatos da utente, e visto que aparentemente tinha a memória anterograda preservada, conseguimos concluir que do ponto de vista gestacional, nascimento e desenvolvimento psicomotor tudo parece ter ocorrido dentro da normalidade. Foi uma filha muito desejada pela família, e refere muitas vezes ser a preferida do pai, com quem sempre teve uma relação muito estreita e especial "...o meu pai tinha uma adoração especial por mim...e eu por ele...essa adoração era diferente da que tinha pelos meus irmãos...". (sic)

Maria refere-se à infância com grande nostalgia e saudade, e descreve-a como a altura em que era realmente feliz, emocionando-se muitas vezes com as lembranças dessa época, e mostrando muita necessidade de falar delas. Revela-se como uma criança que foi muito protegida, educada no seio familiar, com os melhores professores, revelando uma cultura bastante ampla, uma linguagem muito cuidada e acima da média. As amigas que refere são as empregadas da família, com as quais mantinha uma relação muito estreita e confidente. No entanto revela que sempre sentiu que as mesmas tinham inveja dela, e das possibilidades que tinha, afirmando que não podia confiar nelas "...elas às vezes mentiam...e tentavam agradar-me só por ser filha do patrão..." (sic).

Maria nunca foi à escola, referindo não ter amigas desse tempo, toda a sua educação foi em casa, através de professores privados que a acompanharam. Revela-se uma pessoa com uma cultura muito ampla, referindo diversos escritores e livros que leu ao longo da sua vida, recitando nomeadamente passagens de poesia.

As memórias da infância segundo a utente focam-se em memórias felizes, com a família em férias, na casa da praia "nós íamos todos os anos para lá...eram momentos muito felizes...tirávamos fotos, íamos à água, tínhamos saraus com música e leitura..."(sic)...". Uma outra memória que ela remete como sendo feliz, foi a primeira vez que o pai comprou uma televisão, era grande, a primeira televisão que a sua rua teve, foi uma animação em casa, todos ficaram muito felizes, e o pai muito orgulhoso pelo feito.

Relativamente à adolescência afirma que gostava de bordar e costurar. Era uma menina vaidosa e adorava ver revistas de modelos e fazer os seus próprios vestidos. Revela que o fato de se ter tornado uma mulher mais alta que o habitual, com uma figura

bastante esguia na adolescência lhe causava algum desconforto, sendo apelidada de “Olivia Palito”(sic).

Relativamente à sua vida amorosa, diz ter tido muitos namorados, e muitos homens que queriam casar com ela, mas quando aprofundada a questão, apenas referia a de um namorado à distancia “...namorávamos muito por carta...ele estava em Africa... e vinha a Portugal para nos casarmos...tinha muitas pretendentes e era muito bonito...mas depois não queria deixar os meus pais...e os meus irmão...mas gostava muito dele e ele de mim...”(sic).

Na idade adulta, a sua vida sofreu algumas alterações no que diz respeito à sua qualidade de vida. A sua família começou a desfazer-se dos seus bens, o pai deixou de trabalhar, a mãe ficou doente, e o estatuto que usufruía até então deu lugar à necessidade de ter de começar a trabalhar. Iniciou a sua atividade profissional como dama de companhia de uma senhora distinta de 50 anos, de grandes famílias. Acompanhava-a sempre que necessário a eventos, passeios e visitas de restaurantes onde só comia do bom e do melhor. Afirma gostar do que fazia. Em paralelo foi a única filha que continuou acompanhar os pais de perto, vivendo com eles, nos períodos em que não se encontrava a trabalhar. Os seus irmãos seguiram a sua vida, casaram e tiveram filhos.

O primeiro acontecimento que Maria refere como traumático foi a doença e morte da sua mãe, que morreu de cancro quando ela tinha 40 anos. No entanto falou com alguma leveza do assunto, aprofundando mais a questão da deterioração da imagem da mãe, algo que ela sempre teve orgulho e valorizou. Posteriormente a sua vida prosseguiu-se muito em função da seu pai, seu grande companheiro de vida, e com o qual viveu até ele completar 100 anos.

Na altura da morte de seu pai, Maria encontrava-se com ele em casa, falando com comoção de quando o encontrou sem vida, no seu quarto.

A partir deste momento Maria tem dificuldade em prosseguir com a sua história de vida. Falando de alguns episódios pouco contextualizados, que não consigo identificar de forma temporal. Existindo uma grande lacuna a esse nível na descrição da sua história de vida.

Referiu que vivia de forma solitária, com poucos amigos, e a sua companhia mais próxima era o irmão que após o divórcio voltou a viver com ela, e que morreu durante o

período em que ela se encontra internada. Referenciou também que por vezes ia almoçar a casa da sobrinha, mas que não mantinha boas relações com o seu marido.

3.4 - História de vida atual:

A utente encontra-se atualmente na unidade de cuidados continuados de média duração, ou seja por um período de 3 meses. Não tem suporte familiar, visto que o irmão com quem vivia morreu recentemente, e a sobrinha que é a cuidadora principal também não pode prestar apoio, pois encontra-se a cuidar de um outro tio, doente oncológico. Desta forma prevê-se a integração em lar. A utente toma o psicofármaco diazepam.

Quanto à história clínica a utente fora admitida após AVC hemorrágico (02-12-2015) subsequente de queda não presenciada 4 dias antes, tendo sido levada ao serviço de urgência por alteração de comportamento. Da queda resultou ainda fratura do 5º e 6º arco costais e traumatismo crânio-encefálico. Apresenta antecedentes de bócio multinodular, com nódulo na tiroide (aguarda resultados anatómicos da biópsia) perda involuntária de peso e deficiência de vitamina D.

Durante o período de internamento, as visitas foram escassas, apesar de referir muitas vezes o nome da sobrinha como visita constante. O seu discurso relativamente a esse suporte, durante a maioria do tempo que acompanhei a utente, era de uma estreita proximidade, alimentando a ilusão que após o internamento iria para casa da sua sobrinha, que viva com os filhos e o marido “...ela vai tomar conta de mim...diz que já tem la um quartinho para mim...as minhas coisinhas...”(sic).

No entanto, com o decorrer da intervenção, a utente abordou a questão que atualmente lhe causa mais ansiedade e *stress*, que é a sua integração em lar. Situação que já era conhecimento da utente, mas que até então se encontrava em processo de negação.

Durante o período de internamento, Maria descreve a sua situação com muita tristeza e desconforto...”as minhas colegas passam a noite a berrar...não consigo dormir...coitadas...”(sic), “...eu não estou como elas...elas sujam-se durante a noite...”(sic). Revela também desconfiança relativamente aos profissionais de saúde “...ontem à noite as enfermeiras estavam no corredor...mesmo em frente ao meu quarto a rirem-se de mim...”(sic), “...Drª não conte a ninguém...mas enfermeiro vem aqui para o meu quarto mais vezes que o necessário...e olha para mim de maneira estranha...já ouvi falar de muitos casos de assédio...nem quero pensar...tenho medo dele”...”... o

Doutor acha que me engana...mas eu sei que ele me esta a dar a medicação mal...já lhe disse...já avisei as enfermeiras que não tomo a medicação...mas elas obrigam-me..."(sic).

O dia-a-dia da Maria é passado entre a fisioterapia e o quarto. Nunca frequenta a sala de convívio, nem na hora das refeições. Tudo na Unidade é desconfortável e penoso. Durante a maior parte do período em que fiz o acompanhamento psicológico alimentava a ideia que ia para casa da sua sobrinha, e idealizava toda essa situação de forma entusiasta.

3.5 - Processo de avaliação psicológica

A avaliação psicológica representa uma das áreas da psicologia mais importantes porque permite uma análise detalhada, objetiva e fidedigna da realidade psicológica de uma pessoa num acompanhamento não muito prolongado (Strapsson, Silva & Teodoro, 2010). Esta pode ser descrita sinteticamente por cinco momentos cruciais: (i) Entrevista e recolha de dados anamnésicos, (ii) Psicometria (Aplicação de testes e provas psicológicas), (iii) Análise e interpretação de resultados (iv), Construção do relatório e, (v), Entrevista e devolução.

O processo de avaliação psicológica com Maria foi realizada com recurso a alguns instrumentos de avaliação e informações recolhidas ao longo das várias consultas de acompanhamento psicológico.

Na primeira consulta foi realizada uma entrevista psicológica, com recolha anamnésica, e aplicou-se o Mini-Mental State. Nas consultas seguintes foram recolhidas as restantes informações para completa avaliação neuropsicológica. Nos encontros subsequentes foram aplicados: DGS; BSI e BADS. É importante referir que a avaliação foi um processo bastante demorado e penoso para a utente. Usei várias vezes a técnica do reforço positivo. Maria adorava chocolate, então eu prometi-lhe que após a conclusão ela receberia um chocolate, usando isso como motivação.

Todas as consultas eram iniciadas com um levantamento das queixas apresentadas pela geronte. No final das consultas era dada a oportunidade à utente de colocar alguma dúvida que tivesse ou acrescentar mais alguma informação que achasse pertinente.

3.6 - Conceptualização do caso de Maria

Realizar a conceptualização de um caso implica relacionar dados observacionais e de relatos da utente com dados avaliativos, realizar um diagnóstico e, com base num relatório de exame mental, fornecer uma adequada proposta de intervenção. De seguida vamos relacionar todos os dados.

No primeiro contato que tive com a utente, pude verificar uma idosa excessivamente magra de estatura alta (1,80 m), para a média da mulher portuguesa. Asseada e arranjada tendo em conta a idade aparente, que coincide com a real. Ao longo de toda a avaliação, teve dificuldade em se focalizar nas tarefas, devido a um discurso incessante e manipulador, no sentido de tentar apenas falar do que lhe é confortável, tendo um discurso grande parte das vezes ininterrupto, repetitivo e fluente, apesar de na maioria das vezes ser coerente com a realidade. Esta situação foi limitadora durante grande parte da avaliação. Sempre que tentava abordar algum assunto que lhe era desconfortável, a utente tentava manipular o discurso de forma a poder abordar apenas lembranças positivas. Foi necessário muitas vezes com a mesma, até começar a abordar os temas mais difíceis, e mesmo assim não foi suficiente, sendo que muita informação importante ficou oculta.

A utente manteve na sua maioria das vezes o contato ocular, bem como um nível de consciência vígil, atenta aos estímulos exteriores, usando-os muitas vezes como escapatória para desviar o assunto a seu próprio proveito. Exibiu discurso fluido, aparentemente coerente com a realidade, embora se torna-se desorganizado, principalmente no que concerne aos últimos 10 anos de vida, os quais é bastante mais reservada, relevando um aparente declínio cognitivo durante esse período. Esse mesmo período coincidiu com uma significativa perda de peso, levando ao diagnóstico de anorexia involuntária, descrita no registo clínico da Unidade. Este fato coincide com as fotos que me mostrou de quando o pai ainda era vivo, onde tinha uma imagem bastante mais jovial, e um peso dentro do considerado normal para a sua estatura.

Quanto ao humor, manifestou alterações entre a euforia e a tristeza, revelando labilidade emocional. Apresentava por vezes um discurso bastante desinibido. Tem algum insight relativamente à doença, pelo que pouco relativamente às suas limitações.

No que concerne à avaliação cognitiva a utente apresenta défices bastante acentuados, que nos revela quer o resultado do Mini Mental, onde obteve a pontuação de

20/30. Deste modo, com o 5º ano de escolaridade, apresenta défices cognitivos. Merecem valorização clínica: orientação temporal, evocação, atenção e cálculo, e memória. A BADS só nos confirma a essa nível, desde a incapacidade de se manter concentrada, focalizar atenção, resolução de problemas, geração de estratégias e de realizar ações complexas. A utente, numa escala de 0 a 24, obteve apenas 4 pontos, tendo um resultado considerado deficitário.

A aplicação da BADS foi bastante penosa e demorada devido às dificuldades da utente em concretizar as tarefas. Tentava de diversas formas fugir à aplicação da mesma, chegando mesmo a chorar durante o processo. O fato de não conseguir concretizar as tarefas deixava-a frustrada e deparava-se com as limitações que tentava esconder, nomeadamente através do seu discurso bastante cuidado e intelectual, assim como pelo comportamento por vezes teatral e exagerado.

A BSI vem confirmar os sintomas relacionados com a depressão, perda de energia vital, e falta de interesse pela vida. E a ideação paranoide que manifesta ao longo do seu discurso: o pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda da autonomia e delírios que são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação.



Com base na integração de dados, Maria não preenche critérios para nenhuma perturbação presente no DSM-IV-TR, no entanto apresenta sintomatologia psiquiátrica a vários níveis, visto que apresenta um conjunto de características que não se encontram

nos padrões considerados normais de funcionamento mental, que lhe trazem muito sofrimento.

Tendo em conta o espaço temporal, e segundo as evidências, o estado psicoemocional da utente está interligado com a perda do seu pai, há cerca de 10 anos. O luto é considerado complicado quando afeta a capacidade funcional de indivíduo de tal forma que o impede de regressar ao seu funcionamento anterior à perda (Prigerson et al., 2009). O Luto Complicado não é considerado uma síndrome independente de outras perturbações psiquiátricas, não possuindo por isso critérios claros e consensuais de diagnóstico (Prigerson et al., 2009).

Além disso, o Luto Complicado associa-se a uma perda que por si só é um evento stressante e possivelmente traumático, que afeta o bem-estar físico, social e psicológico do ser humano e que se encontra associado a reacções psicológicas de intensidade variável, que se caracterizam pela presença de emoções negativas como: depressão, ansiedade, desespero, descrença, raiva e apatia (Prigerson et al., 1999). Uma das emoções que mais se associam ao luto complicado é a necessidade e preocupação em preservar as imagens da pessoa que faleceu (Parkes, 2006). Por outro lado, a pessoa que vive experiências de luto complicado pode vivenciar vários sintomas: tristeza, perda de interesse, pensamentos intrusivos, e deste modo estarmos na presença de sintomatologias associadas, como nomeadamente perturbações do humor ou de ansiedade (Shear et al. 2001)

A impotência e a perda de expectativas futuras estão muito relacionadas com esta vivência. A diferença de resposta das pessoas a um acontecimento de luto têm em conta certos determinados antecedentes, como a relação com o morto (parentesco, força e segurança da relação, grau de confiança e envolvimento (Bonanno & Kaltman, 2001). Um dos fatores que ajudam a ultrapassar a perda é o apoio social. Quanto maior o apoio social, maior a adaptação ao luto, funcionando como fator de proteção.

A perda de peso, a ausência de memória, o aumento de défices cognitivos, a perda de sentido na vida, a incapacidade de investir em novos projetos, leva-nos a inferir que está relacionado com um luto complicado, desenvolvido após a morte de seu pai. O fato de ao longo da sua vida, nunca ter investido em um projeto seu, desde familiar a profissional, vivendo sempre como cuidadora durante a maior parte da sua vida, tornou-a incapaz de ultrapassar o sucessivo, e de investir em um projeto seu. Foi algo que durante mais de 70 anos da sua vida deixou por fazer. Paralelamente a isto, a questão

socioeconómica, a falta de apoio social e familiar, assim como a integração em lar, provoca na utente um conjunto de sintomas relacionados com perturbações da ansiedade e humor.

Tal como nos revela o BSI, onde a utente manifesta valores elevados, de depressão e ideação paranoide Este fato nota-se nomeadamente pelo discurso que tem nomeadamente aos profissionais de saúde e medicação administrada. (McWilliams, N., 2007).

Défices cognitivos que segundo indica foram gravemente acentuados nos últimos 10 anos de vida, relacionados com perda de memórias. Isto associado a um funcionamento mental com base em defesas primárias usadas como a negação, de forma a tornar a vida menos desagradável. Essa negação poderá camuflar sinais de sintomatologia depressiva, o que impede de fazer um diagnóstico conclusivo nesse sentido. Maria usa também a introjeção como defesa, de forma a para reduzir a ansiedade e preservar a continuidade da self, mantendo laços psicológicos a objetos não gratificantes de tempos de vida anteriores (Mc Williams, N., 2007). A introjeção, que pode ser a responsável no surgimento de patologias associadas ao luto e depressão. A introjeção está relacionada neste caso com a interiorização do objeto de luto, assim como na necessidade de reviver através de objetos perdidos, ao invés de desistir deles (Mc Williams, N., 2007).

3.7 - Intervenção

Depois de uma análise compreensiva da utente, observando as principais problemáticas apresentadas e tendo em conta que o período de internamento apesar de estar estipulado para três meses, poderia ser mais curto, tal como aconteceu, visto que Maria já estava em condições físicas para ser transferida para o lar.

Desta forma, foi uma intervenção priorizada de forma eclética, através de várias técnicas, nomeadamente com recurso a um conjunto de estratégias de cognitivo comportamental, através da reminiscência simples, focando-me na promoção do bem-estar a curto prazo, fortalecendo o funcionamento emocional e a memória. O uso das narrativas tem evidenciado resultados positivos na intervenção com indivíduos em luto (Parkes, 2006), através da expressão de emoções e reconstrução de significados. Desta forma, tendo por base as narrativas do paciente, aplica-se a terapia cognitiva narrativa. A coerência, a complexidade e a multiplicidade, que a narrativa potencia, levam a um melhor bem-estar psicológico e saúde geral (Rocha, 2004).

A terapia cognitiva comportamental pareceu-me a mais adequada, visto que prioriza a resolução de problema de forma mais rápida, e eficaz. O que se pretendia com isto, era desenvolver as condições necessárias de forma a criar algumas estratégias para que Maria conseguisse enfrentar a integração em um lar de forma menos penosa, e que conseguisse criar estratégias para enfrentar os problemas de forma autónoma. Essas estratégias baseiam-se na resolução de problemas, de forma a conseguir identificar as distorções cognitivas que a impossibilitam de procurar soluções mais saudáveis e adaptativas; auto monitoramento, de forma a aumentar a capacidade de metacognição, perceber o seu funcionamento mental e atribuir significados aos comportamentos e crenças; treino de habilidades sociais e estratégias de *coping*, de forma a criar novas formas de resolução de conflitos e assim reduzir o isolamento, através do treino de respostas adaptativas e situações que poderão criar conflito; reestruturação cognitiva, através da identificação de pensamentos irracionais e distorcidos; e prevenção e recaída, através de técnicas e estratégias que poderá usar de forma eficaz sempre que surgir um problema.

No decorrer da intervenção, são usadas outras técnicas como: a focagem, no sentido de conseguir que o utente foque nos aspetos positivos; provocação de forma a causar uma reação no utente, permitindo sair de situações de impasse, nomeadamente quanto à aplicação dos protocolos de avaliação; racionalização, atribuindo significado a pensamentos e comportamentos, nomeadamente quanto á morte do pai.

IV – Conclusão

A unidade de Cuidados Continuados é exemplo do que consiste no trabalho multidisciplinar de uma equipa, em que os profissionais de saúde trabalham em conformidade para um fim, tendo em conta as várias valências: psicologia, assistente social, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e terapia da fala. Um dos trabalhos que mais me surpreendeu foi relativamente à assistente social, e a importância da mesma. O trabalho dela é bastante difícil, não só devido a um sistema lento ao nível desses serviços, mas também devido ao fato de ter de lidar com as famílias de forma muito direta, sofrendo de diversas pressões nesse sentido.

As sessões de reabilitação cognitiva foram um desafio, mas concluído com sucesso. Apesar de ter sido necessário adaptar as suas diretrizes devido ao grupo ser

demasiado heterogéneo, conseguimos com sucesso tornar esse espaço enriquecedor, e sem dúvida uma mais-valia para aqueles utentes. O fato de verificarmos a adesão ao mesmo, mesmo por parte de doentes que tinham dificuldades em locomotoras era uma motivação extra para fazermos mais e melhor, assim como o feedback positivo ao longo das sessões que recebemos, quer por parte dos utentes, quer por parte dos profissionais de saúde também. Entregamo-nos a isso, e tentamos de várias maneiras fazer o melhor possível, e marca-los de forma positiva.

No geral, tivemos oportunidade de realizar um conjunto de atividades, e avaliar e acompanhar uma panóplia de casos diferentes, em pessoas de diferentes idades e situações sociais, assim como vivenciar o dia-a-dia de uma unidade de cuidados continuados, que só pode ter sido uma experiência enriquecedora. Nem sempre foi fácil nos sentirmos impotentes perante um conjunto de situações, mas aquelas em que realmente sentimos que conseguimos fazer a diferença, só por si, já fizeram esta experiência valer a pena.

IV – Bibliografia

Almeida, L.S., Gonçalves, M.M., Machado, C. & Simões, M.R. (2008). Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa. Coimbra: Quarteto Editora.

Alves, Laura Filipa Águia, 2012 - Burnout em enfermeiros dos cuidados continuados. Bragança: Escola Superior de Saúde.

Angerami-Camon, 2002. Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica: Pioneira

Barbosa, F., Peixoto, B., & Silveira, C. (Novembro/Dezembro de 2011). Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS): dados normativos portugueses e indicadores psicométricos. Saúde Mental , pp. 21-27.

Bonanno, G. (2001). Introduction. New directions in bereavement research and theory. 82 American Behavioral Scientist, 44(5), 718-725.

Custódio, 2011. A Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente. Coimbra. Instituto Miguel Torga

Dias, 2013. Intervenção Psicológica Positiva em Grupo: Forças e Virtudes Humanas ao nível da Funcionalidade e Saúde Mental na Reabilitação Pós-AVC. Universidade do Porto

Duarte, 2014. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Algarve: Perspectiva dos familiares, utentes e profissionais de saúde. Universidade do Algarve: faculdade de ciências sociais e Humanas

Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2012. Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicólogo nos Cuidados Continuados Integrados – Intervenção Positiva. Lisboa: Placebo Editora

Folstein, M. F., Folstein, S. E., e McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research

- Figueirinha, Marques, & Simões, 2012. Ética na relação do Profissional de Saúde e Idosos nos Cuidados Continuados. *Revista Portuguesa de Bioética*. Portugal
- Giyeon Kima, J. D.-H. (Agosto de 2012). A meta-analysis of the factor structure of the Geriatric Depression Scale (GDS): The effects of Language. *Cambridge Journals: International Psychogeriatrics*, pp. 1-11.
- Monteiro, Santos & Costa, 2013. Unidade de Cuidados Continuados Integrados: uma resposta ao envelhecimento e à dependência em Portugal. *Jornal de Investigação Biomédica e Biofarmacêutica*. Portugal
- Santos & Cardoso, 2010. Profissionais de saúde mental: stresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*
- Sousa, 2011. Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde: Estudo da Síndrome de Burnout em profissionais de Saúde a desempenhar funções nas unidades de cuidados paliativos da região norte de Portugal. Porto
- Tonetto, & Gomes, 2007. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*. Portugal
- Strapasson, E. M., Marques da Silva, R., & Teodoro, V. (2010). O Processo de Avaliação Psicológica na Actuação dos Psicólogos Organizacionais e do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho*. Portugal
- Spren, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary*. New York: Oxford University Press.
- Sheikh, J., & Yesavage, J. A. (Junho de 1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*
- Parkes, C. (2006). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações (1ª.ed.)*. São Paulo: Summus editorial.
- Prigerson, H., Jacobs, S., Rosenheck, R., & Maciejewski, P. (1999). Criteria for traumatic grief and PTSD: Reply. *British Journal of Psychiatry*, 174, 560–561.

Rocha, J. (2004). Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez. Tese de Doutoramento não publicada, Porto: ICBAS

Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso (Eds.), Psicogeriatrics. (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.

Anexo I – Grupo de Estimulação Cognitiva

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO COGNITIVA

Serviço de Cuidados Continuados
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

2016

Índice:

1- Introdução	2
2- Conceptualização Teórica	
2.1- O envelhecimento do Idoso	4
2.2- Promoção na Saúde.....	6
2.3- Promoção da Saúde no Idoso.....	6
2.3.1- Promoção da Saúde em Grupo.....	8
2.3.2- Reabilitação Cognitiva no Utente Institucionalizado.....	8
3- Procedimento	
3.1 – I Fase: Detecção das necessidades.....	10
3.2- II Fase: Planeamento da Intervenção.....	11
3.3- III Fase: Programa de Intervenção.....	12
3.4- Descrição das sessões	13
3.5 – III Fase: Avaliação do programa.....	27
3.6 – Conclusão.....	28

Anexo I – Relatórios das Sessões

1 - Introdução:

Quando iniciamos a construção do grupo de estimulação cognitiva, tínhamos definido um conjunto de exercícios, com o propósito de melhorar as habilidades cognitivas e socio-emocionais dos utentes que compõe o internamento, de forma a conseguirmos maximizar os ganhos e minimizar as perdas existentes. Já sabíamos que iríamos ter uma população bastante heterogénea, tendo em conta as características do Hospital, e da sua população, no entanto, com o decorrer do pré teste, verificamos que se queríamos de fato construir um grupo, teríamos de incluir essa heterogeneidade, e readaptar todo um programa criado inicialmente.

Na conceptualização, tendo em conta que o grupo é constituído por idosos, tivemos em conta as características dessa população. Desta forma, para conseguirmos ganhos, temos de ter em atenção que esses ganhos vão ser maiores, se a questão emocional e social também forem trabalhadas. O bem-estar social e emocional estão diretamente ligados aos ganhos cognitivos, assim como uma melhor adaptação ao estado de saúde, e recuperação. Daí trabalharmos todos os aspetos em simultâneo.

Desta forma foi necessário desenvolver um projeto que se adequa-se quer à população alvo, quer às características da instituição, visto que nos deparamos com várias limitações, as quais tentamos com uma intervenção diversificada colmatar. Limitações estas que se colocam principalmente ao nível do temporal, visto que dificilmente conseguiremos acompanhar um utente durante os cerca de três meses de intervenção, o que nos coloca dificuldades ao nível da avaliação dos possíveis ganhos da intervenção, como ao nível da caracterização do próprio grupo. O fato de não ser estável, é já de si uma grande limitação, que através de um conjunto de estratégias vamos tentar atenuar.

Com isto, propomos uma intervenção completa, que priorize as áreas cognitivas: orientação e cálculo; memória; linguagem e praxia, de forma a conservar as aptidões intelectuais e criar estímulos de atividade motora, mas também que priorize a afetividade, sociabilidade e melhorar as relações interpessoais. Como tal, queremos trabalhar não só a nível intelectual, mas também emocional e social, o que no fundo se traduz na promoção do bem-estar do utente, que influencia a recuperação geral do mesmo, a todos os níveis. Propomos então uma intervenção tridimensional. Posto isto, as sessões propostas, irão conter exercícios simples e com uma componente lúdica, que irão abranger as áreas que

queremos trabalhar, de forma manter o interesse e a motivação do utente ao longo do processo.

É importante salientar, que o nosso plano inicial, teve que ser todo reestruturado, se inicialmente o foco da intervenção era a estimulação cognitiva, este ao longo das sessões foi perdendo prioridade, no sentido de que, havia uma disparidade a esse nível, que os exercícios tornavam-se demasiado simples para uns, e complexos para outros, causando frustração nos utentes, e não era esse o nosso objetivo. Desta forma sessão, após sessão tornou-se um desafio encontrar atividades que se adaptassem a todos, e das quais resultassem benefícios para todos os utentes. Este desafio levou-nos a desenvolver nós próprias atividades, que fossem de encontro aos interesses dos utentes, que os cativassem, e motivassem.

Sessão após sessão fomos verificando que aquele se tornou um espaço não só de aprendizagem, mas de partilha e ajuda. Tínhamos o cuidado de dar espaço a cada um, de forma a partilhar connosco o que sentiam, e os seus problemas. Muitos deles apesar das dificuldades que sentiam faziam um esforço para estar presentes. O feedback por parte dos outros profissionais de saúde, relativamente ao grupo de apoio, também foi muito positivo, revelando-nos que os utentes falavam sempre com muito entusiasmo. Tivemos também situações em que foi necessário mediar conflitos, nomeadamente com um utente que por vezes se mostrava agressivo para com uma colega, de forma frequente, por vezes utilizando não só expressões verbais negativas, como também a troça e a ironia, causando desconforto.

2-Conceptualização teórica

2.1 – O Envelhecimento no Idoso

No processo de envelhecimento está presente a interação de determinantes internos como o património genético, e determinantes externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o idoso vive (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2001 cit. por Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Segundo dados recentes do INE (Instituto Nacional de Estatística), as projeções para os próximos 50 anos Portugal não é exceção sendo que o índice de envelhecimento da população aumentará. Reduzir-se-á a proporção de jovens (de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060), e ocorrerá um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade (passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060) (INE, 2009).

Devido ao número crescente e à natureza heterogénea da população idosa, é emergente a necessidade de compreender os processos normais e patológicos do envelhecimento, para poder intervir com maior eficácia (Pinquart & Soerensen, 2001). É importante também a promoção de um envelhecimento associado ao conceito de bemestar e de qualidade de vida (Sousa e col., 2003).

O envelhecimento é um processo que envolve uma degradação progressiva e diferencial (Fontaine, 2000). Esse processo ocorre a vários níveis visto que a velhice está associada a um conjunto de alterações de âmbito biológico, psicológico, mas também social (Agostinho, 2004).

Durante a velhice ocorrem também outras perdas, tanto em termos sociais, como emocionais e, em certos casos económicas, retirando ao indivíduo os pontos de referência da sua identidade tanto como sujeito quanto como cidadão (Peixoto, 1995; Wagner, 1984 cit. por Pasqualotti, Barone e Doll, 2008). Assim, nesta fase da vida, são observadas perdas diversas abarcando não só o declínio das capacidades biológicas e psicológicas do idoso, como também a perda ou a mudança de papéis sociais. Ocorre a perda de certas atividades, mas pode haver o ganho de outras.

As diferentes perdas e o declínio de capacidades podem ser evitados ou minimizados se os contextos sociais e culturais compensarem essas perdas. Sendo que a

recuperação de conhecimentos prévios e a utilização de tecnologias e recursos externos podem minimizar o impacto do processo de envelhecimento sobre o sujeito (Baltes e Baltes, 1990 cit. por Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, Fonseca, 2006).

Quando se fala de processo de envelhecimento, estamos implicitamente a falar em modificações de carácter orgânico e funcional uma vez que são essencialmente estas que ditam a longevidade. No entanto, o envelhecimento não deve ser apenas entendido como um acontecimento biológico, uma vez que as suas repercussões se sentem também a nível psicossocial (Ermida, 1999). Além disso, todos os fatores ambientais, internos, externos, biológicos, psicológicos e sociais, interferem com o processo de envelhecimento (Phipps et al, 1995).

No que se consiste nas alterações psicológicas inerente ao processo de envelhecimento, as próprias alterações corporais têm repercussões psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo (Sequeira, 2007).

Para o mesmo autor, do ponto de vista psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo de modo a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento. O envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivência o seu projeto de vida.

Numa perspetiva do envelhecimento ao longo da vida, na qual a qualidade de vida assume uma importância vital, a satisfação e/ou bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido (Neri, 1999 cit in por Sequeira, 2007).

De acordo com o autor anteriormente citado a qualidade de vida e o bem-estar psicológico incluem dimensões como a satisfação pessoal (sentido e significado de existência), as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada pessoa singular.

Para Frank e Rodrigues (2006) a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral do indivíduo e da sociedade. É dada, porém menos atenção às perturbações mentais em comparação com a saúde física, apesar de haver um aumento do número de indivíduos com perturbações mentais.

Para Salgueiro (2007) a depressão é aquela que surge com maior frequência. A pessoa idosa está numa situação de perdas contínuas, por vezes diminuição do suporte

sociofamiliar, perdas do estatuto profissional e até económico, algum declínio físico, constituem fatores que podem contribuir para o aparecimento de estados depressivos.

2.2- Promoção da Saúde

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde definiu a promoção da saúde como o processo que consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma (WHO, 1986).

A literatura recente refere que para se alcançar um melhor nível de saúde não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis. Há todo um conjunto de ações centradas no indivíduo ou no ambiente, que se desenvolve para conduzir à melhoria da saúde e ao bem-estar (Rootman, Goodstadt, Potvin e Springett, 2001).

Navarro (2000, cit. por Torres e Marques, 2008) veio dar um sentido mais abrangente e positivo ao termo promoção da saúde ao colocar a saúde como uma preocupação central no desenvolvimento realçando a capacitação individual para atuar em proveito da própria saúde. Assim, promoção da saúde deverá trabalhar não só ao nível da capacidade física dos indivíduos, mas também no bem-estar mental e social.

Portanto, um dos papéis mais importantes da promoção da saúde deveria ser melhorar ativamente a qualidade de vida e o bem-estar, e não simplesmente prevenir a doença (Bennett e Murphy, 1999).

2.3 - Promoção da Saúde no Idoso

Há uma série de estereótipos associados aos idosos tais como frágeis, incapazes, doentes e pouco produtivos. Muitas das vezes a desvalorização social da velhice e sua associação imediata à doença faz com que o idoso desestimore em si e não invista na sua saúde, como se nada pudesse repercutir positivamente ou amenizar limitações em face do avançar dos anos.

Para ultrapassar estes a promoção de um envelhecimento mais saudável e adaptado é necessária substituindo a imagem anterior por outra mais atual, de recursos, capacidade e disponibilidade (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, Fonseca, 2006).

Tal como em todas as outras faixas etárias, envelhecer também pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. O idoso deve ser ajudado a

adaptarse à nova realidade, o que implica a promoção de uma vida saudável e manutenção de atividades. Vários estudos vêm referindo o sentimento de satisfação com as atividades e com a vida como fator determinante de adaptação influenciando o seu sucesso ou insucesso (Oliveira, 2008).

Outros determinantes segundo Paschoal (2000 cit. Por Santos 2008) são relevantes para a promoção de uma boa qualidade de vida: envelhecer com autonomia, independência, ter um papel social ativo, boa saúde física e psicológica. Também Sequeira e Silva (2003) enfatizam que para haver uma boa adaptação do idoso este deve ser estimulado pelo meio, estar integrado, sentir-se e manter-se ativo.

Promover o envelhecimento saudável é, portanto, tarefa complexa que inclui uma boa qualidade de vida e o conhecimento dos aspectos biopsicossociais das pessoas idosas, assim como a análise dos processos comunicativos que são estabelecidos quando estas pessoas interagem com os outros (Pasqualotti, Barone e Doll, 2008).

É essencial a escolha de determinados estilos de vida com vista a satisfazer o objetivo de manutenção da integridade física e mental (Fonseca, 2005). Portanto, o principal objetivo da promoção da saúde e da qualidade de vida no idoso é possibilitar às pessoas que vivam mais e melhor desfrutando de uma velhice com qualidade de vida.

2.3.1-Promoção da saúde no idoso em grupo

A promoção da saúde no idoso em grupo visa o aumento das relações sociais entre estes combatendo o sentimento de solidão e isolamento característico desta faixa etária (Campos, 2009).

Vários autores estudaram as vantagens destes grupos, por exemplo, Lima (2004) refere que este trabalho permite discutir a crença de que os seus problemas são únicos e imutáveis, descobrir pontos em comum, aumentar a autoestima através do altruísmo e da empatia, pois pessoas de idade ao serem ouvidas e apoiadas sentem-se valorizadas por poder apoiar os outros. Assim, alcançam-se ganhos ao fomentar a interação social, a componente emocional e cognitiva e conseqüentemente a aceitação.

A participação num grupo vai possibilitar à pessoa idosa reavaliar a sua identidade, papel e lugar que ocupa não só na sociedade, mas, também, na família podendo conseqüentemente devolver-lhe a dignidade (Campos, 2009). Sentir-se-á compreendida, acolhida e considerada importante pelos outros participantes que constituem o grupo.

Grosso modo, a animação dos idosos em grupo melhora a participação na vida da comunidade em que está inserido, promove o desenvolvimento da autonomia pessoal, de novos papéis e expressão das suas emoções e de solidariedade (Jacob, 2007; Zimmerman, 2000).

Pode assim dizer-se que a pessoa idosa com maior contacto social tende a ser socialmente mais competente e possuir níveis mais elevados de qualidade de vida (Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette, 2007).

2.3.2 – Reabilitação Cognitiva no Idoso Institucionalizado

Os utentes que vivem em ambientes institucionalizados, o ócio e a inatividade são fatores comuns e predominantes, proporcionando a diminuição da interação com o meio, a perda de energia, e o aumento do isolamento, que contribuem para o aumento do défice cognitivo, uma pior adaptação ao estado de saúde, e uma recuperação mais lenta (Loureiro, et al, 2011). No tratamento de reabilitação cognitiva, usa-se atividades que mantenham ativas a concentração, a sequência de pensamento e a atenção. Destacamos um conjunto de técnicas que promovem a reabilitação, neste tipo de grupos (Camara et al, 2009 cit in Loureiro, et al, 2011).

Técnicas comportamentais - estimulam a mudança de comportamento indesejado do paciente, potencializando a participação nas atividades de vida diária e socialização.

Terapia de orientação para a realidade - através da evocação do passado para a significação do “eu”, como forma de prazer e lembranças positivas. E no presente, promover a independência, a orientação temporal e estimular a socialização.

Estimulação cognitiva - com base na capacidade de adaptação e na plasticidade cerebral, deve-se estimular o que tiver conservado, compensar o que foi perdido e desenvolver potenciais remanescentes. As atividades propostas devem apresentar-se de forma lúdica, favorecer atos da vida cotidiana, utilizar cores, dias da semana, mês e ano, hora e sabores.

Terapia de Reminiscências - Permite a valorização do passado e do conhecimento do paciente, priorizando conversas, ordenar fatos importantes e lembranças significativas da vida. Utilizar canções antigas, cartas, fotos, discos, presentes, filmes, musicas, de forma a proporcionar lembranças agradáveis.

Técnicas de validação - oferecer suporte emocional e sentido às expressões dos pacientes. Proporcionar alívio emocional. Visa o aumento da atenção, do autocontrole, da autoestima e envolvimento do paciente no contexto atual, de modo lúdico (Loureiro, et al, 2011).

3 - Procedimento

3.1 – I Fase – deteção de necessidades

Primeiramente foi necessário avaliar a instituição, de forma a estruturar uma possível intervenção, tendo em conta as características da população alvo e da instituição, para fazer a apresentação da proposta de intervenção. Após esta primeira abordagem é fazer um diagnóstico da população, e levantamento das necessidades, de forma a verificar se existe algum inconveniente, nomeadamente a nível dos utentes, se todos podem participar e se existe um espaço adequado. O programa vai ser dividido em 12 sessões, constituídas por exercícios que estimulem as várias dimensões descritas acima: emocional, social e cognitiva, de forma lúdica e interativa.

Para proceder ao diagnóstico da população, iremos usar como recurso os processos disponíveis dos utentes disponibilizados no Hospital, assim como os resultados avaliados pelo Mini Mental, protocolo de avaliação para avaliar o comprometimento cognitivo dos utentes.

Cada sessão será de 60 a 90 minutos, o número de participantes serão aqueles que preencheram os critérios de inclusão que tiverem na instituição à data de início, assim como os que tiverem em condições de obter benefícios da intervenção que entrem posteriormente; as sessões são na mesma sala e as cadeiras colocadas em círculo, para que todos os participantes tenham uma visibilidade sobre os outros, e que se crie um ambiente agradável e propício à comunicação. O *setting* apesar de não ser o ideal, consegue reunir as condições necessárias para a atividade, nomeadamente ao nível do espaço, luminosidade e privacidade.

Todas as sessões são iniciadas com um momento de receção dos participantes, no sentido de motiva-los, e incentivá-los à participação, assim como uma breve orientação tempo-espacial, com o desenrolar das sessões passamos a incluir um evento, associado a uma data, por exemplo: Dia Mundial Dos Oceanos, onde fazíamos um breve exercício psicoeducacional, com recurso audiovisual.

Nas sessões de estimulação cognitiva discute-se a importância do treino das capacidades mentais, de forma a não haver uma acomodação do estado de saúde, mas sim uma estimulação cognitiva a vários níveis, nomeadamente atenção, memória e linguagem. No âmbito da estimulação socio-emocional, estas envolvem sobretudo atividades que levam os utentes a comunicar entre todos (e não apenas com uma só pessoa do grupo) e a falar sobre os sentimentos, de forma a aumentar o pensamento positivo, tentar mudar o discurso interno negativo e focar-se nas coisas boas, nas motivações e qualidades

personais. Nestas atividades tem como objetivos adquirir um maior grau de conhecimento sobre si mesmo, os demais e o próprio grupo; e favorecer um ambiente participativo e descontraído; estimular a comunicação; e favorecer a escuta ativa.

A alternância entre as sessões de componente cognitiva, e as sessões de componente socio-emocional tem o objetivo de manter “acesa” a vontade dos utentes participar, de forma a não serem atividades que exijam sempre demasiado esforço, e que leve ao insucesso da intervenção. Ao manter uma componente lúdica, é uma forma de ao mesmo tempo cativar e estimular os utentes.

No final de cada sessão serão aplicadas técnicas de relaxamento, como complemento. Estas técnicas são promotoras de um melhor estado quer físico quer mental e ainda a uma avaliação informal por parte dos utentes sobre as atividades realizadas.

Como o grupo irá ser aberto, e não podemos calcular os participantes ao longo do mesmo, vamos ter algumas atividades de recurso para usar nas sessões, devido à impossibilidade de calcular o tempo utilizado para cada atividade proposta, pois se o número de participantes for reduzido, as atividades propostas serão realizadas em menos tempo que o previsto, sendo uma forma de minorar imprevistos a esse nível.

3.2 - II Fase: Planeamento de intervenção

Etapas	Objetivos
Levantamento das características da instituição	- Verificar a disponibilidade da instituição para a implementação da intervenção, e fazer o planeamento da atividade com os mesmos.
Recolher informação	- Fazer o diagnóstico da população, verificar as limitações da mesma, e qual o espaço adequado para o <i>setting</i> .
Intervenção a nível cognitivo	- Manter e melhorar as condições mentais através das atividades que consistem no desenvolvimento de exercícios que estimulam os processos cognitivos básicos da pessoa, nomeadamente, a memória, a linguagem, a evocação, a atenção e orientação.
	- Incentivar o relacionamento entre o grupo; proporcionar trocas de

Intervenção a nível socio-emocional	<p>experiências e vivências;</p> <p>Adquirir um maior grau de conhecimento sobre si mesmo, e os demais do grupo;</p> <p>Trabalhar com o afeto, a auto-estima, os relacionamentos, e os pensamentos, e estimular o pensamento para aspetos positivos.</p>
Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a satisfação dos idosos face ao programa; - Perceber a importância deste tipo de intervenção, segundo a opinião dos utentes e dos profissionais de saúde.

3.3 - III Fase: Programa de intervenção

Foram realizadas 12 sessões, com uma duração média de 60 minutos;

Inicialmente começamos por aplicar o MOCA, como forma de pré-teste, para realizar a avaliação do utente, que posteriormente iríamos aplicar no pós-teste, de forma a verificarmos se existia alguma melhoria significativa. No entanto tornou-se pouco viável utilizarmos esse teste, no sentido de que, na sua maioria, os utentes não conseguiam sequer perceber as suas questões, e desta forma concluí-lo. O fato também de o nosso grupo ser aberto, sendo que tivemos utentes que não concluíram o grupo, como utentes que entraram já quase a meio das sessões.

No início de cada sessão são explicadas ao utente que atividades serão realizadas e fazer uma breve atividade de orientação: nome, mês, dia da semana, estação, local, hora e data. Os utentes devem responder às questões e ter em atenção as pistas que o meio oferece. Quando as respostas não correspondem à realidade, serão orientados para a perceção e compreensão das perguntas e respostas. **Objetivos:** Estimular o raciocínio; desenvolver vocabulário; orientação no tempo, espaço e orientação auto psíquica; desenvolver agilidade mental e atenção ao meio ambiente. **Materiais:** mapa Portugal, calendário e cartolina com as estações do ano. Ainda nesta atividade, acabamos por achar pertinente incluir um tema referente a cada sessão, onde recoríamos a acontecimentos importantes que tivessem marcado o dia da sessão, ou que fosse próximo, nomeadamente o feriado de Todos os Santos, pois é um tema que todos os elementos tem algo a dizer, que ajuda a estimular a memória, e fomenta o diálogo e interação entre todos.

Caso exista algum elemento novo no grupo, faz-se uma apresentação do elemento ao grupo, e o mesmo faz a sua apresentação (gostos, hobbies) e descreve alguma (s) característica (s) pessoal. **Objetivos:** promover a integração do novo elemento no grupo e no hospital; prevenir o isolamento do mesmo face ao grupo, aumentar a motivação e capacidade de expressão e comunicação.

No final de cada sessão, é realizada uma sessão de relaxamento progressivo. **Objetivos:** 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; diminuir a ansiedade e o stress.

Importa referir que o grupo é aberto, onde foi possível a admissão de novos participantes, devido às características da instituição, onde o internamento do doente é de um mês ou três meses, sendo os restantes casos excecionais, por questões sociais, que se denomina de prolongamento social. Desta forma tivemos de encontrar estratégias para integrar os novos elementos, e não desmotivar os restantes, de forma a não afetar os sentimentos de confiança dos utentes, assim como a harmonia do grupo. Embora se distinga as sessões por níveis, o habitual é que as atividades juntem as componentes emocionais, cognitivas e sociais em simultâneo, trabalhando todas para o mesmo fim. Possivelmente alguns dos exercícios terão que ser adaptados, nomeadamente aqueles em que é necessário juntarem-se em grupos de duas pessoas, caso o número de utentes seja reduzido. Caso não as atividades propostas sejam realizadas de forma mais rápida que o previsto, e ainda reste tempo de sessão útil, serão realizadas atividades de reserva, ou repetida alguma atividade da intervenção, que seja pertinente.

3.4 - Descrição das sessões

3.4.1 -Sessão 1 – Estimulação Socio-emocional

Atividades: Jogos dinâmicos de apresentação e integração: “Segura o Balão”. **Objetivos:** Conhecimento interpessoal dos utentes; prevenir o isolamento social na instituição; estimulação cognitiva: atenção, concentração, percepção e memória a curto prazo.

Material: Figuras geométricas e balões.

Desenvolvimento: É pedido a cada utente para pegar em um balão, e quando todos tiverem um balão respetivo é pedido que o arrebentem e peguem na figura geométrica. Cada figura geométrica tem uma correspondente. Deste modo, pedimos que cada utente

se anexe ao utente com a figura geométrica correspondente, de forma a fazer grupos de dois. Caso não seja um grupo par, existirá um deles que se ira anexar num grupo de três elementos. No grupo são partilhados os gostos, as características, os hobbies, e curiosidades que queiram partilhar, de forma a se conhecerem melhor. No final é pedido a um elemento de cada grupo para apresentar o colega.

Técnica de relaxamento muscular progressiva:

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. A temperatura da divisão deve ser confortável e convém que nos desprendamos de roupas incómodas ou que apertem demasiado.

O procedimento

O primeiro passo consiste em ler todo o exercício e familiarizar-se com o método e com os grupos de músculos que nos disponhamos a relaxar. Ao princípio isto pode ser um pouco complicado, mas no fim da primeira sessão conheceremos todo o procedimento e poderemos realizá-lo com bastante facilidade. Para ajudar, dividimos os grupos em seis zonas principais do corpo que são:

Grupo M – Mãos e braços.

Grupo N – Nuca, ombros e pescoço.

Grupo O – Olhos, sobrancelhas e testa.

Grupo C – Pescoço, língua, lábios, maxilares e boca.

Grupo T – Tronco (peito e abdómen).

Grupo P – Perna, pés e glúteos.

Para nos lembrarmos podemos memorizar a seguinte frase mnemónica: A Mãe Não Ouve Como Toca o Pai

Como podemos ver, a primeira letra (exceto os artigos) de cada uma das palavras da frase corresponde a uma das seis partes do corpo. Esta mnemónica e uma cuidadosa leitura do texto permitir-nos-ão completar a primeira sessão prática sem demasiadas dificuldades.

O procedimento é muito simples. Consiste em irmo-nos concentrando em cada um dos grandes grupos de músculos das seis partes do corpo, alongando e relaxando alternadamente. Não demoraremos a aprender a diferença entre alongamento e relaxamento. Mas devemos concentrar-nos no ato de alongar os músculos. Mesmo quando pensarmos que já estão relaxados, tentaremos de novo relaxá-los um pouco mais. Sentiremos os músculos cada vez mais pesados. Devemos concentrar-nos em cada um dos grupos de músculos durante um período aproximado de meio minuto. Durante este tempo, talvez comecemos a sentir um formigueiro nos músculos e os sintamos ligeiramente frios. Não nos devemos preocupar, pois é uma parte normal do processo de relaxamento. Quando realizamos os exercícios de respiração para alongar e relaxar os músculos do peito, comprovaremos que a inspiração provoca tensão e a expiração provoca um relaxamento. Quando relaxarmos este grupo de músculos estaremos a respirar de uma forma mais rápida e simples, mas de cada vez que inspirarmos, vamos conseguir relaxar-nos um pouco mais profundamente que a anterior e vamos aprender a associar a expiração com o relaxamento.

Uma vez relaxados todos os grupos de músculos, permaneceremos relaxados e quietos e trataremos de formar uma imagem mental de uma cena tranquila e suave. Pode ser um rio rodeado de vegetação exuberante ou uma praia quente e deserta, ou a imagem de ondas a rebentar numa baía tropical. Ou pode ser simplesmente um conjunto de cores agradáveis. No princípio, é possível que nos seja difícil manter esta cena mental durante alguns segundos, mas com a prática cada vez será mais fácil a utilização destas imagens que nos servem para aumentar a nossa sensação de bem-estar e de relaxamento.

Os exercícios

Cada pessoa deverá ler o desenvolvimento de todos os exercícios e manterá na sua memória a frase mnemónica, para ajudar a recordar os grupos de músculos implicados. No nosso caso, e dado que temos um suporte escrito, seria aconselhável que gravássemos

numa cassette todo o processo de relaxamento. Ainda que o tenhamos transcrito na terceira pessoa, convém que o façamos referindo-nos a nós.

Relaxamento

Grupo M (mãos e braços)

- Punhos: Feche as mãos o mais forte que consiga durante cinco segundos e sinta a tensão que isto lhe produz. Depois relaxe-as por completo e note a diferença entre a tensão e o relaxamento. Concentre-se em exercitar os músculos durante aproximadamente um minuto.
- Parte anterior dos braços: Agora dobre os braços pelos cotovelos para que os músculos da parte anterior do braço fiquem tensos. Mantenha esta posição durante uns cinco segundos e depois relaxe e deixe cair os braços ao longo do corpo. Continue a exercitar os músculos e concentre-se na sensação de se deixar ir durante meio minuto, mais ou menos.
- Parte posterior dos braços: Nesta ocasião deve estender os braços o mais rigidamente que possa. Sinta a tensão na parte posterior dos seus braços durante cinco segundos e depois relaxe. Estenda os braços ao longo do corpo e continue a deixar que os músculos se exercitem durante aproximadamente meio minuto.

Grupo N (nuca, ombros e pescoço)

- Ombros: Encolha os ombros, elevando-os em direção à nuca o mais que poder e sentindo a tensão neles. Mantenha essa mesma posição durante cinco segundos e depois relaxe-se. Deixe que os seus ombros caiam e se alonguem. Mantenha essa sensação de se deixar levar durante meio minuto.
- Nuca: Pode alongar estes músculos apertando a parte posterior da cabeça contra o apoio do cadeirão ou simplesmente deitando a cabeça para trás, com toda a força que poder, durante uns cinco segundos.

Sinta a tensão e depois retome a posição inicial, relaxando a nuca e sentindo como a sua cabeça descansa suavemente. Concentre-se na sensação de se deixar levar durante o meio minuto seguinte.

- Pescoço: Vire a cabeça para a direita e ponha os músculos do pescoço em tensão durante cinco segundos. Em seguida, retome a posição de partida e concentre-se nos músculos do pescoço durante meio minuto. Seguidamente, realize o exercício simétrico ao anterior, virando a cabeça para a esquerda e ponha os músculos do pescoço em tensão durante cinco segundos. Para depois voltar à posição inicial e relaxar de novo os músculos durante meio minuto concentrando-se neles.

Grupo O (olhos, sobrancelhas e testa)

- Testa e couro cabeludo: Ponha estes músculos em tensão elevando as sobrancelhas como um sinal marcado de interrogação. Trate de elevar as sobrancelhas tudo o que puder e mantenha essa sensação durante cinco segundos. Sinta a tensão e depois relaxe durante meio minuto. Note a diferença existente entre tensão e relaxamento e concentre-se na sensação de deixar-se levar. Mantenha os olhos fechados ou quietos, olhando diretamente para a frente.
- Olhos e sobrancelhas: Ponha as sobrancelhas em tensão franzindo-as o mais intensamente que possa, ao mesmo tempo que fecha com força os olhos. Mantenha essa mesma posição de tensão durante cinco segundos e depois relaxese. Sinta o alívio de se deixar levar e continue a suavizar a queda das sobrancelhas.

Durante o meio minuto seguinte, concentre-se unicamente nesses músculos.

Grupo c (pescoço, língua, lábios, maxilares e boca)

- Boca e lábios: Os músculos dos lábios e do rosto podem ser alongados pressionando fortemente os lábios entre si. Mantenha essa posição durante cinco segundos e depois relaxe-se. Deixe que os seus lábios descansem juntos e continue a notar a sensação de deixar-se levar durante aproximadamente meio minuto.
- Maxilares: Podem ser alongados apertando os dentes (como se estivesse a morder algo com os molares) durante cinco segundos. Sinta a tensão na mandíbula e depois relaxe os músculos. Finalmente, separe ligeiramente a mandíbula e sinta o alívio de deixar-se levar durante o meio minuto seguinte.

- Pescoço e língua: Coloque a ponta da língua sobre o palato e pressione para cima com toda a força que poder durante uns cinco segundos. Sinta a sensação de deixar-se levar e deixe que a sua língua se instale no fundo da sua boca. Mantenha a sensação de relaxamento durante aproximadamente meio minuto.

Grupo t (tronco, peito e abdómen)

- Peito: Respiração profunda. Faça uma inspiração profunda e retenha-a durante cinco segundos. Sinta a tensão no peito e expire o ar, concentrando-se na sensação de deixar-se levar. A seguir volte a respirar profundamente. Sinta a tensão. Contenha a respiração durante uns cinco segundos e depois, expire e relaxe.
Mantenha a respiração normal e relaxe como anteriormente. De cada vez que expire, concentre-se na sensação de alívio e deixe-se levar. Continue a praticar este exercício durante o minuto seguinte.
- Estômago – abdómen: Encolha os músculos situados na zona do estômago como se estivesse a preparar-se para receber um golpe. Sinta a tensão enquanto os músculos estão encolhidos e rígidos. Mantenha esta posição durante cinco segundos. Depois relaxe-se e deixe que os músculos do tronco se alonguem durante meio minuto.

Grupo p (pernas, pés e glúteos)

- Glúteos: Pressione um contra o outro durante cinco segundos e depois deixe-se relaxar durante meio minuto.
- Pernas e pés: Estique as pernas para a frente com os dedos dos pés a apontar para baixo. Mantenha essa posição durante cinco segundos. Sinta a tensão nas pernas e nos pés, depois relaxe por completo. Sinta como a tensão vai desaparecendo das pernas e das ancas e relaxe, deixando-se levar, esticando os músculos durante o meio minuto seguinte. A seguir repita o exercício, mas, esticando os dedos dos pés para cima e depois relaxe-os de novo.
- Revisão mental de todo o corpo: Durante os dois ou três minutos seguintes, faça uma revisão mental de todos e cada um dos grupos musculares que foi alongando e relaxando, de modo a

poder relaxá-los um pouco mais. Basta para isso que se concentre alternadamente nos músculos, na ordem em que o fez pela primeira vez (mãos, braços, ombros..., até terminar nas pernas e nos pés).

1.4.2 - Sessão 2

Sessão de estimulação cognitiva:

“Jogar com as palavras”

Objetivos: Estimular a memória, comunicação verbal e integração dentro do grupo; incentivar o pensamento e o raciocínio lógico.

Descrição da atividade:

Material:

“Biografia de acontecimentos positivos”

Objetivos: Estimulação e manutenção cognitiva: memória a longo prazo.

Material: Folha de registo com uma tabela duas colunas (com idade por década 0-10 anos, 11-20, 21-30, ..., até mais de 80 anos, e acontecimento positivo).

Desenvolvimento: Pedir a cada utente que partilhe e/ou escreva um sucesso positivo da sua vida, por década.

- **Técnicas de relaxamento muscular progressivo**

1.4.3 - Sessão 3

Estimulação socio-emocional

Roda com novelo: “Os quatro elementos”

Objetivos: Habilitar os reflexos físicos para pegar a bola, e mentais para responder à pergunta; melhorar a coordenação do movimento e do pensamento ao trabalhar o aspeto cognitivo; trabalhar/recordar (através da repetição) o nome dos participantes; proporcionar um momento lúdico.

Material: Um novelo de lã (ou uma bola de esponja).

Desenvolvimento: Passar à vez a bola para cada utente, de modo que cada um possa agarrar a bola com as mãos. O primeiro exercício será passar a bola a casa um para que todos toquem-na e verifiquem o seu peso, textura e maciez. Aqui, o psicólogo começa por saudar cada um pelo nome (“Bom dia Senhora Maria”), enquanto passa a bola. Por sua vez, a senhora Maria retornar a bola, enquanto retorna a saudação, dizendo: “Bom dia (o nome do psicólogo)”. Depois, seguindo a mesma dinâmica, o psicólogo lança a bola para um dos participantes, pronunciando um elemento, por exemplo, água (terra, fogo, ar). Quem receber deve passa-la a outro utente dizendo o nome da pessoa para quem vai passar a bola e o nome de um animal que viva na água. E assim para o resto dos elementos, até que se diga o maior número de animais possível, ou até que o animador decida parar o jogo. Se se diz “fogo”, terá de devolver a bola sem dizer nada. Após concluída esta fase do jogo pode-se falar sobre quais foram os elementos mais difíceis de responder, quais desses elementos são os mais importantes para a humanidade, e o que cada um deles nos dá. Posteriormente, pode-se continuar o jogo introduzindo outros temas ou perguntas como nomes de plantas, desportos, frutas, cidades e/ou países.

“Círculos para partilhar”

Objetivos: trabalhar a capacidade de expressão; partilhar ideias, sentimentos e experiências; apoiar, manter e estimular a comunicação entre os utentes; desenvolver a capacidade de escuta e atenção; criar confiança no grupo; favorecer o conhecimento mútuo.

Material: depende do tema a debater.

Desenvolvimento: as pessoas dispõem-se em círculo. O psicólogo introduz o tema do dia (já anunciado na sessão anterior) e explica ou revê a ideia geral das atividades destinadas a partilhar. Em seguida, dá a cada um a oportunidade de acrescentar algo, ora seguindo o sentido do círculo, ora cada um falando quando quiser. Pode estipular-se um limite de tempo por intervenção, ainda que convenha tentar que a comunicação seja a mais fluída e flexível possível.

Trata-se essencialmente de uma sessão de conversação. Esta discussão será devidamente agendada com os utentes para que estes possam pensar sobre o tema em casa e até podem informar-se sobre o mesmo. O tema ou temas a discutir também poderão ser escolhidos previamente pelos participantes do grupo, assim será mais fácil envolvê-los e impedir que tenham um papel passivo nesta atividade. Após o tema ter sido escolhido, pode-se

procurar, por exemplo, um artigo sobre o assunto, ou preparar um texto e expô-lo aos utentes para que estes possam discutir o assunto e ouvir as opiniões dos participantes individuais, aproveitando para criar um ambiente recreativo, relaxado.

Num contexto de partilha pessoal, segue-se um exemplo de temas que pode-se usar nesta atividade:

- Abordar os seus interesses e atividades que tenham feito (profissões) e/ou o que gostam de fazer nos tempos livres;

- **Técnicas de relaxamento muscular progressivo**

3.4.4- Sessão 4 : Estimulação socio-emocional

“Jogar com as cores”

Objetivos: conhecer melhor os outros; mostrar as semelhanças existentes entre as pessoas; permitir uma primeira abordagem às emoções; possibilitar uma forma lúdica de falar sobre como se sentem.

Material: papéis coloridos ou papel branco (pode-se optar pelas 7 cores do arco íris).

Desenvolvimento: O psicólogo dá a escolher ao grupo uma cor e pede para cada pessoa apresentar-se e dizer porque escolheu determinada cor, porque gosta da mesma e que emoções essa cor lhe transmite. De seguida, indagar da relação entre as cores e emoções.

“Qualidades”

Objetivos: Favorecer o conhecimento interpessoal no grupo; favorecer o pensamento positivo; fomentar a auto-estima de uma forma lúdica; provocar uma situação grupal positiva.

Material: Nenhum

Desenvolvimento: Apresentar a dinâmica ao grupo o seu nome próprio, depois dizer adjetivos ou qualidades positivas que cada participante entenda possuir e a que dê importância.

- **Técnicas de relaxamento muscular progressivo**

3.4.5 - Sessão 5-: Estimulação cognitiva

“História em cadeia”

Objetivos: Estimular a capacidade de atenção e concentração; estimular a memória a curto prazo; fomentar as relações interpessoais; fomentar as relações de ajuda.

Material: nenhum

Desenvolvimento: Um dos utentes começa por iniciar uma história, da forma que pretender (ex. “era uma vez”). Os utentes que integram o grupo deverão recordar o que foi dito em cada trecho da história, tentando que os companheiros seguintes acrescentem algo mais à história inicial. Os utentes podem ajudar-se entre si, no caso de algum ter dificuldades em recordar-se do que foi dito inicialmente, ou em continuar a história.

“Memória por associação”

Objetivos: estimular as capacidades cognitivas através da associação de objetos à vida dos utentes; memória a longo prazo.

Materiais: chapéu, rádio, pinceis, câmara fotográfica, toalha de mesa, boneca, carrinhos, etc.

Desenvolvimento: Os utentes devem escolher um objeto e falar sobre as diferentes utilidades que esse determinado objeto tem no dia-a-dia, e é pedido para se lembrar de alguma situação em que o mesmo tenha sido útil.

- Técnicas de relaxamento muscular progressivo

3.4.6 - Sessão 6 : Estimulação cognitiva

“Estimulação multissensorial: 5 sentidos, 5 contextos”

Objetivos: Estimulação dos sentidos dos utentes; proporcionar o reconhecimento das diferentes emoções sensitivas; estimular a criatividade; facilitar o autoconhecimento e o conhecimento recíproco; desenvolver o raciocínio.

Materiais: Frutos, iogurte, condimentos (pimenta, canela, cominhos, etc.), areia, protetor solar, rádio, flores, pacotes de pipocas, cd, talheres, computador portátil, e venda para os olhos.

Desenvolvimento: Primeiramente os utentes vão fazer um exercício olfativo. O psicólogo pede-lhes que fechem os olhos (ou com o auxílio de uma venda). Onde no final, por ordem, terão de identificar os cheiros que experimentaram. Seguidamente experimentaram um exercício através do tato. Onde cada utente toca no rosto de outro

utente, e depois tem de identificá-lo com uma venda. Ainda neste registo, após este exercício é pedido aos utentes para de olhos fechados consigam identificar vários objetos (ex. Areia). Através do computador portátil, serão colocados vários sons para os utentes identificarem (ex. Mar).

- Técnicas de relaxamento muscular progressivo

3.4.7 – Sessão 7: Estimulação Cognitiva

“Memorização de palavras”

Objetivos: melhorar as habilidades cognitivas; desenvolver atenção visual; estimular a atenção bem como outras habilidades da inteligência incluindo a memória.

Materiais: papel e caneta e quadro de giz (ou cartolina)

Desenvolvimento: os utentes terão de memorizar o máximo de palavras possíveis presentes no quadro. Seguidamente no papel é pedido para escrever todas as palavras que se recordam.

“Passeio da memória”

Objetivos: Aumentar a agilidade mental; estimular a concentração; fortalecer a coordenação visual; e desenvolvimento da memória, concentração e atenção

Material: nenhum

Desenvolvimento: o exercício é iniciado com uma frase: Fui à feira... o utente segundo a ordem continua a história descrevendo um objeto que lá comprou. O método repete-se com todos os utentes. De referir que a história tem de ter uma sequência lógica com o que foi referido até então, ou seja, repetindo também o que os outros utentes referiram.

- Técnica de relaxamento muscular progressivo

3.4.8– Sessão 8: Estimulação Cognitiva

“Desenha o teu sonho”

Objetivos: conhecimento recíproco; orientação pessoal; estimular as funções perceptivas, da atenção, da concentração, do pensamento abstrato, da orientação no espaço e da coordenação psicomotora; desenvolvimento cognitivo; estimular a capacidade construtiva.

Material: papel e lápis

Desenvolvimento: é pedido ao utente que partilhe um sonho que tenha tido, e que tente desenhá-lo.

“Provérbios Populares”

Objetivos: Estimular a memória a longo prazo. Proporcionar a recordação de provérbios mais conhecidos pelos utentes.

Material: nenhum

Desenvolvimento: Os participantes devem completar uma lista de 20 provérbios.

- 1) “Uma mão lava a outra”
- 2) “Mais vale um gosto na vida do que seis vinténs”
- 3) “De grão em grão a galinha enche o papo”
- 4) “Águas passadas, não movem moinhos”
- 5) “Quem tem telhado de vidro não atira pedras ao do vizinho”
- 6) “A ociosidade é a mãe de todos os vícios”
- 7) “O que não tem solução, solucionado está”
- 8) “Cachorro mordido de cobra tem medo até de barbante”
- 9) “Quem quer vai, quem não quer manda”
- 10) “Em tempo de guerra, qualquer buraco é trincheira”
- 11) “Não se deve despir um santo para vestir outro”
- 12) “A fome é o melhor tempero”
- 13) “Mal de muitos consolos é”
- 14) “O pior cego é aquele que não quer ver”
- 15) “Ninguém é profeta na sua terra”
- 16) “Bem mal ceia quem come de mão alheia”
- 17) “Duro com duro não faz bom muro” 18) “Quando deus quer, água fria é remédio”
- 19) “Assim como vive o Rei, vivem os vassalos”
- 20) “Dois olhos veem mais do que um só”

Técnicas de relaxamento muscular progressivo

3.4.9 - Sessão 9: estimulação socio-emocional

“Entra na conversa”

Objetivos: Estimular a concentração; melhorar as capacidades cognitivas, perceptivas e de concentração. Estimular a socialização e capacidade de adaptação entre os utentes.

Material: Nenhum.

Desenvolvimento: Com os utentes sentados em círculo, cada um por sua vez, sai da sala enquanto os restantes iniciam uma conversa sobre um tema à sua escolha. Quando a conversa fluir, é pedido ao utente que está fora da sala para entrar e procurar inserir-se no grupo da conversa. O tempo de adaptação dada é livre e depende de pessoa para pessoa. No final, faremos uma dinâmica onde conversamos sobre a atividade, dificuldades e satisfações.

“Onde estou? Quem sou? Qual a minha profissão?”

Objetivos: fortalecer a agilidade mental; praticar a memória e concentração (reviver acontecimentos passados); desenvolvimento do desempenho cognitivo; estimular a capacidade de socialização e conhecimento interpessoal.

Material: papel com imagens.

Desenvolvimento: Por equipas pequenas, os utentes vão retirar imagens e criar uma situação para que as outras equipas percebam qual a época que está a ser retratada. O mesmo procedimento acontece referente às profissões, onde os utentes vão retirar uma papel onde esta uma imagem e a palavra de uma profissão, especificamente profissões referente à sua época, e terão de recriá-la para que o outro grupo (s) acerte(m).

- **Técnicas de relaxamento muscular progressivo**

3.4.10- sessão 10: Estimulação cognitiva

“Repetir palavras e números”

Material: nenhum

Objetivos: desenvolver o raciocínio abstrato e vocabulário; treinar a concentração; estimulação cognitiva; desenvolver a memória a curto prazo.

Desenvolvimento: será evocada uma sequência de palavras e números que os utentes terão de repetir.

“Lista de palavras e imagens”

Material: papel com imagens

Objetivos: fortalecer a flexibilidade mental; treinar a memória e a concentração; colaborar para a conservação do desempenho cognitivo; desenvolver a atenção visual; desenvolver a capacidade de memorização; aumentar a memória a curto prazo, através da retenção de informação.

Desenvolvimento: os utentes vão memorizar o conjunto de 15 palavras que será recordada posteriormente. Seguidamente serão expostas 10 imagens, os clientes devem recorda-las posteriormente ou assinala-las numa grelha de 20 imagens.

□ Técnicas de relaxamento muscular progressivo

3.4.11– Sessão 11 : Sessão de estimulação cognitiva

“ A escolha de um aviador”

Objetivos: Sensibilizar os utentes para a importância do trabalho em equipa; estimular a criatividade e a capacidade de resolução de problemas.

Material: nenhum

Desenvolvimento: o exercício consiste na resolução de um problema: “Vocês estão num voo de aproximadamente 5 horas de duração. Sai do ponto de partida às 9:00 h da manhã. A meio do percurso o piloto anuncia que efetuou um desvio na rota de aproximadamente 150 Km e que está em sérias dificuldades. Em seguida o avião cai num deserto e todos os tripulantes ficam inconscientes. Somente os cem passageiros ficam conscientes. Ao espreitar de um ponto alto, o avião confunde-se com a areia do deserto”. Missão: A vossa missão é salvar todos os passageiros. No avião, todo partido, irá encontrar os seguintes utensílios: 3 Bússolas, 50 cobertores, 100 garrafas de água, 1 espelho de maquilhagem, 100 óculos escuros, 2 mapas da região, 100 pacotes de sal, 100 Iatas de comida, 30 canivetes suíços, 1 grande lona cor da areia. a) Descrevam em poucas palavras a sua estratégia de ação para salvar todos. b) Enumerem em ordem decrescente de prioridade os objetos, acima relatados, que serão utilizados nesta missão de salvamento, sendo o n.º 1 o mais importante e o n.º10 o menos importante.

Resolução do caso: Em termos aéreos, 150 Km representam apenas poucos minutos. Em pouco tempo o avião será encontrado. Rapidamente será sentida a falta do avião. No máximo, em 5 horas que era o tempo previsto para o voo, as buscas começarão.

A estratégia é:

- Manterem-se todos juntos, próximos do avião, e aguardar o socorro.
- - É fundamental estar preparado e orientar o resgate; manter-se vivo; manter a sobrevivência por um período maior, se for necessário.

A lista a seguir estabelece a utilidade de cada um dos objetos para esta situação específica.

- Óculos - Sem utilidade prática. Se fosse na neve ele protegeria a visão.
 - Bússola - Idem, já que todos devem permanecer nas proximidades do avião.
 - Sal - Extremamente prejudicial à saúde, sal e sol é uma mistura explosiva.
 - Canivete - Sem utilidade aparente.
 - Água - Útil, embora o ser humano seja capaz de sobreviver alguns dias sem ela.
 - Cobertor – Útil, à noite no deserto, o frio facilmente atinge temperaturas abaixo de zero.
 - Lona - Útil para proteger do sol escaldante do dia.
 - Espelho - Extremamente útil para dar sinal em caso de aproximação de socorro.
 - Comida - Útil, mas disponível uma vez que o socorro deverá chegar em breve.
 - Mapa - Desnecessário, uma vez que todos deverão permanecer juntos aguardando o socorro. Assim, a ordem mais ou menos correta é: 1. Espelho 2. Lona 3. Cobertor 4. Água 5. Comida 6. Canivete 7. Óculos 8. Bússola 9. Mapa 10. Sal
- Importância da Atividade: Sensibilizar os idosos para a importância do trabalho em equipa; estimular a criatividade e a capacidade de resolver problemas

- **Técnicas de relaxamento muscular progressivo**

3.4.12 – Sessão 12: Estimulação socio-emocional

“Verdade ou Mentira”

Objetivos: melhorar a percepção e o poder de criatividade. Promover a coesão grupal.

Material: nenhum.

Desenvolvimento: os utentes integrados em diferentes equipas devem tentar enganar a equipa adversária. Cada elemento do grupo tem a oportunidade de se apresentar e dizer

três coisas sobre si, por exemplo, “Faço anos em junho, tenho um cão, a minha comida preferida é esparguete”. A equipa deve tentar adivinhar qual é a mentira.

3.5- III Fase: Avaliação do programa

Para avaliar a intervenção pretendíamos passar uma escala de avaliação psicológica: o MOCA. Em pré-teste e pós-teste, no entanto, verificamos que a maior parte dos utentes não conseguiam sequer terminar a avaliação, por nomeadamente terem dificuldade em concentrarem-se e em não compreenderem as questões do mesmo. Não conseguindo desta forma, utilizá-lo como fator de avaliação. Desta forma tornou-se inválida a sua utilização. Optamos então por no final, fazermos um breve questionário, com perguntas chaves, de forma a obtermos o feedback da atividade. Para além do mais, o pós-teste tornava-se difícil de aplicar, porque parte dos utentes saíram do grupo sem aviso prévio.

4 – Conclusões

Ao iniciarmos as sessões, não tínhamos expectativas elevadas relativamente aos ganhos ao nível cognitivo dos participantes, devido a todas as limitações da população alvo, e ao grupo heterogéneo que a constitui-a. O fato de incluirmos utentes com discrepantes níveis cognitivos, tornou-se difícil aplicar o programa tal como foi estruturado inicialmente. Desta forma fomos adaptando sessão a sessão, novas atividades, indo de encontro as limitações do grupo, de forma a não causar ansiedade e frustração nos utentes que não são capazes de desempenhar as tarefas. Ainda assim, tentamos incluir atividades que de forma direta ou indireta fossem de encontro aos objetivos iniciais do nosso projeto. A reformulação das sessões é descrita seguidamente em forma de relatórios, que realizávamos após cada sessão.

Bibliografia:

Agostinho, A. (2004). Perspetiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 31-36

Aragón, M. (2007). *Intervención Psicomotriz en Ancianos. Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Edições Pirâmide.

Barroso, V. L., Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos Getriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido em 2014

Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
Calixto, E. & Martins, H. (2010) Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. Tese de Mestrado, submetida à, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade do Algarve, Algarve.

Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7.

Caballo, V.E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintinuno.

Cabete, D.G. (2005) *O Idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4.

Campos, A. P. M. (2009). *Intervenções Psicológicas para Pessoas Idosas*. Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama. Acedido em 2014, 13 de Abril, <http://www.sobrap.org.br/wp-content/uploads/2009/07/microsoft-word-intervencões-psicologicas-p-pessoas-idosas-ana-campos-ago2009.pdf>

Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.

Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z., Prette, A. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.

Lima, M. P. (2004). *Posso Participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar.

Chodzko-Zajko W. (1999). Improving quality of life in old age. The role of physical activity. In J Mota, J Carvalho (Eds.): *Atas do seminário qualidade de vida no idoso: o papel da atividade física* (pp. 105-117); Porto, faculdade e Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Ermida, J.G. (1999). Processo de envelhecimento. In: COSTA, Maria A. M.; [et al.] - *O idoso: Problemas e realidades*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-03-4. p.41-50.

Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, vol.33 (2), 198-205.

Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.285-311).

Lisboa: Climepsi.

Fontaine, R. (2000). Aspectos psicológicos – Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.

Frank, M.H.; Rodrigues, N.L. (2006). Depressão, Ansiedade, Outros distúrbios afectivos e suicídio In: Py, Lígia; [et. al.] - Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Brasil: Guanabara Koogan. pp. 376-387.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., Fonseca, A. M. (2006). Promoção da Qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 137-143.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2009. Acedido em Abril de 2014,
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2

Jacob, L. (2007). Animação de idosos: atividades. Porto: Âmbar.

Júnior A. (1999). Idosos em movimento – mantendo a autonomia: um projeto para promover a saúde e a qualidade de vida através de atividades físicas. In J Mota, J Carvalho (Eds.): Atas do seminário qualidade de vida no idoso: o papel da atividade física (pp. 3649); Porto, faculdade e Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (2).

Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium* (27).

Moura, C. (2006). Século XXI: Século do Envelhecimento. 1ª ed. Loures: Lusociência.

ISBN 972-8930-34-8.

Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: LivpsicPsicologia.

Oliveira, D. L. C., Goretti, L. C., & Pereira, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91-96.

Pasqualotti, A., Barone, D. A. C., Doll, J. (2008). Avaliando as perdas comunicativas nas relações sociais de um grupo de idosos com traços depressivos. *Jornadas LatinoAmericanas de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias*, Rio de Janeiro.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Revista sociologia*, 15, 275-287

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-99). Lisboa: Climepsi.

Pinquart, M. & Soerensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A Meta Analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7 (2), 207-243.

Phipps, W.J; [et al.] (1995). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-0-6.

Rodríguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes com demência: Una Propuesta Rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 11, 13-18.

Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., Springett, J. (2001). Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. Em, I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds), *Evaluation in health promotion – Principles and perspectives* (pp. 45-63). Canadá: WHO Regional Publications, European Series, 92.

Salgueiro, H.D. (2007). Determinantes psico-sociais da depressão no idoso. *Nursing*. Lisboa: [s.n]. 17:222. pp. 7-11.

Santos, A.F.A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Monografia de licenciatura).

Sequeira, A., & Silva, M.N. (2003). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto. ISBN 978-989558-092-7.

Serra, A.V. (2006). Que significa envelhecer? In: FIRMINO, Horácio – *Psicogeriatrica*. Lisboa: Psiquiatria Clínica. ISBN 9892003144. p.21-33.

Sousa, M.R.; Peixoto, M.J.; Martins, T. (2008) – Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. Referênci[a]. Em linha] Consultado 5 Out. 2009. Disponível na [www:<http://www.esenfc.pt/n/admin/conteúdos/download/artigo>](http://www.esenfc.pt/n/admin/conteúdos/download/artigo).

Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-71.

Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Spar, J.E; La Rue, A. (1998). Guia de Psiquiatria Geriátrica. Lisboa: Climepsi Editores.
ISBN 972-97250-8-x.

WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status.
International Journal of Mental Health, 23 (3), 24–56.

Zimerman, G. I. (2000). Velhice, aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed Editora.

Anexo I-
Relatórios das Sessões

Relatório 1ª Sessão do Grupo

A primeira sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 13.04.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes, explicar os objetivos gerais desta intervenção e procedemos à apresentação do grupo, em que cada elemento referiu o seu nome, idade, residência/naturalidade, situação profissional e motivo que levou ao internamento neste serviço.

Segundo o procedimento estipulado, a primeira atividade consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Nesta primeira sessão incidimos sobre a estimulação socioemocional de forma a promover a interação dos utentes. Então, realizamos a atividade "Segura o Balão", em que usamos como recursos materiais balões e figuras geométricas. Nesta atividade, deparamos nos com algumas dificuldades devido à heterogeneidade do grupo, à dificuldade de compreensão das instruções por parte de alguns utentes e à atitude de pouca/nenhuma colaboração de uma utente. Assim, tivemos que reestruturar e adaptar a atividade às limitações da maior parte dos elementos.

Atribuímos um balão a cada elemento, pedimos para o rebentar e dentro encontraram uma parte de uma figura geométrica. Pedimos para se anexarem ao colega que tivesse a metade que completasse a figura correspondente. De seguida solicitamos a nomeação de cada figura.

Propusemos aos utentes que cada um partilhasse com o grupo um acontecimento de vida positivo e significativo, atividade que foi realizada com muito entusiasmo por parte dos participantes.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 2ª Sessão do Grupo

A segunda sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 20.04.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

A sessão de hoje incidiu primeiramente na atividade designada de “Novelo de lã”, que consiste em fazer uma primeira ronda em que o novelo circula pela mão de todos os participantes da sessão, onde se cumprimenta o colega do lado, enquanto se passa a bola. No exercício deve-se passar o novelo ao colega do lado, referir o nome do mesmo e nomear um elemento pertencente à categoria escolhida (frutas, flores e/ou plantas, países e/ou cidades, etc.).

A segunda atividade designa-se “Provérbios Populares”, de forma a proporcionar a recordação dos provérbios populares conhecidos pelos utentes, e provérbios trazidos por nós. Pedimos também para completar uma lista de 20 provérbios:

1. “Uma mão lava a outra”
2. “Mais vale um gosto na vida do que seis vinténs”
3. “De grão em grão a galinha enche o papo”
4. “Águas passadas, não movem moinhos”
5. “Quem tem telhado de vidro não atira pedras ao do vizinho”
6. “A ociosidade é a mãe de todos os vícios”
7. “O que não tem solução, solucionado está”
8. “Cachorro mordido de cobra tem medo até de barbante”
9. “Quem quer vai, quem não quer manda”
10. “Em tempo de guerra, qualquer buraco é trincheira”
11. “Não se deve despir um santo para vestir outro”
12. “A fome é o melhor tempero”
13. “Mal de muitos consolo é”
14. “O pior cego é aquele que não quer ver”
15. “Ninguém é profeta na sua terra”

16. “Bem mal ceia quem come de mão alheia”
17. “Duro com duro não faz bom muro”
18. “Quando deus quer, água fria é remédio”
19. “Assim como vive o Rei, vivem os vassalos”.
20. “Dois olhos veem mais do que um só”

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 3ª Sessão do Grupo

A terceira sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 27.04.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Realizamos a primeira atividade, de nome "Histórias em Cadeia", em que fornecemos elementos iniciais de forma a inspirar a continuidade da história. Cada elemento, na sua vez, acrescentava um facto à história, tarefa que foi desempenhada com agrado e empenho por parte dos participantes.

De seguida realizamos a atividade "Onde estou?, Quem sou?, Qual a minha profissão?", na qual cada utente respondeu a cada uma destas questões. A última questão foi o mote para introduzir imagens de profissões de época, solicitando a sua descrição e nomeação. Sendo a maior parte dos participantes pessoas idosas, esta atividade foi realizada com entusiasmo e grande espírito de revivalismo.

Uma vez que as comemorações do 25 de Abril aconteceram recentemente, proporcionamos um momento evocativo das memórias do 25 de Abril que cada utente quis partilhar.

Antes de terminar, foi proposto aos participantes que pensassem num tema para abordarmos na sessão seguinte.

Terminamos com as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 4ª Sessão do Grupo

A quarta sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 04.05.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e procedemos à apresentação do grupo e do novo elemento. Prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático. De forma a promover a orientação temporal, relembramos algumas das comemorações que se realizam este mês, tais como o dia do trabalhador, o dia da mãe, e a importância religiosa dada a este mês.

Na sessão anterior, foi proposto aos utentes que refletissem individualmente sobre um tema que abordámos nesta sessão. Começamos por abordar o assunto das alterações climáticas, proposto por nós, com recurso a imagens que caracterizam estas mesmas alterações, com o objetivo de se criar uma situação de debate. De seguida pedimos a cada utente que partilhasse com o grupo o seu tema. Houve utentes que não trouxeram tema e os que trouxeram abordaram questões como a sua preocupação com hábitos de saúde saudáveis e a importância do dia da mãe.

De seguida realizamos o exercício das "Qualidades", em que foi pedido a cada utente que nomeasse uma qualidade de outro elemento do grupo, neste caso o elemento do lado.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 5ª Sessão do Grupo

A quinta sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 11.05.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Uma vez que o dia da Europa se comemorou nesta mesma semana, utilizamos esse facto como "pretexto" para realizar alguns exercícios psicoeducativos, que consistiam na visualização de mapas, enumeração dos países, enumeração dos países visitados pelos utentes e quais as suas características e contextualizamos a situação atual da Europa.

De seguida, procedemos à atividade "Cinco Sentidos, Cinco Contextos", que tem como principal objetivo a estimulação sensorial dos participantes. A estimulação foi realizada com recursos materiais específicos, como alimentos, condimentos, objetos de diversas texturas, entre outros, que os utentes deveriam reconhecer e nomear, tendo em conta que se encontravam de olhos vendados.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

Relatório 6ª Sessão do Grupo

A sexta sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 18.05.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e procedemos à apresentação do grupo e do novo elemento. Prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Sendo este mesmo dia, o dia Internacional do Museu, utilizamos este motivo para realizar algumas atividades psicoeducativas. Questionamos os utentes acerca dos museus que conhecem, que visitaram e propusemos que narrassem e partilhassem as suas experiências. De seguida apresentamos um vídeo produzido nas caves do Vinho do Porto, de forma a proporcionar-lhes uma visita guiada.

Prosseguimos com a atividade designada "Loto da Musica". Distribuímos um cartão com 6 títulos de músicas a cada elemento e reproduzimos uma playlist com as respetivas músicas, de forma aleatória, de modo a que cada participante identificasse a música e fosse preenchendo o cartão com caricaturas que iam sendo fornecidas por nós.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 7ª Sessão do Grupo

A sétima sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 25.05.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Uma vez que no dia a seguir a esta sessão se comemorava um evento religioso, o Dia de Todos os Santos pedimos aos utentes que partilhassem os seus conhecimentos e a importância deste dia para eles.

Prosseguimos com a atividade "Quem sabe, sabe!", que tem por objetivo a estimulação do conhecimento geral dos utentes. Com recurso a vários de cartões de categorias de cultura geral (música, gastronomia, geografia, provérbios e adivinhas) e um cubo com a designação das mesmas categorias, fomos realizando as diversas questões aos utentes.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 8ª Sessão do Grupo

A oitava sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 1.06.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Uma vez que hoje se realiza a comemoração do Dia Internacional da Criança, propusemos uma atividade de evocação de episódios felizes que remetam à infância, de forma a estimular a memória a longo prazo.

Prosseguimos com a atividade "As Lendas", em que com recurso a uma apresentação em *powerpoint* e vídeos ilustrativos, apresentamos as lendas, ordenando-as por regiões. Solicitamos aos utentes que as recordassem e partilhassem os seus conhecimentos sobre delas, assim como outras memórias associadas.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 9ª Sessão do Grupo

A nona sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 8.06.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Uma vez que no dia de hoje se comemora o dia Mundial dos Oceanos, realizamos uma atividade orientada para a psicoeducação, em que exploramos os conhecimentos dos participantes acerca dos oceanos (nomes, localização, etc.), abordamos a questão da importância da preservação dos mesmos e partilhamos alguns fatos curiosos a respeito. No final, apresentamos dois vídeos, ilustrativos dos oceanos.

Prosseguimos com a realização da atividade "Histórias, tradições e curiosidades", que consistia na apresentação em *PowerPoint* dos diferentes meses do ano, os provérbios associados a cada mês e quais os alimentos mais propícios a serem plantados. A cada mês apresentado, estimulávamos os participantes a partilharem situações próprias de cada mês (ex: em Março começa a primavera, em Maio comemora-se o mês de Maria, em Junho começamos a frequentar a praia, etc.).

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Relatório 10ª Sessão do Grupo

A décima sessão do grupo de estimulação e reabilitação decorreu no dia 15.06.2016.

Os utentes foram reunidos no refeitório, onde foi realizada a sessão, com as cadeiras posicionadas em modo circular. Todos se mostraram colaborantes e motivados para a sessão, portanto demos início às atividades definidas.

Começamos por realizar o acolhimento dos utentes e prosseguimos com a primeira atividade, que consiste em fazer uma breve orientação tempo-espacial, com recurso a imagens, mapas e calendários, de forma a ser mais interativo e didático.

Uma vez que à data desta sessão, se comemorava o dia internacional da música, decidimos abordar esse tema com uma atividade relacionada. Iniciamos então com um exercício denominado "músicas portuguesas". Com recurso a *powerpoint* e ferramentas audiovisuais, apresentamos os diferentes tipos de música tradicional portuguesa, na qual os utentes tinham de identificar o autor.

De seguida realizamos uma atividade de estimulação cognitiva, com recurso a suporte digital, baseada no STROOP. Realizamos também um exercício de estimulação da memória imediata. Apresentamos também alguns problemas, onde em grupo discutimos as várias soluções possíveis, à procura da mais adequada.

Para terminar, realizamos as atividades de relaxamento progressivo, com recurso a música adequada.

As limitações incidiram ao nível da discrepância dos défices cognitivos dos utentes, o que nos levou a fazer algumas adaptações de forma a limitar as frustrações e promover os ganhos.

Anexo II – Formação ao Serviço

Ética e deontologia na comunicação de más notícias

Os principais conflitos éticos estão relacionados com a importância da verdade na comunicação da má notícia, e as implicações que essa verdade podem ter na evolução do estado de saúde. A questão que se estabelece é se o ato de revelar a verdade diagnóstica constitui ou não uma acção que beneficie o paciente. O medo de que o conhecimento da doença desencadeia a piora do estado físico e emocional do paciente, contribui para que a revelação do diagnóstico e, mais especialmente, dos prognósticos com rápida evolução não seja realizada de forma clara e objectiva (Geovanini F & Braz, M, 2013).

Segundo Fallowfield et al (2002) nos cuidados à saúde fornecer informação ao doente é essencial com o objetivo de facultar a sua adaptação à doença e ao próprio tratamento. Contudo, nem sempre as práticas dos profissionais de saúde vão ao encontro dos desejos, preferências e expectativas do doente e sua família. A Lei das Bases de Saúde (Base XIV, nº 1, al. e) da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) confere ao doente o direito a "ser informado sobre a sua situação, as alternativas possíveis do tratamento e a evolução provável do seu estado". Em situações de omissão, o doente acaba por se isolar, pois ele tem noção que algo não está bem com a sua saúde e que as informações que lhe estão a ser omissas. Verifica-se o rompimento do laço de confiança entre o doente e o profissional de saúde. É necessário que o profissional de saúde tenha um compromisso de abertura e honestidade, e que o primeiro desafio ético seja o de se equipar a si mesmo, enquanto profissional, de boas habilidades de comunicação e sensibilidade. O profissional de saúde deve explicar que a informação do estado de saúde ao doente será dada de forma humana, com linguagem adequada e na quantidade que o doente desejar e com acompanhamento ao longo de todo o processo (Chris,2006).

Problemas existentes na comunicação de más notícias

Existem alguns entraves no que concerne aos problemas de comunicação, que estão relacionados com três aspectos fundamentais. Um deles está relacionado com a *transmissão da informação*, em que os principais problemas prendem-se com a insuficiência, impressão e ambiguidade da informação; a utilização de uma linguagem técnica, o que dificulta a compreensão e o tempo disponível que é dedicado a esta dimensão, limitando a oportunidade da pessoa falar e colocar questões. Um outro problema prende-se com as *atitudes em relação à comunicação*, em que os principais problemas residem no fato dos profissionais de saúde não encorajarem as pessoas doentes

a colocar questões. O envolvimento entre o utente e o profissional de saúde, é fundamental, pois encoraja o utente a colocar questões, de forma a aumentar a sua percepção de controlo e, deste modo, diminuir a sua ansiedade e o stress. Outro problema está relacionado com o fato de os profissionais *evitarem muitas vezes a recolha de dados pessoais, familiares e profissionais*, fugindo a questões psicológicas que possam gerar ansiedade. Por fim a utilização de um *estilo autoritário de influência*, onde os profissionais adotam a atitude de fazer muitas perguntas, a maior parte fechadas, questionando e interrompendo a pessoa doente com frequência (Teixeira, 2000).

Relativamente à *comunicação afectiva*, os principais problemas estão relacionados com o distanciamento por parte dos profissionais de saúde para não se confrontarem com os problemas emocionais das pessoas que padecem de doença, desinteresse pelas preocupações dos utentes, dificuldade em estabelecer empatia e de transmitir segurança (Teixeira, 2000).

Como refere Martins (2008), é necessário que os profissionais de saúde tenham tempo para que possam fornecer informação com qualidade e em quantidade e tempo para que a pessoa doente possa assimilar e refletir sobre essa informação. Desta forma foram desenvolvidos alguns protocolos relativamente à comunicação de más notícias, onde são expostos um conjunto de técnicas que irão facilitar esse processo comunicacional.

Modelo SPIKES

Existe na literatura consenso relativamente aos aspectos que devem ser privilegiados relativamente à comunicação das más notícias: reunir informação sobre o doente; transmitir a informação médica; providenciar o apoio necessário, e promover a colaboração do mesmo. Desta forma, decidimos abordar este modelo, pois na literatura consultada, é o mais usado em contexto clínico.

O protocolo Spikes descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias. O primeiro passo (Setting up) refere-se à preparação do médico e do espaço físico para o evento. O segundo (Perception) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado de saúde. O terceiro (Invitation) procura saber o que o paciente deseja saber sobre sua doença. O quarto (Knowledge) é respetivo à transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso. O quinto passo (Emotions) é reservado para

responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (Strategy and Summary) diminui a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer (Baile, Buckman, Lenzi Globber, Beale, Kudelka Spikes, 2000).

Etapa 1 – *Setting up the interview*

Esta etapa é realizada de forma a planear a entrevista, pois como mensageiro a pessoa deve esperar sentimentos negativos por parte do utente, e encontrar um conjunto de estratégias de forma a responder as reações emocionais, e possíveis perguntas difíceis. É uma forma de reflexão sobre a importância da comunicação, e as suas implicações futuras. Por vezes até o próprio local físico pode influenciar o insucesso da comunicação (Walter F. Baile; Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Globber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, 1998). Algumas orientações são dadas no sentido de se preservar a privacidade; ter lenços de papel disponíveis à disposição no caso de chorar; envolver pessoas importantes; estar confortável; não existir uma barreira física entre o profissional de saúde e o utente e manter contacto visual (Walter F. Baile; Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Globber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, 1998).

Em suma, é nesta etapa que se realiza a preparação da entrevista, definição de tempo, espaço físico, pessoas presentes, proporcionar ambiente “emocional”.

As etapas 2 e 3 são os pontos mais importantes da entrevista, em que é necessário ter em atenção que antes de se perguntar o que quer se seja, deve-se questionar o que o utente sabe.

Etapa 2 – *Perception*

Nesta etapa é necessário descobrir aquilo que o utente já sabe sobre o seu estado de saúde, identificar emoções, o nível de compreensão, e estilo de comunicação. Pesquisar crenças e expectativas acerca do problema, impacto e gravidade. (Baile, Buckman, Lenzi Globber, Beale, Kudelka Spikes, 2000).

O profissional deve criar perguntas abertas para um diálogo, de forma a ter um conhecimento mais preciso relativamente ao que o utente sabe, de forma a não ferir susceptibilidades, moldar e corrigir a informação, para chegar à compreensão do utente. Pode desempenhar a importante tarefa de determinar o sentimento do utente relativamente à doença, se houve omissão de algum detalhe essencial por parte dos profissionais, e as expectativas do tratamento (Lubinsky M, 1999).

Etapa 3: *Invitation*

Nesta etapa, é necessário descobrir aquilo que o utente realmente quer saber. Convidar o doente à partilha de informação, estar atento aos sinais verbais e não-verbais, e até que ponto o utente esta preparado para saber, e respeitar a sua decisão. (Baile, Buckcman, Lenzi Globber, Beale, Kudelka Spikes, 2000)

Enquanto uma maioria de pacientes expressa o desejo de ter plenas informações sobre o seu diagnóstico, prognóstico e detalhes da sua doença. Alguns não o fazem. Uma tecnica usada pode ser, discutir logo a transmissão de informação no momento em que se solicita os exames, com perguntas como nomeadamente: “Como gostava de ser informado sobre os resultados dos exames”, (Walter F. Baile; Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Globber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, 1998) .

Etapa 4 – *Knowlwdge*

Esta etapa corresponde ao momento em que é dada a informação ao utente. É necessário avisar ao utente que más noticias estão para vir, de forma a diminuir o choque da transmissão da mesma, e a facilitar o processamento da informação. Exemplos de frases que podem ser usadas, incluem: “infelizmente tenho más noticias para lhe dar” ou “sinto ter que lhe dizer que...”. É necessário usar uma linguagem facilitadora, ao nível da compreensão e vocabulário do paciente, evitando termos demasiado tecnicos e palavras demasiado duras, como nomeadamente “Tem um cancro já em estado demasiado avançado, pelo que pode morrer a qualquer momento”. É necessário revelar a informação em pequenos passos, e garantir a compreensão do mesmo. Se o prognóstico é mau, convém evitar frases como “Já não há mais nada a fazer”. É necessário ter em consideração outros objetivos terapeuticos como o controlo da dor e o alivio sintomático visual (Walter F. Baile; Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Globber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, 1998).

Ao longo da partilha, necessário avaliar sistematicamente a compreensão do utente, clarificar interpretações, e encorajar a elaboração de perguntas.

Etapa 5 – *Emotions*

Esta etapa é referente às emoções dos pacientes e das respostas afetivas. Reconhecer e explorar (legitimar) a presença de emoções antes de confortar o doente ou de continuar a entrevista (Baile, Buckcman, Lenzi Globber, Beale, Kudelka Spikes, 2000).

Sendo um dos principais desafios, e que colocam o profissional de saúde mais ansioso. As reacções emocionais podem ser imprevisíveis, e manifestar várias reacções, do silêncio à incredulidade, choro, negação ou raiva, entre outras. A reacção emocional é frequentemente uma expressão de choque, isolamento e dor. Nesta ocasião o profissional deve oferecer apoio e solidariedade, com uma resposta afetiva que consiste em 4 etapas: a primeira consiste em observar qualquer emoção do utente; a segunda usar perguntas abertas de forma a perceber o que o utente pensa e sente; a terceira identificar a razão da emoção, e por fim a quarta prestar apoio, nomeadamente através do toque, ou de outra demonstração de afeto, de forma a mostrar solidariedade e compreensão. Aqui, é necessário dar espaço ao utente para digerir a notícia, e só depois prosseguir para a discussão de outras questões relevantes. Se a emoção não diminui, é necessário continuar ajudar o utente com respostas afetivas, de forma a que este se acalme. Este tipo de comportamento ajuda a reduzir o isolamento do utente, expressar solidariedade e validar os sentimentos expressados pelo utente visual (Walter F. Baile; Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Globber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, 1998).

Etapas 6 – Strategy and Summary

Esta última etapa consiste no resumo do problema, onde há uma organização e clarificação do problema, e em criar estratégias para lidar com ele, tendo em conta os diversos fatores que estão associados. É necessário dar sentido à informação recebida. Antes de discutir os planos de tratamento, é importante saber se eles estão prontos para isso naquele momento, e reforçar que está ali para o que ele precisar, de forma a diminuir a ansiedade do utente e revelar-lhe o plano terapêuticos, e possíveis consequências. É necessário desta forma: apresentar e negociar um plano de proposta; integrar a perspectiva do doente e marcar uma próxima consulta (Baile, Buckman, Lenzi Globber, Beale, Kudelka Spikes, 2000).

O paciente pode ver a cura como uma solução global para diversos problemas que são significativos para ele. Estes podem incluir a perda de um emprego, incapacidade de cuidar da família, dor e sofrimento. É também importante compreender os objetivos e perspectivas específicas de cada utente, assim como encarar esperança em termos do que é possível ser alcançado (Walter F. Baile; Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Globber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, 1998).

Geovanini F & Braz, M, (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. Ver. Bioét.

Chris, L. (2006). Clinical Thinking: evidence, communication and decision-making. London: Blakwell

Teixeira, J.A.C. (2000). Problemas de comunicação em saúde e suas consequências. In I. Trindade & J. Teixeira. Psicologia nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Climepsi Editores.

Martins, J. C. (2008). O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. Acedido a 20-03- 2012. Disponível em repositorio-aberto.up.pt

Baile, Buckman, Lenzi Globber, Beale, Kudelka Spikes, (2000) SPIKES-a six step - protocol for delivering bad news. The Oncologist

Walter F. Baile; Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Globber, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka, 1998

Anexo III – Poster Formação ao Serviço



Comunicação de más notícias

FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DIA 28 DE JULHO, ÀS 15 HORAS
SALA DE REUNIÕES, PISO 4

Anexo IV – Power-Point Formação ao Serviço



Comunicação de Más Notícias

Formação para profissionais de saúde

Quarta-feira, 28 de julho de 2016

A comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis de executar e, uma tarefa para a qual os profissionais de saúde recebem pouca formação e informação.

- Sendo a população alvo desta unidade, na sua maioria, pessoas idosas, frequentemente surgem casos de **doentes oncológicos**, **condições de foro neurológico** e casos de **patologias demenciais**, doentes com **elevados graus de dependência que refletem as suas limitações**, por vezes irreversíveis.
- Esta problemática tem também pertinência na comunicação de más notícias de âmbito social (casos de doentes sem retaguarda familiar).
- **OBJETIVOS:**
 - promover o conhecimento sobre o tema junto da equipa que acompanha os pacientes;
 - promover a qualidade do processo de comunicação de más notícias;
 - diminuir os níveis de ansiedade face à comunicação de más notícias;
 - explorar as questões éticas e deontológicas.

Má notícia

- A forma como a comunicação da má notícia se processa, tem influência direta ao nível de:
 - compreensão da informação;
 - satisfação com os cuidados prestados;
 - nível de esperança e motivação;
 - adaptação psicológica à doença

Evento que altera drástica e negativamente a perspectiva do paciente em relação ao seu futuro (Vandekief, 2001; Muller, 2002; Lima, 2003, cit in Victorino et al., 2007).

A resposta do paciente dependerá, entre outras coisas, de sua perspectiva de futuro, sendo esta única, individual e influenciada pelo contexto psicossocial do mesmo.

Comunicação relacionada com o processo médico, que traz uma ameaça ao estado mental ou físico do paciente e um risco deste ver superado o projeto de vida já estabelecido (Ptacek e Eberhardt, 1996; Almanza-Muñoz e Holland, 1999, cit in Victorino, et al., 2007).

Pode ser, não somente um diagnóstico terminal, mas também o diagnóstico de uma doença crónica (por exemplo, de diabetes mellitus).

Existem guidelines que orientam os profissionais de saúde no sentido de proceder corretamente à comunicação de más notícias:

- **1. Estabelecer uma relação médico-equipa de saúde-paciente adequada:** construir uma interação apropriada desde o primeiro contato, o que implica por em prática a capacidade de empatia, compreensão, desejo de ajuda, interesse e respeito de forma a reduzir a ansiedade do paciente. A conduta e o comportamento do clínico são essenciais para o bem-estar do paciente.
- **2. Conhecer cuidadosamente a história médica:** dará consistência às decisões clínicas e permitirá uma comunicação mais clara e fluida.
- **3. Ver o paciente como pessoa:** É importante que se vá além do conhecimento formal e saber quem é a pessoa a quem se oferece os cuidados. A cuidadosa exploração do paciente em termos de crenças religiosas e sistema de valores ajudarão a considerar a dimensão global do paciente.

- **4. Preparar o setting:** espaço que assegure condições de privacidade, garantindo a inexistência de interrupções. Idealmente seria um gabinete ou consultório, com a porta fechada, em que tanto o paciente como o clínico devem estar sentados, face a face, mantendo o contato visual e usando o toque apropriadamente. Outra questão importante é perceber se o paciente deseja a presença de pessoas significativas para si, que o acompanhem no momento de partilhar a informação.
- **5. Organizar o tempo:** é necessário garantir um tempo razoável para preparar o paciente, comunicar a informação, permitir um breve espaço para reflexão e possibilitar um intercâmbio entre perguntas e respostas programando, apropriadamente, o seguimento e abordando os procedimentos terapêuticos a fazer.
- **6. Aspectos específicos da comunicação:** o clínico deve adotar uma postura correta, neutra, assertiva e empática, sempre atento à linguagem corporal que o paciente manifesta, começando por perguntar "como está?" ou "como se sente?". Deve usar um tom de voz suave, pausado e usar uma linguagem sincera, evitando os monólogos. A comunicação da má notícia deve ser contrabalançada com a evidência de que alguma coisa pode ser feita. Mesmo que a cura não seja realista, deve ser mantida a esperança com o cuidado de não criar ilusões, encorajando no sentido das opções disponíveis.

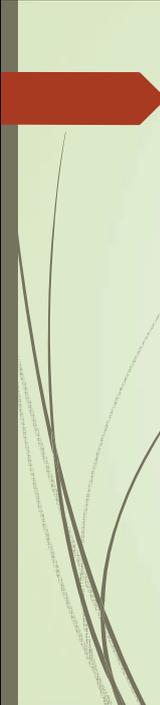
- **7. Reconhecer o que e quanto o paciente quer saber:** realiza-se a exploração do conhecimento que o paciente já possui, o que requer uma escuta atenta com os objetivos de:

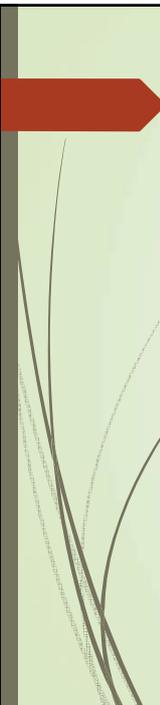
 - perceber de que forma o paciente apreende a sua condição clínica;
 - qual a percepção que tem a gravidade da mesma;
 - o impacto que pode ter na sua vida.
- Esta exploração deve ser realizada com o máximo de atenção ao conteúdo emocional que o paciente expressa de forma verbal e não verbal.
- Neste sentido, há duas perguntas importantes a serem feitas:

 - 1) O que o paciente sabe sobre sua situação médica?
 - 2) Quais as informações que ele deseja receber?

As respostas permitirão avaliar a percepção do paciente e saber o que informar e a melhor maneira de comunicar a informação dentro do seu nível de compreensão.
- Caso o paciente afirme não saber nada, deve ter-se em conta que:

 - pode não ter, realmente, informação
 - pode não ter compreendido a informação
 - pode ser uma resposta de negação.
- A partilha de informação posterior deve ser adaptada, tendo em conta o nível de conhecimento que o paciente evidencia, do nível de compreensão e do seu modo de comunicar, ou seja, da linguagem que usa ou que evita.

- 
- ▶ **8. Encorajar e validar as emoções:** mesmo que se possa identificar algumas expressões emocionais é importante que o profissional verifique continuamente como o paciente se sente, não antecipando a sua reação emocional. Oferecer períodos de silêncio permite que os pacientes processem a má notícia e ventilem emoções. É também importante questionar sobre as necessidades emocionais e espirituais do paciente e quais os sistemas de suporte que tem. Se necessário, oferecer referências de serviços interdisciplinares que aumentem o cuidado ao paciente.
 - ▶ **9. Atenção e cuidado com a família:** o clínico deve estar atento à situação familiar do paciente e ter em conta as necessidades particulares da família em função de seus antecedentes culturais e religiosos. A presença de um membro da família geralmente serve de apoio e suporte para o paciente. No caso de más notícias previstas (antecipadas), pergunte antes quem ele quer que esteja presente e o quanto ele gostaria que os outros fossem envolvidos.

- 
- ▶ **10. Planear o futuro e o seguimento:** Após ter recebido a má notícia, pode experimentar sentimentos de isolamento e incerteza. O profissional pode minimizar a ansiedade do paciente resumindo as áreas discutidas, verificando a compreensão e formulando um planeamento ou os "próximos passos" com o paciente. Deve ser assegurada a possibilidade de se falar sobre os sintomas, responder às perguntas, a qualquer momento em que ele perceber outras necessidades.
 - ▶ **11. Trabalhar os próprios sentimentos:** Estar consciente das próprias reações, preocupações e sentimentos, é extremamente importante para que o profissional possa manter uma boa relação com o paciente, quando se comunica más notícias. Por essa razão é recomendável que depois da comunicação de uma má notícia, o profissional reserve um tempo para revisar as próprias reações. Reconhecê-las permitirá uma sensibilidade maior e melhor habilidade clínica de comunicação.

Ética e deontologia na comunicação de más notícias

A Lei das Bases de Saúde (Base XIV, nº 1, al. e) da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) confere ao doente o direito a "ser informado sobre a sua situação, as alternativas possíveis do tratamento e a evolução provável do seu estado".

Problemas na comunicação de más notícias:

- "Na transmissão da informação";
- "Nas atitudes em relação à comunicação";
- "Na comunicação afetiva".

Comunicar más notícias

Modelo SPIKES

(Baile, Buckman, Lenzi Guber, Beale, Kudelka Spikes, 2000)

1. Preparar o Contexto - **Setting**

- ▶ Criar privacidade
- ▶ Comunicar em pessoa
- ▶ Comunicar sentado próximo do paciente
- ▶ Postura relaxada
- ▶ Cumprimentar adequadamente
- ▶ Iniciar diálogo com questão aberta



2. Descobrir o que o paciente já sabe – **Perception**

- Pesquisar crenças e expectativas acerca do problema, impacto e gravidade;
- Perguntar e ouvir antes de dizer.



3. Descobrir o que o paciente quer saber – **Invitation**

- Convidar o paciente à partilha de informação;
- Ouvir o verbal e prestar atenção ao não verbal;
- Avaliar o que o paciente se sente preparado para saber;
- Se o paciente não quiser saber, discutir apenas o tratamento e demonstrar disponibilidade para abordar o assunto noutra ocasião.

4. Partilhar informação - **Knowledge**

- Usar linguagem simples, adaptada ao paciente;
- Dizer, parar e ouvir;
- Dar tempo ao doente de reagir a cada informação;
- Confirmar se as ideias foram percebidas;
- Ouvir e considerar as preocupações do paciente.

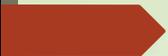
5. Responder às reações do paciente – **Emotions**

- Reconhecer e explorar (legitimar) a presença de emoções antes de confortar o doente ou de continuar a entrevista;
- Responder às reações emocionais com:
 - Silêncios
 - Perguntas abertas
 - Comentários empáticos
 - Informação factual



6. Planear o Seguimento – **Strategy**

- Apresentar e negociar plano de proposta;
- Integrar a perspetiva do paciente;
- Supervisionar e/ou acompanhar o paciente.



Para terminar...

- Dúvidas? Questões?
- Considerações finais e conclusões.
- Partilha de experiências.
- Discussão de casos.



Anexo V– Exemplo de relatório

Identificação: X, 58 anos, viúvo, Baixa Médica, 2º ano de escolaridade

Estado mental:

O utente mostrou-se cooperante durante a maior parte da avaliação, consciente e vígil, mantendo bom contato ocular e uma mímica adequada ao discurso. Na data de avaliação manifestou humor eufímico, sem sinais de sintomatologia ansiosa e depressiva. Encontra-se motivado para a reabilitação, e diz já sentir uma evolução desde o início do internamento. Revelava alguma dificuldade em expressar-se devido à disartria, mas aparentemente não tem dificuldades ao nível da compreensão. O seu discurso mostrava alguma incongruência com a realidade, mostrando alguma confusão ao nível do pensamento, pois refere que se encontra hospitalizado após a ingestão de uma refeição (prego no prato), mas tem insight relativamente ao fato de ter sofrido recentemente um AVC.

Revela uma memória anterograda aparentemente preservada, pois relava alguns episódios da sua vida. Ao nível do Mini Mental, encontra-se desorientado no tempo, mas orientado no espaço, tendo errado apenas o item referente ao distrito, mas devido a falta de conhecimentos. Tem défices ao nível de atenção e cálculo, possivelmente enviesadas pela falta de escolaridade, visto que refere que não sabe fazer contas. O item referente à habilidade construtiva e escrita pode ter-se refletido na recusa em pegar na caneta (esta falta de colaboração para a realização não se manifestou na restante avaliação). As restantes funções encontram-se preservadas.

História Clínica e Familiar:

O utente foi reencaminhado pelo Serviço de Medicina Interna do Hospital, com diagnóstico de AVC isquémico, dos quais resultaram défices: hemiparesia à esquerda e ligeira disartria. Os antecedentes patológicos são: IC de etiologia alcoólica, doença coronária, adenocarcinoma de transição recto-sigmoidéica, hérnia inguinal direita (que limita mobilidade), diabetes mellitus tipo2, ecodoppler cervical e TC, e lesões de gastroenterite crónica e hiperplasia foveolar. O utente queixa-

se atualmente de alguns problemas ao nível da digestão. Reside sozinho, não tem filhos, nem outra retaguarda familiar.

Proposta de intervenção:

Supervisão do estado de saúde do utente. Promover a orientação temporal do utente e treino cognitivo das funções com défice.

Anexo VI – Mini-Mental

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

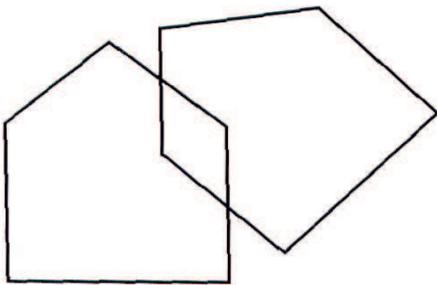
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

BSI

Versão original: L.R. Derogatis (1993); Versão Portuguesa: M.C. Canavarro (1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale um dos números à direita, na coluna correspondente, **indicando o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma, marque apenas um dos números com um círculo ou uma cruz. Por favor, não deixe nenhuma pergunta por responder.

	NUNCA	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	MUITÍSSIMAS VEZES
<i>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</i>					
1. Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4

<i>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</i>	NUNCA	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	MUITÍSSIMAS VEZES
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	0	1	2	3	4
29. Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encortçamento ou formigueiro) no corpo	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4
36. Ter dificuldade em se concentrar	0	1	2	3	4
37. Falta de forças em partes do corpo	0	1	2	3	4
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	0	1	2	3	4
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	0	1	2	3	4
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0	1	2	3	4
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	0	1	2	3	4
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	0	1	2	3	4
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	0	1	2	3	4
45. Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
46. Entrar facilmente em discussão	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	0	1	2	3	4
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	0	1	2	3	4
50. Sentir que não tem valor	0	1	2	3	4
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0	1	2	3	4
52. Ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4

CÓDIGO DO/A PARTICIPANTE: _____

Anexo VIII – BADS



B A D S
Scoring sheet

Informação

Nome: _____
Idade: _____
Data do teste: _____

Antes de Começar a aplicação da Bateria

- Garantir que tem todo o material: o cronómetro, conjunto de canetas coloridas, um lápis, borracha, folhas de papel extra, e água para o programa de acção.

RESUMO DO PERFIL DE RESULTADOS

Teste 1: Alteração da Regra	1
Teste 2: Programa de acção	1
Teste 3: Procura da Chave	0
Teste 4: Juízo Temporal	0
Teste 5: Mapa do Zoo	0
Teste 6: Teste Modificado dos seis elementos	2
Resultado de perfil TOTAL (max= 24)	4
Resultados Estandarizados (Manual Tabela 5, p 16)	—
Idade estandarizada corrigida (Manual Tabela 5, p 16)	—

Classificação Geral

- Deficitário
- Resultado Limite
- Abaixo da média
- Na Média
- Acima da média
- Superior
- Muito superior

TESTE 1: ALTERAÇÃO DA REGRA

Para instruções e procedimento ver Manual pg. 8

PARTE 1

- Colocar o bloco das cartas entre si e o sujeito e preparar o cartão das regras.
- "Este é um bloco de cartas de jogar. Vou virar estas cartas uma de cada vez e depois de cada uma quero que diga 'Sim' ou 'Não' de acordo com uma regra que vai estar à sua frente. Tente responder o mais rápido e o mais correctamente que conseguir. Aqui está a primeira regra".
- Colocar o cartão da regra nº1 a frente do sujeito e ler em voz alta. Depois, iniciar o primeiro bloco
- Lembre-se de omitir a pág. 0 do bloco. Registrar o início da regra 1 com a 2ª carta (2 de ouros)
- Contar o tempo e anotar a respostas do sujeito

	Resposta Correcta	Resposta do sujeito
1	S	S
2	N	N
3	N	N
4	N	N
5	S	S
6	S	S
7	S	S
8	S	S
9	N	N
10	S	S
11	S	S
12	N	N
13	S	S
14	N	N
15	N	N
16	N	N
17	S	S
18	N	N
19	S	S
20	N	N

Total de erros

0

Tempo

28.50

Notar que a Parte 1 não é usada no cálculo do Resultado de Perfil.

PARTE 2

- "Vou voltar o bloco de cartas outra vez para o início e vai dizer novamente 'Sim' ou 'Não' a cada carta o mais rápido e correctamente que conseguir, mas desta vez a regra é diferente".
- Colocar o cartão da regra nº 2 em frente do sujeito.
- Lembrar de começar na pág. 0 - 4 de copas
- Contar o tempo e anotar a respostas do sujeito

	Resposta Correcta	Resposta do sujeito	Total de erros	Resultado de Perfil
1	S	S	0	1
2	N	N		
3	S	S		
4	S	S		
5	N	S	1	
6	S	S		
7	S	S		
8	S	N	1	
9	N	S	1	
10	N	S		
11	S	N		
12	N	S	1	
13	N	N		
14	N	N		
15	S	S		
16	S	S		
17	N	N		
18	N	N		
19	N	S	1	
20	N	N		

Resultado Bruto	Resultado de Perfil
0	4
1-3	3
4-6	2
7-9	1
≥10	0

Tempo

31.50

Se o tempo for > 65" subtrair 1 ao perfil.

Resultado de Perfil Total 1

TESTE 2: PROGRAMA DE ACÇÃO

Para instruções e procedimento ver Manual pg. 8

- **Material:** Água; Guardanapos de papel; Cronómetro
- Encher o recipiente com 2/3 de água (antes do sujeito entrar), colocar a tampa e dispor o material à frente do sujeito conforme o diagrama.
- "Se olhar para o fundo deste tubo vai ver uma pequena rolha de cortiça. A sua tarefa é tirar a rolha do tubo. Pode usar qualquer uma destas coisas (apontar os materiais) para o ajudar. Mas não pode levantar isto (indicar tabuleiro), nem isto (indicar recipiente), nem isto (indicar tubo) e não pode tocar nisto (indicar recipiente) com as suas mãos. Pode começar a tentar tirar a rolha do tubo".
- Se após 2m o sujeito é claramente incapaz de avançar ajudar dizendo "vou dar-lhe uma ajuda". Depois remova a tampa com o gancho metálico e diga "tente completar a tarefa agora".
- Começar a contar o tempo.

Cotar cada passo individualmente:

- Remover a tampa com recurso ao Gancho metálico
- Enroscar a rolha plástica no tubo
- Encher o frasco com água
- Verter o frasco de água no tubo
- Verter o frasco de água no tubo pela 2ª vez

Result Bruto	Result Perfil
5	4
4	3
3	2
2	1
≤ 1	0

Tempo 30 seg.

Resultado Bruto 2

Resultado de Perfil Total 1

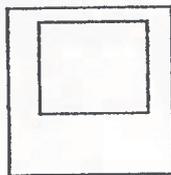
TESTE 3: PROCURA DA CHAVE

Para instruções e procedimento ver Manual pg. 9

Material: Folha de resposta; Caneta; Cronómetro

Começar a cronometragem assim que se finalizam as instruções e anotar o tempo total na tarefa.

- Fazer notas neste local. Indicar p.e. a ordem em que o sujeito faz o seu percurso, e quando. Isto pode ajudar a calcular o resultado no final.
- Para critérios de cotação ver apêndices 9.1 e 9.2 no Manual, pg. 20-22.



1. Entrar no campo 2

- a 10 mm do canto (base do quadrado) = 3
- base do quadrado (que não a 10 mm dos cantos) = 2
- noutro local = 1

2. Terminar a procura 2

- a 10 mm de qualquer canto = 3
- base do quadrado (que não a 10 mm dos cantos) = 2
- noutro local = 1

3. Fazer uma linha contínua = 1 0

4. Fazer linhas paralelas = 1 0

5. Fazer linhas verticais e horizontais = 1 0

6. Procurar padrões 0

(ver apêndice 9.1, Manual pg 20-21)

7. Foi feito um esforço óbvio de percorrer todo o terreno = 1 0

8. Usando o seu padrão de procura iria encontrar a chave (95% de certeza) = 1 0

Result Bruto	Result Perfil
14-16	4
11-13	3
8-10	2
5-7	1
≤ 4	0

Resultado Bruto Total 4

Resultado Perfil 0

Tempo 27 seg. - x

Se o tempo for ≥ 95 seg, retirar um ponto resultado do perfil.

Nota: Padrões de Procura

- Realizou um dos padrões predefinidos no manual (apêndice 9.1, Manual pág. 20-21) ou sobrepôs um padrão predefinido sobre outro = 5 ou 3
- Duplicou um combinou 1 ou mais dos padrões predefinidos = 2
- Seguiu um caminho de forma sistemática, mas ineficiente e/ou um padrão pouco eficaz = 1
- Final - caminho não-sistemático ou sem pré-planeamento = 0

Teste 4: Juízo Temporal

Para instruções e procedimentos ver Manual pg 9.

Material: nenhum

- "I'm on the pedir para estimar quanto tempo demora a fazer 4 coisas. Eu digo estimar porque ninguém é capaz de dar respostas exactas às questões que lhe vou fazer. Não lhe peço que me diga a resposta correcta mas sim que faça uma estimativa, isto é que tente adivinhar de forma razoável".

Questão 1

Quanto tempo demora fazer um check-up dentário de rotina?

45 min.

Resultado bruto

0

Se entre 5 e 15 min cotar 1, outra resposta cotar 0

Questão 2

Quanto tempo demora limpar as janelas de uma casa de tamanho médio?

60 min.

0

Se entre 15 e 25 min cotar 1, outra resposta cotar 0

Questão 3

Quanto tempo vivem a maioria dos cães?

14 anos

1

Se entre 9 e 15 anos cotar 1, outra resposta cotar 0

Questão 4

Quanto tempo demora a encher um balão de festa?

10 min.

0

Se entre 50 e 70 seg cotar 1, outra resposta cotar 0

Resultado Bruto total

1

= Resultado perfil

Teste 5: Mapa do Zoo

Para instruções e procedimentos ver Manual pg 9

Material: Folhas de resposta (mapa 1 e mapa 2)

Lápis ou canetas de cor, Cronómetro

VERSÃO 1

Para instruções e procedimentos ver Manual pg 9.

- Colocar uma cópia do mapa 1 em frente da pessoa e dizer.
- "Aqui tem um mapa de um jardim zoológico. A sua tarefa é planejar um caminho no jardim zoológico para visitar todos os sítios indicados nas instruções (apontar)."
- Ler as instruções em voz alta. Permitir à pessoa que leia as instruções. Se a pessoa tiver dificuldades de leitura. Leia as instruções com a pessoa ou leia-as novamente sozinho. Depois das instruções terem sido lidas, clarifique-as lendo-as outra vez e apontando para os locais referidos no texto, assim:
- "Vou usar este cronómetro para ver quanto demora a fazer a tarefa, mas o tempo não importa. O que importa é visitar todos os sítios referidos nas instruções, sem fazer batala. Quando estiver pronto pode começar".
- Iniciar o cronómetro imediatamente e marcar o tempo de planeamento (tempo desde o fim das instruções até que a pessoa comece a desenhar o percurso) e o tempo total (desde o fim das instruções até ao fim do percurso)

Para critérios de correcção ver o Apêndice 9.3 do Manual, pg 23.

Anotar a sequência que o sujeito faz	Cada resultado correcto I	Respostas Correctas	Ocasões em que cada caminho é utilizado mais do que uma vez
		Entrada	A _____
		Lamas/café/elefantes	B _____
		Elefantes/ café	C _____
		Café/ elefantes/lamas	D _____
		Ursos	E _____
		Leões	F _____
		Santuário pássaros	G _____
		Pic-nic	H _____
			I _____
			J _____
			K _____
			L _____
			M _____
Resultado da Sequência:	1,30m	TOTAL:	
Tempo de Planeamento:		Tempo TOTAL:	

Erros:

Total de caminhos usados mais do que uma vez: _____

(vindo de cima):

Número de desvios do caminho _____

(i.e. cortar caminho pela relva):

Número de falhas em conseguir fazer uma linha contínua: _____

Número de locais visitados inapropriadamente: _____

Total de erros: _____

Versão 1 resultado bruto =

resultado da sequência - total de erros: _____

VERSÃO 2

- Colocar uma cópia do mapa 1 em frente da pessoa e dizer:
- "No dia a seguir foi outra vez visitar o jardim zoológico, mas as regras mudaram. Não se importa de ler alto estas instruções".
- Clarificar as instruções e registar os tempos como na versão 1.

Anotar a sequência que o sujeito faz	Cada resultado correcto I	Respostas Correctas	Ocasões em que cada caminho é utilizado mais do que uma vez
		Entrada	A _____
		Lamas/café/elefantes	B _____
		Elefantes/ café	C _____
		Café/ elefantes/lamas	D _____
		Ursos	E _____
		Leões	F _____
		Santuário pássaros	G _____
		Pic-nic	H _____
			I _____
			J _____
			K _____
			L _____
			M _____

Resultado da Sequência:	2,41s	TOTAL:	
Tempo de Planeamento:		Tempo TOTAL:	

Erros:

Total de caminhos usados mais do que uma vez (vindo de cima): _____

Número de desvios do caminho (i.e. cortar caminho pela relva): _____

Número de falhas em conseguir fazer uma linha contínua: _____

Número de locais visitados inapropriadamente: _____

Total de erros: _____

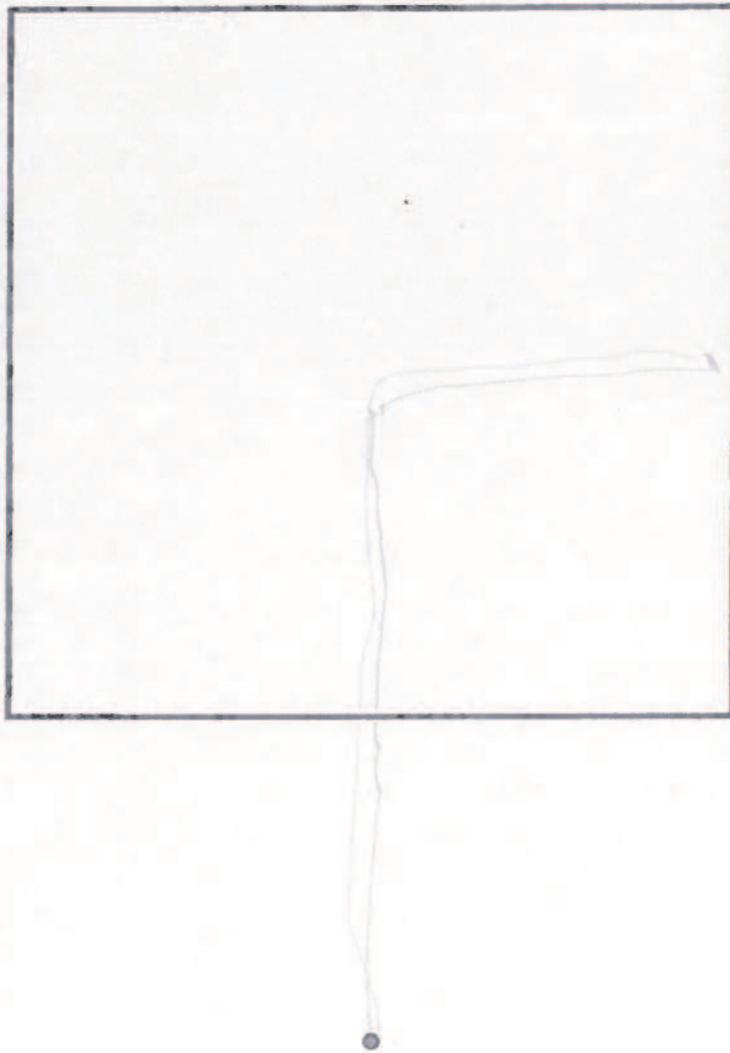
Versão 2 resultado bruto = resultado da sequência - total de erros: _____

Somar os resultados brutos da versão 1 e da versão 2:

Result Bruto	Result Perfil
16	4
11	3
6	2
1	1
≤ 0	0

Teste de procura da chave

Nome



Teste do Mapa do Zoo Versão 1

Regras

Imagine que vai visitar um Jardim Zoológico. A sua tarefa é planear um percurso de modo a visitar os seguintes locais (em qualquer ordem):

- Casa dos elefantes
- Jaula dos leões
- Cerca dos lamas
- o café
- os ursos
- Santuário dos pássaros.

Para planear o percurso tem de obedecer às seguintes regras:

- comece na entrada e finalize com um picnic
- pode percorrer os caminhos ponteados quantas vezes quiser, mas só pode usar os brancos uma vez
- só pode andar de camelo uma vez.



Teste do Mapa do Zoo Versão 2

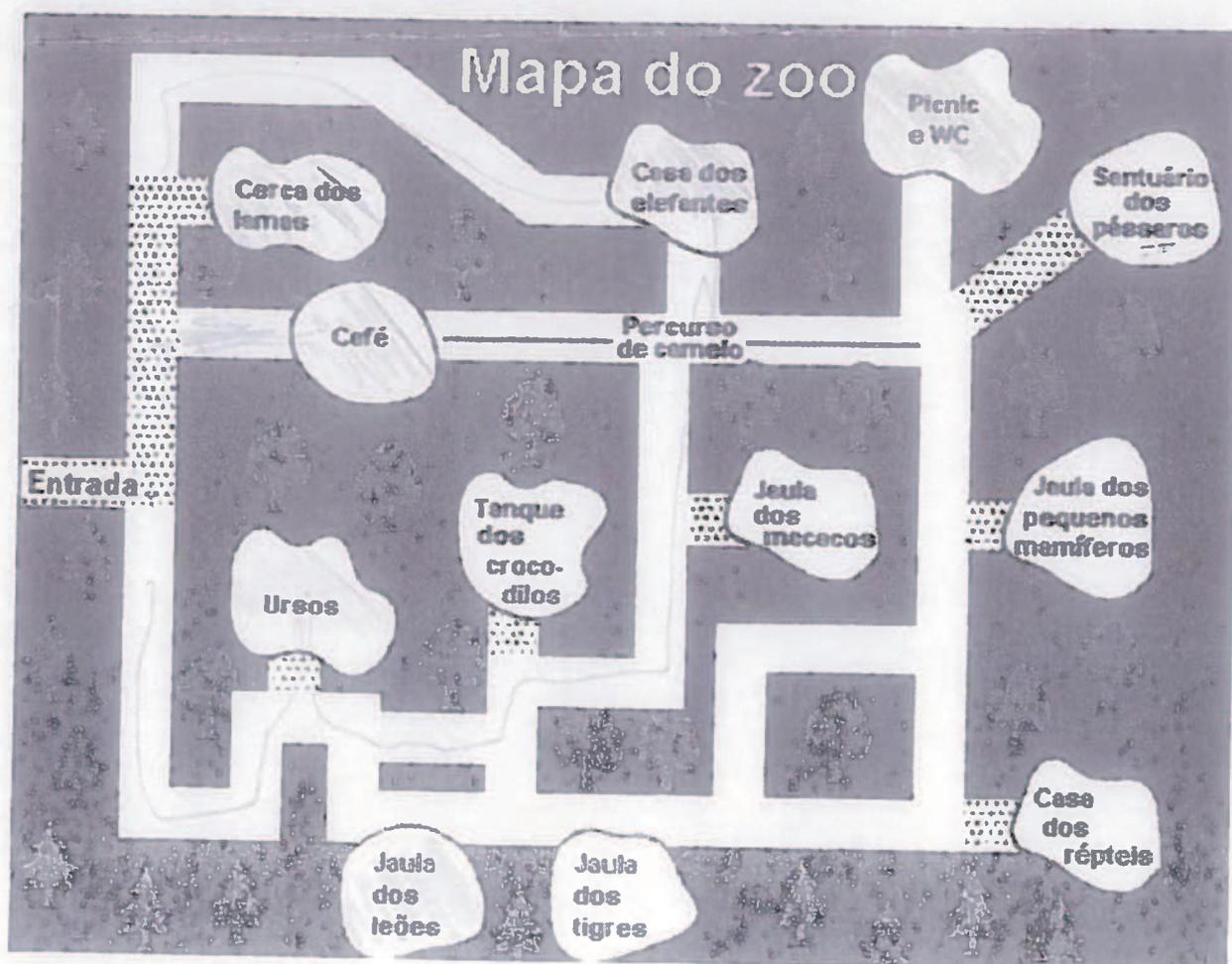
Regras

Imagine que vai visitar um Jardim Zoológico. A sua tarefa é visitar os seguintes animais na ordem indicada:

- começando na **entrada** visite a **cerca dos lamas**
- da **cerca dos lamas** visite a **casa dos elefantes**
- depois de visitar os **elefantes** vá refrescar-se ao **café**
- do **café** vá ver os **ursos**
- depois dos **ursos** visite os **leões**
- termine a visita com um **picnic**

Para planear o percurso tem de obedecer às seguintes regras:

- comece na **entrada** e finalize com um **picnic**
- pode percorrer os **caminhos ponteados** quantas vezes quiser, mas só pode usar os **brancos** uma vez
- Só pode andar de **camelo** uma vez.



DICTIONARY

A - "Contar uma história sobre umas férias"

B - "Contar uma boa memória"

GDS – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

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

Legenda:

GDS 30 itens:

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

GDS 15 itens:

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