

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Helena Leopoldina Zua Cambango

Gandra 2018

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

Hospital Privado

Helena Leopoldina Zua Cambango

Código de aluno: 23206

*Orientação:* Doutora VA

*Supervisão:* Professora Doutora Alexandra Serra

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, Helena Leopoldina Zua Cambango, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste relatório de estágio.

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

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

## Agradecimentos

*À Deus pela vida, saúde e sabedoria.*

*À Direção do Instituto Universitário de Ciências da Saúde pela receção.*

*À Professora Doutora Alexandra Serra pela supervisão e por todo apoio.*

*À Dr<sup>a</sup> VA pela orientação, motivação, coragem e pelo apoio em matérias para estudo.*

*À Direção do Hospital onde decorreu o estágio pela receção e apoio.*

*Aos técnicos de saúde do Hospital (enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social, etc) pela colaboração.*

*Ao meu pai Gaspar António Francisco Cambango (de feliz memória), pelo encorajamento, apoio material e espiritual.*

*À minha mãe Josefina Calanguessa Zua pela força, pelas orações e apoio contínuo.*

*Aos meus irmãos António, Mariano, Nonó, Lina, Ginga, Ermelinda, Vuvu e Yola por todo apoio e encorajamento nos momentos de fraqueza.*

*À minha cunhada Teresa, pela coragem e apoio financeiro.*

*Aos meus colegas Funete, Chacupanga, Isabel, Alexandrina e Muehombo por todo apoio.*

*Á todos, que de forma directa ou indirecta contribuíram para a realização do estágio, o meu muito obrigado!*

***“Poderia haver maior milagre do que olharmos  
com os olhos do outro por um instante?”***

*(Henry David Thoreau in Roman, 2014)*

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**AIT-** Acidente Isquêmico Transitório

**AVC-** Acidente Vascular Cerebral

**AVDs-** Atividades de Vida Diária

**CAP-** Centro de Atendimento Permanente

**DM-** Diabetes Melitus

**EM** – Entrevista Motivacional

**GDS-** Geriatric Depression Scale

**HTA-** Hipertensão Arterial

**IUCS-** Instituto Universitário de Ciências da Saúde

**MMSE-** Mini Mental State Examination

**PA-** Pressão Arterial

**RNCCI-** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**UCCI-** Unidade de Cuidados Continuados Integrados

**UC-** Unidade de Convalescença

**UMDR-** Unidade de Média Duração e Reabilitação

**ULDM-** Unidade de Longa Duração e Manutenção

## ÍNDICE

<b>Introdução</b>	8
<b>Caracterização da Instituição de Estágio e do Serviço</b>	9
<b>Atribuições do Serviço de Psicologia e Papel do Psicólogo</b>	14
<b>Descrição das Atividades de Estágio</b>	18
Observação de Atividades	18
Reuniões de Orientação e de Supervisão	18
Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	19
Consulta Psicológica Individual	25
Estudo de Caso JC	26
<b>Reflexão Final</b>	41
<b>Bibliografia</b>	45

## Introdução

A elaboração do presente relatório decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia e visa a descrição e reflexão do estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) do Hospital.

A UCCI encontra-se integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que tem por missão prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem numa situação de dependência temporária ou permanente, para uma recuperação física e mental facilitadora da reintegração social e familiar.

Este documento está estruturado em duas partes principais: numa primeira parte apresenta-se a caracterização do local de estágio, explicando o seu funcionamento, o seu enquadramento e o papel do psicólogo em contexto hospitalar. Numa segunda parte relatam-se as atividades realizadas no âmbito da consulta psicológica, concretamente a descrição de dois um dos casos acompanhados, discriminando processos de avaliação psicológica, instrumentos utilizados e processo de intervenção psicológica. Termina-se este documento com uma reflexão pessoal sobre o estágio realizado.

## 1. Caracterização da Instituição de Estágio e do Serviço

O Hospital onde decorreu o estágio está localizado no centro da cidade de P., no Vale do Sousa e abarca os concelhos de Paços de Ferreira, Felgueiras, Lousada, Penafiel e Castelo de Paiva. Presta serviços à população do concelho em que está situado (83.064 habitantes) e aos concelhos circundantes, totalizando uma população de 200.000 habitantes.

Foi inaugurado em 1966 e esteve sob tutela das Irmãs da Misericórdia durante 10 anos. Em 1977 foi nacionalizado pelo Estado que alterou a denominação para Unidade de Paredes de Centro Hospitalar de Vale do Sousa e, passou a explorá-lo por um período de 24 anos, isto é, até finais de 2001. Entretanto, com o surgimento de outro Hospital (Hospital Padre Américo do Vale do Sousa), este edifício hospitalar foi desativado. Para retomar a exploração da atividade hospitalar, a Sociedade Hospital da Misericórdia de Paredes, S.A. proprietária do imóvel, remodelou e ampliou o edifício, desenvolvendo o programa funcional, os projetos de arquitetura e respetivas especialidades tendo sempre em conta o cumprimento da legitimação, excelência, técnica e a qualidade; para tal adquiriu equipamento médico, tecnologia de ponta e pessoal altamente qualificado.

O Hospital onde decorreu o estágio, inaugurado em 2008, é uma instituição de renome e por isso muito solicitada, visto que na região adjacente não existe instituição idêntica em qualidade, dimensão e oferta de serviços. Destaca-se como uma unidade hospitalar que disponibiliza uma grande variedade de especialidades médicas. Também é composto pelos serviços de exames de diagnóstico, análises clínicas, bloco operatório, internamento, e atendimento permanente de 24 horas.

Esta instituição tem como missão a prestação de cuidados de saúde, personalizados e de qualidade, nas suas componentes de qualidade técnica e humana em ambiente institucional, ambulatório e domiciliário, no âmbito privado e convencionado.

O Hospital onde decorreu o estágio é composto por quatro pisos e comporta vários serviços. No piso zero (0) funciona a consulta externa, imagiologia, podologia, psicologia, urologia, psiquiatria, medicina dentária, pediatria; ainda no piso zero encontra-se o centro de atendimento permanente (CAP) equivalente às urgências funcionando 24h por dia, a receção e a cantina respetivamente. No piso um encontra-se o bloco operatório, internamento privado que é custeado pelos utentes. No piso dois encontra-se a Unidade de Convalescença (UC), onde os utentes permanecem até 30 dias. No piso três encontra-se a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) em que os utentes podem permanecer até 90 dias, custeando as despesas de acordo o rendimento individual. Realçar que, aqueles utentes sem capacidade financeira são atendidos de forma gratuita - uma das valências deste hospital. No piso quatro funciona a fisioterapia e os serviços administrativos. No mesmo andar encontra-se também uma capela onde os utentes podem rezar.

Este hospital conta com um coletivo de funcionários nomeadamente médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, psicólogos, terapeuta da fala, técnicos das mais

variadas especialidades, pessoal administrativo e auxiliares de limpeza, que asseguram o funcionamento desta instituição.

É de realçar que o Hospital onde decorreu o estágio está inserido na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), que é resultante de esforços do Ministério da Saúde com o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e diversas instituições de prestação de cuidados de saúde e de apoio social, quer públicas ou privadas.

A RNCCI foi criada pelo DL 101/2006 de 6 de Junho no âmbito do Ministério do Trabalho, Solidariedade Social e da Saúde, sendo o seu principal objetivo prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência. Em síntese, de acordo com Nogueira, Henriques, Gomes e Leitão (2007), os objetivos específicos da RNCCI são: (i) melhorar as condições de vida das pessoas em situação de dependência; (ii) melhorar de forma contínua a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; (iii) formar e qualificar os cuidadores informais a fim de melhorar sua atuação; (iv) articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; (v) prevenir falhas resultantes da progressiva cobertura a nível nacional (em matérias de cuidados continuados integrados e cuidados paliativos) das necessidades das pessoas em situação de dependência.

Os utentes que beneficiam dos serviços da RNCCI podem vir de um hospital público ou da comunidade, especificamente de hospital privado, lar e domicílio. Por um lado as pessoas que se encontram internadas nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde e que necessitem de cuidados continuados integrados devem ser encaminhadas pelos

respetivos hospitais. Por outro lado, os serviços de urgência do hospital também podem identificar casos de utentes que necessitem deste tipo de cuidados.

É importante referir que apesar de a RNCCI estar destinada para utentes que apresentem necessidade de cuidados continuados integrados, é necessário que a pessoa esteja dentro dos critérios gerais de referenciação (existem critérios específicos para cada unidade ou equipa).

Para poder ser admitido em unidades da RNCCI, o doente, para além de observar os requisitos enunciados no Decreto-Lei No 101\2006 de 6 de Junho, deve preencher pelo menos um dos critérios de referenciação específico de admissão na unidade em causa. Também é necessário que o utente (ou o seu representante) dê o seu consentimento por escrito. O processo de referenciação deve ser acompanhado da documentação (avaliação clínica e social e objetivos terapêuticos).

A RNCCI é constituída por 4 tipos de valências. As Unidades de Internamento, como é o caso do HPP, as Unidades de Ambulatório, as Equipas Hospitalares e as Equipas Domiciliárias. Uma Unidade de Internamento integra 4 valências distintas: Unidades de Convalescença (UC); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

O estágio que aqui se descreve integra uma Unidade de Convalescença (UC) e uma Unidade de Média Duração e de Reabilitação (UMDR).

Para que o utente beneficie dos serviços da UC, deve preencher determinados critérios: (i) Doentes com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes como Reabilitação intensiva; Alimentação por sonda nasogástrica; Tratamento de úlceras de pressão e\ou ferida; Manutenção e tratamento de estomas;

Terapêutica parentérica e Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva. (ii) Doentes com necessidade de ajuste terapêutico e\ou de administração de terapêutica com supervisão continuada. (iii) Doentes com alguns dos seguintes síndromes potencialmente recuperáveis em curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e\ou segurança da locomoção. (iv) Doentes crónicos com risco iminente de descompensação; (v) Doentes com síndrome de imobilização. A UC do HPP suporta até 17 utentes, cumprindo assim com aquilo que é estabelecido por lei.

Já as UMDR destinam-se a pessoas que por um período perderam a capacidade de cuidarem de si próprias, e que carecem de cuidados de saúde, apoio psicossocial e reabilitação, que pela sua frequência e duração não podem ser prestados em casa. Quando o utente é admitido para a UMDR, já é programada uma data para a alta. Neste tipo de serviços visa-se a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de um processo agudo ou descompensação patológica em pessoas com perda transitória da autonomia, potencialmente recuperável até 90 dias. Os objetivos destas unidades são, globalmente, evitar permanências desnecessárias em hospital de agudos, contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos, diminuir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração, e promover a reabilitação e a independência dos utentes. Tem como finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação descrita anteriormente.

A UMDR do Hospital onde decorreu o estágio tem capacidade para atender 16 utentes e oferece todos os serviços necessários para a reabilitação do paciente. Importa salientar que mesmo depois de terem recuperado em termos físico e psicológico, os

utentes sem retaguarda familiar permanecem na unidade até estarem garantidas as condições para sua estadia, habitualmente em lares ou em famílias de acolhimento. Nota-se que os técnicos empenham-se bastante para que o utente tenha qualidade de vida, muitas vezes confrontam os familiares para salvaguardar o bem-estar dos utentes. Referir ainda que na UMDR, uma parte dos gastos é suportada pelo utente, tendo em conta o seu rendimento ou o do seu agregado familiar.

## **2. Atribuições do Serviço de Psicologia e Papel do Psicólogo**

Uma das tarefas do psicólogo é usar os conhecimentos e técnicas aprendidas na sua formação para tratar, aconselhar e ajudar pessoas que tenham problemas quer físicos quer psicológicos, indivíduos com desajustamento a lidarem com situações angustiantes da melhor forma possível, melhorando assim a qualidade de vida. Antes de qualquer intervenção o psicólogo deve obter do paciente e familiares o máximo de informação possível para facilitar o processo de avaliação e, posteriormente, o diagnóstico (Doron & Parot, 2001).

O psicólogo, dentro das várias teorias que aprendeu procura instrumentos que contribuam para que o utente recupera a sua autonomia parcial ou total. Assim, deve encontrar os recursos de reabilitação que melhor se adequam ao paciente, isto depois de avaliar e verificar que áreas ou funções estão acometidas e quais estão preservadas.

De acordo com Pais Ribeiro (2010) as funções do psicólogo nos serviços de saúde exigem que o psicólogo: identifique os fatores que facilitam a emergência de ou mantêm a crise, identifique as reações que são normais à doença física das que são psicopatológicas; avalie a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida de pessoas que têm ou

não doenças. E para cumprir tais funções, o psicólogo deve estar munido de conhecimentos que lhe permitam prestar o melhor serviço.

Para Morais e Machado (2016) o foco de atuação do psicólogo hospitalar incide sobre o doente e não sobre a doença. Para ajudar o paciente, “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 e família para dar conhecimento do próprio processo de reabilitação” (Estrela-Dias & Pais Ribeiro, 2004, p.420).

Considera-se importante a intervenção de psicólogos na área da saúde, pois tal contribui para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes, a redução de internamentos hospitalares, a diminuição da utilização de medicamentos e a utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2004). Como se pode entender, o psicólogo põe-se a disposição do paciente oferecendo seus serviços: escuta os problemas que incomodam o utente, ajuda o indivíduo a lidar com tais situações e procurando, em conjunto, soluções para a situação problemática. O psicólogo também apoia os outros profissionais no sentido de ajudá-los a compreender melhor o paciente e suas dificuldades ou incapacidades, fazendo com que haja uma melhor prestação de cuidados que contribuirá para recuperação integral do utente.

Face as inúmeras situações decorrentes do estar em situação de doença e por vezes do internamento os pacientes entram em sofrimento. Além do médico que indica fármacos para aliviar e curar, é necessário que haja alguém que alivie o sofrimento psicológico, que ajude o paciente a lidar melhor com a situação usando a escuta ativa “

(...) nenhum outro profissional foi treinado para escutar como ele " (Cantarelli, 2006., p.140)

Em contexto hospitalar o psicólogo centra-se no paciente a fim de devolver a saúde, o bem-estar e o equilíbrio do mesmo; para isso faz avaliação, intervenção e reabilitação. Apesar de o foco ser o paciente, para conseguir resultados satisfatórios o psicólogo deve interagir (trabalhar) com todas pessoas que estejam envolvidas no processo de reabilitação. O psicólogo deve estar inserido na equipa multidisciplinar que envolve médicos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros, para ajudá-los a compreender melhor o paciente, seus medos, suas frustrações e expectativas, no sentido de todos trabalharem em prol da reabilitação do paciente.

Como realça Vieira (2010) a saúde não é de competência de um único profissional, ela é uma prática interdisciplinar e os profissionais de variadas áreas de atuação, devem agregar-se em equipas de saúde." O psicólogo hospitalar encontra-se numa posição estratégica, sendo um intermediário entre a equipe hospitalar e o paciente e sua família" (Carvalho, Faustino & Carvalho, 2017, p.1)

Um outro elemento que muito contribui para a recuperação do paciente é a família. São os familiares que convivem com o paciente e portanto o psicólogo deve prestar-lhes uma especial atenção, explicando a situação clínica e as suas consequências psicossociais e dando orientações como se deve lidar com o paciente. Por vezes, os familiares não lidam bem com o doente por não terem informação relativamente aquilo que aflige o indivíduo e/ou por não entenderem por que é que o indivíduo se comporta desta ou daquela maneira. Outras vezes os familiares também acabam por sofrer sequelas

psicológicas devido à situação do seu ente querido, ou seja, sendo este também um potencial foco de intervenção do profissional de psicologia.

Autores como Ynowye, Pedrazini, Pavarini e Toyod Inouye, Pedrazzani, Pavarini e Toyod (cit in Ribeiro, 2009) consideram a família como uma unidade de cuidados e uma unidade a ser cuidada. Sendo a família um lugar onde o paciente continua a receber assistência, deve ela mesma estar preparada para melhor desempenhar seu papel. Muitas vezes devido ao adoecimento de um membro a família em si fica doente, motivo mais que suficiente para o psicólogo prestar a devida atenção a este elemento imprescindível para a recuperação do indivíduo que está doente. Para isso o especialista deve avaliar até que ponto o adoecimento de um membro afetou a família, e dar-lhes o suporte necessário.

Em muitos hospitais é visível o atendimento “mecanizado” dos utentes, talvez devido a demanda excessiva. Por vezes o paciente é atendido como se fosse uma máquina, sem se levar em conta os seus sentimentos. Médicos há que nem sequer olham para o rosto do paciente para ver se está triste, angustiado, etc. A desumanização é óbvia. E nestas situações o psicólogo pode ser chamado a intervir, dado que também tem a função de humanizar o atendimento nos centros de saúde, hospitais e instituições afins. Carvalho, Faustino e Carvalho (2017, p. 8) “ (...) o psicólogo é o agente principal no processo de humanização, uma vez que seu trabalho vai além das práticas psicológicas dirigidas aos pacientes, mas também à equipe médica, administrativa, aos familiares e aos voluntários que trabalham na instituição”.

### 3. Descrição das Atividades de Estágio

O estágio teve o seu início com o conhecimento da instituição, tendo estado em contacto com profissionais, pacientes e tendo acesso a alguns processos de alguns utentes.

#### 3.1. Observação de Atividades

Foi possível realizar observação de consulta psicológica, concretamente a observação de processos já avaliados pela psicóloga da instituição. No contexto clínico, a observação baseia-se na observação direta de comportamentos e atitudes do paciente, tendo como intuito a compreensão de si e das suas problemáticas. Esta é focada no indivíduo e em diversas situações, nomeadamente, na entrevista clínica, na realização de provas e/ou de testes, e pela interpretação dos variados contextos em que o indivíduo esta inserido.

Esta atividade foi muito importante na medida em que permitiu estar por dentro daquilo que se passou com a pessoa (antecedentes), possibilitando saber um pouco da história clínica e pessoal mesmo sem o conhecer pessoalmente. Houve ainda a oportunidade de acompanhar alguns pacientes numa atividade de lazer, e participar em eventos organizados pelo hospital para os seus utentes e funcionários, como as "Janeiras".

#### 3.2. Reuniões de Orientação e de Supervisão

As reuniões com a orientadora decorriam diariamente, em grupo, tendo vários objetivos ao longo do tempo. As reuniões tiveram como objetivo o debate dos pedidos clínicos de cada paciente, receber orientações e instruções acerca dos procedimentos a seguir (por exemplo, registos, avaliações, relatórios), fornecimento de material de

psicologia, levantamento de questões e dúvidas pertinentes, e, ainda proceder ao agendamento de consultas futuras.

As reuniões de supervisão iniciaram-se aquando do início do estágio, coordenadas pela Professora Doutora Alexandra Serra, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Estas realizavam-se semanalmente, tendo como objetivo debater dificuldades do estágio, distribuição de material de apoio, esclarecer as atividades propostas à estagiária, e esclarecimento de questões e dúvidas que surgissem no período de observação/avaliação e de intervenção.

### 3.3. Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação em Psicologia distingue-se daquela que se faz em outras áreas pela recorrência a técnicas e instrumentos que lhe são próprias. Trata-se de técnicas e instrumentos em que os psicólogos são especialistas e cujo desenvolvimento ajudou a considerar a Psicologia como ciência. (Ribeiro. & Leal, 1997). É um processo internacional/relacional complexo, no decurso do qual um psicólogo procura obter informações contextualizadas sobre um cliente e os seus problemas, recorrendo a vários instrumentos, e as elabora num todo coerente. (Alexandra Serra, Módulo de Formação, 2014).

A avaliação psicológica é um processo geralmente complexo que, que tem por objetivo produzir hipóteses ou diagnósticos sobre uma pessoa ou grupo. Hutz, C.S. (p. 11). Todo o psicólogo que tem a missão de ajudar as pessoas a ultrapassarem os problemas que as perturbam, tem a avaliação psicológica como uma das ferramentas para a sua atividade, porque a avaliação psicológica difunde e representa uma parte relevante da atuação profissional dos psicólogos. Ambiel (2007). Através da avaliação psicológica o

psicólogo recolhe informações relacionadas à pessoa em questão, e depois de uma rigorosa análise e interpretação dessa informação chega a um diagnóstico. Quando o paciente expõe o motivo da consulta ou aquilo que lhe aflige, o técnico, ou seja, o psicólogo vai formulando hipóteses e também um diagnóstico provisório; para testar as suas hipóteses serve-se de vários instrumentos dentre os quais: testes, entrevistas com o paciente e familiares e outros. Este processo vai permitir o estabelecimento de um diagnóstico definitivo.

Tendo em conta o impacto que os resultados da avaliação psicológica têm no funcionamento psicoemocional do paciente, é muito importante que o psicólogo esteja bem treinado para realizar esta tarefa/atividade. Quando o processo de avaliação for mal encaminhado corre-se o risco de causar mais danos do que benefícios ao cliente. Para evitar certas anormalidades, na Cartilha sobre Avaliação Psicológica do Conselho Federal de Psicologia (2007, p. 9) encontram-se um conjunto de aspetos a levar em consideração, para realizar uma avaliação psicológica; são eles: (i) levantamento dos objetivos da avaliação e particularidades do indivíduo; (ii) coleta de informações pelos meios escolhidos; (iii) integração das informações e desenvolvimento das hipóteses iniciais e (iv) indicação das respostas à situação que motivou a avaliação e comunicação cuidadosa dos resultados.

A avaliação psicológica é de fato uma etapa muito importante no processo de tratamento de pessoas que padeçam de determinadas perturbações, desequilíbrios e inaptações. É por meio desta ferramenta que o psicólogo procurará saber o quê é que a pessoa tem e qual será a melhor técnica para ajudá-la; porque muitas vezes a queixa da pessoa não vai de encontro com aquilo que ela realmente tem, e a avaliação surge para esclarecer o que se passa com o cliente.

Depois de avaliar o indivíduo e chegar ao estabelecimento de um diagnóstico é esperado que se comunique ao cliente. Também nessa fase exige-se que o psicólogo esteja preparado para transmitir os resultados, para facilitar de certa forma o estabelecimento da relação terapêutica e o próprio processo de reabilitação.

No decorrer do estágio houve oportunidade de utilizar de forma autônoma os instrumentos psicológicos e neuropsicológicos que integram o protocolo determinado pelo serviço, tanto em situação de avaliação inicial, como em reavaliações. As administrações eram sempre precedidas por uma entrevista a fim de recolher dados relacionados com a história de vida.

Foi utilizado o *Mini Mental State Examination* (MMSE, versão em português traduzida por Bertolucci et al., 1994)). É um instrumento de rastreio cognitivo, altamente sensível aos sinais de demência. Sendo simples de usar, pode ser facilmente administrada em 5/10 minutos. O MMSE é composto por várias questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, com um total de 30 itens, cada uma desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: *orientação temporal* (5 pontos), *orientação espacial* (5 pontos), *memória imediata* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *memória evocativa* (3 pontos), *linguagem e escrita* (8 pontos) e *capacidade visuo-construtiva* (1 ponto). A pontuação dada a cada item é de 1 ou 0, portanto a pontuação total varia entre 0 e 30 pontos. A pontuação do MMSE sofre uma influência significativa da idade e da escolaridade do indivíduo, sendo assim necessário utilizar pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade.

Também se utilizou a *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage* (GDS-15, elaborada por Brink, Yesavage, Lum, Hursima, Ade e Rose em 1982). A GDS é instrumento

utilizado para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos, que possibilita também a monitorização da gravidade destes sintomas. Esta escala é de fácil aplicação, é composta por quinze perguntas direcionadas para os sintomas depressivos comuns nos idosos e não para as queixas físicas associadas à depressão, que podem ser atribuídas a outras doenças. Esta escala é utilizada quando se justifica, nos casos em que os doentes apresentam sintomatologia depressiva.

Convém referir que sempre que se avaliasse um paciente teria que se elaborar o respetivo registo, onde se explicava aquilo que foi observado, os défices verificados e também algumas capacidades preservadas. Esse registo era apresentado à orientadora, e esta por sua vez fazia as correções necessárias e, se fosse o caso, fornecia o material para o treino cognitivo especificamente exercícios de cálculo, memória, atenção e funções executivas. No âmbito das avaliações realizadas pela estagiária destaca-se M.C, utente de 83 anos de idade, nascida em Abril de 1933, solteira e reformada. A paciente foi admitida na UMDR para a reabilitação após fratura trocantérica à esquerda, em decorrência de uma queda em seu domicílio. A paciente apresenta antecedentes de hipertensão. Durante o internamento foi-lhe diagnosticado nódulo de natureza maligna na tiroide.

Da recolha da História de Vida constata-se que M.C.C não sabe nada sobre o seu desenvolvimento precoce, concretamente da gravidez, parto e amamentação porque os pais nunca falavam desses assunto, segundo a própria paciente, "os meus pais eram atrasados". Recorda-se que começou a andar com cerca de um ano de idade e que iniciou os estudos quando tinha 7 anos. Lembra-se que ia à escola todos os dias e que gostava muito. Estudou até a 3ª classe e diz que era boa aluna porque a professora dizia que ela aprendia bem e que podia estudar até a 4ª classe. Recordava-se que algumas vezes iam

ao rio Tâmega. Enquanto jovem, refere que o relacionamento com pessoas do sexo oposto era saudável, que as relações no seio familiar eram ótimas e que tinha “bons amigos”.

MC morou sempre com os pais e os outros irmãos durante quase toda a sua vida, pois era a mais nova e seis irmãos e era ela que assumia as lidas domésticas e a gestão da família, como arrumar a casa, preparar as refeições, tratar da roupa de todos, etc.). MC tomou conta de sua mãe que padecia de Alzheimer até à morte desta. A mãe representava alguém muito importante na vida de MC. Perdeu todos os irmãos ao longo da sua vida. Segundo ela, perdeu muito tempo a cuidar da mãe e dos irmãos e não teve tempo para ela. Nunca pensou em escolher uma profissão porque naquele tempo as mulheres não podiam exercer uma profissão. Refere que namorou um jovem durante um ano mas o relacionamento terminou. Teve outros namorados mas “na brincadeira” porque ela não pensava em se casar porque “não tinha vocação para tal”. Nunca teve filhos. A utente trabalhou sempre como doméstica em vários sítios ao longo da sua vida. Pareceu-nos que a paciente está arrependida por não ter tido filhos porque ela diz que está sozinha e que não tem ninguém que “olhe por ela” e que nunca pensou que precisaria de alguém para cuidar dela. A sua queda foi devida a um osteossarcoma diagnosticado há alguns anos atrás, queixando-se muito frequentemente de dores fortes nas pernas. Apresenta um humor depressivo porque, segundo ela, não vê melhorias no seu estado de saúde.

A avaliação do estado mental permite constatar que a MC se encontra relativamente consciente, aparentemente orientada no tempo e espaço, colabora nos autocuidados encontrando-se motivada para a reabilitação. Segundo o processo médico apresenta dependência em grau moderado em todos os autocuidados, excepto no deambular em que é dependente em grau elevado. Deambula com auxílio de andarilho e

3ª pessoa para curtas distâncias mas para longas distâncias necessita de cadeira de rodas. Também utiliza fralda de proteção por perdas ocasionais.

#### *Avaliação psicológica*

MC foi avaliada recorrendo aos instrumentos do protocolo hospitalar, o MMSE e a GDS. Na avaliação com o MMSE paciente estava consciente do seu estado de saúde, orientada autopsiquicamente e ligeiramente desorientada alopsiquicamente. Evidencia défice no cálculo, atenção e evocação espontânea. Não foi possível avaliar a habilidade visuo-construtiva porque a utente negou-se a realizar a prova porque acha-se incapaz. Tinha um discurso fluido e organizado, por vezes negativo. A utente obteve uma pontuação total de 19.

Como a paciente referia com frequência que não notava melhorias no seu estado de saúde (verbalizando o seu sofrimento por não poder andar sem auxílio do andador e fazer as coisas que gosta), que se encontra sozinha e sem ninguém que cuide dela, apresentando um discurso deprimido e sem esperança, resolveu-se diagnosticar a existência de um quadro depressivo. Na GDS, a paciente alcançou a pontuação de 17 que se traduz em depressão ligeira.

No seguimento do processo de avaliação traçamos o plano de intervenção que incluía: entrevista motivacional (para que ela se envolva no processo da sua própria reabilitação) aceitação do estado de saúde (para que ela dê mais de si para minimizar a situação) e estimulação cognitiva (a fim de diminuir os défices cognitivos verificados). De referir que não foi possível realizar a intervenção devido a falta de tempo.

### 3.4. Consulta Psicológica Individual

A consulta psicológica é o processo pelo qual o psicólogo ausculta o paciente, analisa seu problema e procura estabelecer um plano de intervenção a fim de ultrapassar tal situação. O próprio doente pode procurar ou então ser encaminhado por outro especialista ou instituição. Na consulta o psicólogo recorre a instrumentos como a observação, a entrevista e instrumentos formais de avaliação que ajudarão na tomada de decisão quanto ao diagnóstico e possível terapia.

Pensamos que não se pode falar de consulta psicológica pondo à parte a entrevista psicológica, porque esta última é que dá suporte à primeira. É por meio das técnicas de entrevista que o especialista vai dirigir o processo. A entrevista é que sustenta a consulta psicológica. A entrevista caracteriza-se por uma relação direta entre os intervenientes, comunicação oral, objetivos predefinidos, em que a atribuição de papéis é evidente. (Ros, 2009) Para recolher dados, entender o problema do cliente é impreterível recorrer a estratégias próprias da entrevista psicológica, já que a intervenção do psicólogo não é como a de um médico. O psicólogo precisa de mais tempo para explorar os aspetos idiossincráticos de cada cliente até chegar ao diagnóstico, dado que cada cliente é um indivíduo com suas próprias particularidades.

Para que a consulta psicológica produza resultados positivos, o psicólogo deve conhecer e dominar as técnicas de entrevista, saber o momento adequado para utilizar cada uma delas, pois a eficácia de qualquer tratamento ou procedimento psicológico está diretamente relacionada com a qualidade da entrevista (Oliveira, 2005). Se a entrevista for mal encaminhada o especialista chegará a um diagnóstico errado e a psicoterapia também será inadequada.

A entrevista psicológica é um instrumento de capital importância no trabalho do psicólogo. Por isso é uma técnica que deve ser privilegiada e dominada pelos psicólogos que intervêm o sistema de cuidados de saúde. Na realidade muitas das informações passíveis de serem recolhidas por outros processos podem igualmente ser recolhidas na entrevista. No entanto o inverso não é verdadeiro. (Ribeiro & Leal, 1997). Durante o percurso do estágio a estagiária teve oportunidade de acompanhar duas situações clínicas, uma das quais se passa a apresentar sob o formato de estudo de caso.

### *Estudo de Caso JC*

#### *Identificação*

JC é um utente de 69 anos de idade, nascido em Dezembro de 1947, sexo masculino. Viúvo vive há 18 com uma nova companheira. É electricista de profissão estando porém reformado. Possui a 4ª classe (atual 4º ano EB) sendo natural de Castelo de Paiva. Está internado na UMDR do Hospital onde decorreu o estágio para reabilitação após Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico em território vertebrobasilar esquerdo-tronco cerebral.

#### *História de Vida*

O pai de JC já faleceu devido a uma doença pulmonar que adquiriu quando trabalhava nas minas. Segundo o utente, era um bom homem e amigo dos filhos. A mãe também faleceu, segundo o próprio, também devido a doença pulmonar. Segundo JC era uma pessoa amável e carinhosa, esforçando-se muito para sustentar e educar os filhos.

Não foi possível saber a data da morte dos pais, no entanto JC referiu que o pai faleceu primeiro.

JC é o primeiro de cinco irmãos mantendo uma boa relação com eles, segundo o que refere, " somos amigos e apoiamos -nos mutuamente", mas é mais ligado ao irmão mais novo de todos. Viveu com os pais e os seus irmãos até ser adulto, sendo o clima familiar positiva e, segundo ele, as relações entre os membros da família eram ótimas. Segundo JC o pai trabalhava numa mina, a mãe fazia pães e ele junto com os irmãos ajudam a vender o pão na freguesia.

JC não se lembra de nenhum aspeto relacionado ao seu desenvolvimento precoce, concretamente sobre a gravidez de sua mãe e o seu parto. Refere, no entanto, que foi uma criança com um desenvolvimento normal, apesar de não ter tido uma infância " risonha".

Entrou na escola aos 7 anos de idade, sendo um bom aluno e dando-se bem com colegas e professores; a disciplina que mais gostava era a de "cálculos". Recorda-se que quando não estava não estava preparado para responder "aquilo que o professor perguntava", apanhava algumas palmadas. Nas atividades extraescolares jogava futebol e outros jogos. J.C gostaria de continuar com os estudos mas estudou apenas até a 4ª classe e terminou por ai porque "já não havia condições para continuar".

Cresceu sem grandes problemas de saúde. Quando tinha mais ou menos 9 anos presenciou a morte de uma irmã de 3 anos de idade; segundo informações obtidas junto dos seus familiares, quando JC se recorda desta irmã emociona-se muito (chora) pois era ele quem cuidava dos irmãos em muitas situações.

Segundo o próprio, era um adolescente comum, mantinha um bom relacionamento com seu corpo, com amigos e pessoas do sexo oposto. Teve uma adolescência moderada e sem grandes obstáculos. Pareceu-nos que JC teve as primeiras informações sobre sexualidade a partir de seu cunhado, começando a namorar muito cedo, ainda andava na escola, com a sua esposa.

Do seu casamento com a sua namorada de longa data (não conseguimos apurar a sua idade na altura do casamento) resultaram três filhos, duas raparigas e um rapaz. Há mais ou menos 14 anos atrás faleceu a esposa e há três anos faleceu-lhe uma filha. Há 18 meses atrás começou a viver com M, com a qual tem um relacionamento "ótimo". Segundo o próprio, M é uma pessoa muito presente e apoia-o bastante. M tem uma filha de um relacionamento anterior que também se relaciona muito bem com o padrasto.

JC trabalhou sempre como electricista (já enquanto adolescente JC sempre quis ser electricista, dizendo que nunca pensou noutra profissão) numa empresa de construção civil. JC revelava alguma confusão em evocar o nome da empresa: algumas vezes dizia Cardoso e Cunha Lda e noutras dizia Eletropaiva. Trabalhou numa destas empresas por muitos anos mas viu-se obrigado a terminar o contrato devido ao salário que não o contentava. Decidiu então trabalhar por conta própria, mas como os seus objetivos não foram atingidos, voltou a trabalhar na mesma empresa, na medida em que manteve boas relações com o patrão.

JC nunca fumou. Bebe de forma moderada, dizendo apreciar um bom vinho verde da sua terra. Foi militar por dois anos, esteve em África, concretamente na Guiné Bissau, de 1969 a 1971.

Nesta altura da vida J.C mostra-se entusiasta continuar com a sua vida, ir para frente, lutar sempre e quer muito continuara a trabalhar como electricista visto que tem carteira profissional. Como está reformado, nos tempos livres JC gostava de palavras cruzadas e consertar eletrodomésticos. Disse que tem amigos mas não são muito ligados

JC não teve qualquer doença significativa no passado. Como referido, está internado na UMDR, para reabilitação em decorrência de uma doença cerebrovascular – AVC que ocorreu dia 16 de Novembro de 2016.

#### *Processo de Avaliação Psicológica*

O processo de avaliação psicológica de JC decorreu em duas sessões. A avaliação informal do estado mental do paciente permitiu observar que JC está aparentemente sem consciência da gravidade do seu do seu estado de saúde, estando, no entanto, parcialmente orientado auto psiquicamente, mas desorientado no tempo e no espaço. Verificou-se ainda, por observação clínica, alguns défices a nível da atenção, evocação espontânea, e ligeira dificuldade na compreensão de instruções ou pedidos complexos. Pareceu-nos também que o utente tinha visão dupla, o que é comum em pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC). De facto, são bastante comuns em indivíduos que sofreram AVC distúrbios do campo visual (diminuição da acuidade visual, hemianopsia e diplopia) sendo o mais comum a hemianopsia homónim. (Cancela, 2008). Foram visíveis ainda tremores no membro superior esquerdo. JC também apresentava alguma lenhificação motora e no pensamento dado que necessita de mais tempo para processar a informação. Apesar dessas dificuldades, J.C mostrou-se colaborante nas atividades solicitadas.

Para proceder à avaliação formal utilizamos o MMSE e o GDS, instrumentos que, como referido anteriormente, fazem parte do protocolo do hospital. Como já mencionado o MMSE funciona como um instrumento de rastreio das funções cognitivas, visa verificar défices em determinada área que posteriormente é comprovado com a aplicação de outros testes mais específicos para avaliar o suposto défice.

Na primeira administração do MMSE, realizada em Janeiro de 2017, JC obteve a seguinte pontuação: 2 pontos no item referente a orientação, 3 pontos na repetição, 1 ponto na atenção e cálculo, 0 pontos na evocação e 6 pontos na linguagem totalizando 12 pontos sugerindo défice cognitivo, dado que o paciente tem 4 anos de escolaridade.

A escala de depressão foi administrada na mesma data no sentido de diagnosticar a existência deste quadro. Efetivamente durante a anamnese existiam indícios de depressão, como a presença de humor deprimido, mimica pouco expressiva e contato ocular desadequado (olhar perdido). JC obteve 16 valores, o que indica depressão ligeira. Este resultado não foi propriamente inesperado na medida em que a depressão é a alteração emocional mais frequente no AVC, estimando-se que um terço das pessoas que teve um ACV desenvolve depressão (Terroni et al, cit in Pina, 2013).

### *Enquadramento Concetual*

As doenças cardiovasculares são aquelas que atacam o sistema cardiovascular, interrompendo assim o fluxo sanguíneo ao longo das artérias do coração e do cérebro. O AVC é uma doença cardiovascular caracterizada pelo início agudo de um défice neurológico que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral. Segundo a

Organização Mundial de Saúde o AVC é um comprometimento neurológico focal ou global que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além das 24 horas ou levando a morte.

O AVC representa a principal causa de morte e incapacidade prolongada no adulto a nível mundial, constituindo um importante problema de saúde pública com graves repercussões a nível pessoal, familiar, social e económico (Ferraz, Norton & Silveira, 2013).

O AVC é provocado por um conjunto de fatores como hipertensão, excesso de colesterol no sangue, diabetes, etc. A presença de Acidente Isquémico Transitório (AIT) é um fator de risco extremamente importante visto que cerca de um terço dos indivíduos que sofreram AIT acabarão por sofrer um AVC dentro de cinco anos. (Martins, cit in Cancela, 2008). O AIT é clinicamente definido como um défice neurológico focal que regride totalmente até 24 horas após o seu início ([www.telessauders.ufrgs](http://www.telessauders.ufrgs)), O acompanhamento de indivíduos que tiveram este tipo de situação clínica deve ser muito rigoroso, no sentido de prevenir futuros AVCs.

Considera-se a existência de dois tipos de AVC: o isquémico e o hemorrágico. Identifica-se um AVC hemorrágico se existe hemorragia local, levando ao rompimento da artéria cerebral. Este pode ocorrer devido a edema cerebral, aumento da pressão intracraniana, hipertensão arterial, etc. De acordo com Parente e colegas (cit in Rosa.(s/d)) o AVC hemorrágico atinge uma população mais jovem sendo a gravidade superior em relação aos outros tipos de AVCs. O mesmo autor cita Mackay e Mensah, que afirmam que em indivíduos com menos de 40 anos o AVC é incomum e quando acontece a sua principal causa é a hipertensão arterial.

Considera-se que um AVC é isquémico, situação de JC, quando há oclusão de um vaso sanguíneo, fazendo com que o sangue não chegue a uma zona específica do cérebro o que pode acontecer por entupimento da artéria devido a trombos ou êmbolos e pequenas porções de gordura que circulam na corrente sanguínea. Se a interrupção do fluxo sanguíneo for inferior a 3 minutos, a alteração é reversível; se esse prazo ultrapassar os 3 minutos, a alteração funcional poderá ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso (Cancela, 2008). As principais causas deste tipo de AVC são várias e de natureza diversa com o tabagismo e a má alimentação; hipertensão, colesterol e diabetes ou mesmo incorreções no coração ou vasos sanguíneos. De acordo com Cancela (2008) os fatores de risco aumentam a probabilidade de um AVC, mas muitos deles, podem ser atenuados com o tratamento médico ou mudança nos estilos de vida. O mais importante fator de risco modificável de AVC é a hipertensão arterial; por cada dez pessoas que morrem de AVC, quatro poderiam ter sido evitadas se a PA estivesse controlada (Silva, 2010).

Quando ocorre um AVC em determinada zona do cérebro, esta área fica privada de oxigénio e outros nutrientes necessários ao seu funcionamento, desse modo as células no local afetado sofrem necrose, ou seja, apodrecem. Dependendo do local da lesão ou do derrame a pessoa perde as funções controladas por tal região. Assim por exemplo, se ocorrer na zona responsável pela fala, o sujeito pode ter dificuldades para falar ou perder totalmente a capacidade de falar.

São múltiplos os défices resultantes do AVC a nível físico, cognitivo-comportamental e emocional, havendo a necessidade de intervenção de uma equipa multidisciplinar e interativa de profissionais especializados em diferentes áreas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, psicólogos e assistentes

sociais) para maximizar a recuperação e facilitar a reintegração no ambiente familiar e social (Silva, 2010). O mesmo autor acrescenta que as alterações cognitivas podem ser gerais (processamento mais lento da informação) ou podem ocorrer num domínio específico (orientação, atenção, memória, visão espacial e construtiva, flexibilidade mental, planeamento e organização, linguagem). Dito de outra forma, um AVC pode levar a incapacidades de vários níveis, desde uma simples dificuldade em lembrar-se onde colocou os óculos à total incapacidade de reconhecer seus filhos.

Decorrentes de um AVC poderão surgir problemas múltiplos ([www.associacaoavc.pt](http://www.associacaoavc.pt)), por exemplo, a nível do discurso e linguagem; a pessoa poderá ter dificuldades na fala, na compreensão, leitura e escrita (afasias). A visão é uma função de extrema importância, por meio dela interpreta-se os estímulos visuais provenientes do meio; esta função também pode ser afetada deixando a pessoa com visão dupla podendo mesmo perder parte do seu campo visual.

Outro problema que também tem afetado pessoas que tiveram AVC são as agnosias caracterizadas por incapacidade na perceção e interpretação, ou seja, o sujeito pode por exemplo ver, mas é incapaz de reconhecer aquilo que os olhos vêem (objetos, pessoas). O pensamento, a aprendizagem, a memória, o raciocínio, a tomada de decisão as funções executivas são ainda afetados. Assim a pessoa terá dificuldades em fazer planos, lembrar-se de factos que aconteceram recentemente, aprender novas coisas, resolver problemas, etc. O humor é outro aspeto que tem sido igualmente comprometido, podendo levar o sujeito a desenvolver quadros como depressão e/ou ansiedade ou problemáticas como baixa autoestima e dificuldade no controlo das suas emoções.

JC apresenta um conjunto de sequelas neuropsicológica que parecem decorrer do AVC que sofreu em novembro passado. Silva (2010) refere que há três maneiras possíveis de o indivíduo com lesão cerebral poder recuperar as capacidades funcionais perdidas: recuperação espontânea, restituição ou compensação da função perdida. A recuperação é possível graças a enorme capacidade do cérebro em aprender e mudar. Hoje em dia sabe-se que as células de outras áreas do cérebro não afetadas podem determinadas funções realizadas pelas células da área afetada. A este fenómeno dá-se o nome de neuro plasticidade. Após o AVC sujeito não pode ficar inativo, tem de exercitar todas as funções cerebrais.

#### *Processo de Intervenção Psicológica*

A avaliação psicológica deverá, sempre que possível, ser seguida por um processo de intervenção psicológica que visa ajudar a pessoa acometida por uma determinada disfunção cerebral ou psicopatologia a melhorar a sua vida, ajudando-a, desta forma, a adaptar-se à sua nova situação. Após o processo de avaliação psicológica é imprescindível que o psicólogo elabore um plano de intervenção, plano esse que deve ir de encontro com os défices que o paciente apresenta.

Vale dizer que antes mesmo de iniciar qualquer intervenção, devem ser analisados vários aspetos inerentes ao próprio paciente e também ao contexto. Assim é necessário conhecer o paciente, ver quais são as suas limitações e capacidades físicas e psicológicas e, que exercícios se adequam a ele; também é muito importante prestar atenção à linguagem gestual e a expressão facial do utente, desse modo será possível perceber se o paciente está cansado ou aborrecido com a tarefa que lhe for orientado, se o utente

mostrar um semblante fatigado o aconselhável é interromper a tarefa e continuar assim que possível.

É imprescindível que se trace um plano de reabilitação que vá de encontro a realidade do paciente, já que na maior parte das vezes as expectativas do paciente podem não concretizar-se. Cancela (2008) refere que os programas de reabilitação devem constar exercícios que incentivem o sujeito a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões, entender o discurso corrente e expressar sentimentos e pensamentos. Mas sobretudo, o paciente deve ser estimulado de modos a ajustar-se à nova situação e conseguir cuidar de si mesmo, ou seja, a prioridade é a adaptação a incapacidade e a capacidade de realizar AVD's tornando num dos principais objectivos a independência da pessoa.

Considerando as principais conclusões do processo de avaliação psicológica determinou-se que o Plano de Intervenção de JC iria contemplar três áreas: adesão ao tratamento, adaptação à doença e reabilitação cognitiva. A promoção de aceitação do da sua condição física e psicológica atual será um aspeto essencial para JC e para a sua evolução futura. Efetivamente, quando surgem acontecimentos inesperados, tais como morte de um familiar, situações traumáticas, doença, perda da autonomia, por vezes, a pessoa vê-se inconformada e não aceita/reconhece que tais situações aconteceram que tiveram um determinado impacto na sua vida. De acordo com Bastos (cit in Loboão, Gaspar & Sousa, 2009) a pessoa confrontada com uma situação que ameaça o seu equilíbrio, tende a implementar comportamentos que visem a redução da percepção da situação. A promoção de aceitação do estado de saúde surge exatamente para ajudar a pessoa a admitir que certos factos realmente aconteceram e levar o paciente a criar mecanismos para ultrapassar o problema ou desenvolver formas de adaptação à nova situação. Para

ajudar o paciente/utente a aceitar o seu estado de saúde o psicólogo de levá-lo a reconciliar-se com as circunstâncias de saúde atuais. (Loboão, Gaspar & Sousa, 2009). Muitas vezes os pacientes entram em depressão porque pensam a sua vida no passado (quando estavam cheios de saúde) e ao mesmo tempo ficam ansiosos porque vêem um futuro ameaçado devido as perdas sofridas. O psicólogo deve levar o paciente a aceitar o que é, e não gostaria de ser.

A Entrevista Motivacional estaria na base da intervenção na medida em que será necessário trabalhar com JC a sua motivação para aderir a um tratamento que poderá ser longo e penoso.

A entrevista motivacional é uma forma de intervenção psicológica que visa a promoção de mudanças, dando oportunidade para o indivíduo decidir o melhor para si mesmo. Miller e Rolnick (autores da EM) consideram a entrevista motivacional como um método centrado do cliente, diretivo, para intensificar a motivação intrínseca para a mudança, que explora e resolve a ambivalência (Cunha, 2008). Neste método o terapeuta ajuda o indivíduo a promover sua própria mudança. Para utilizar a EM como técnica capaz de impulsionar a mudança de comportamento, é necessário saber se a pessoa está motivada para o processo de mudança. Se a pessoa manifestar o desejo de mudança, deverá concordar com o terapeuta e seguir as suas orientações; se o paciente não aceita, qualquer intervenção será inútil.

A EM assenta sob quatro pilares, que garantem a sua eficácia: empatia, desenvolvimento de discrepâncias, diminuição da resistência e apoio a autoeficácia. Empatia é a arte de se colocar no lugar do outro por meio da imaginação, compreendendo seus sentimentos e perspectivas e usando essa compreensão para guiar as próprias ações. (Krznaric, 2014). Desenvolver discrepâncias é criar e ampliar na mente do paciente uma

divergência entre o comportamento presente e metas mais amplas; isto ajudará o paciente a visualizar onde e como ele está no momento, e onde ele quer estar. Quanto a diminuição da resistência, o psicólogo deve adotar uma atitude que leve o paciente a diminuir a sua resistência, não opondo-se diretamente; se a pessoa perceber que está sendo confrontado, pode aumentar a defesa e a mudança pretendida não acontece. Por último o psicólogo deve ajudar o utente a perceber que ele é capaz de mudar, a confiança da pessoa na sua capacidade de mudança é um elemento motivador. A confiança do terapeuta na capacidade de mudança do cliente pode aumentar a confiança do cliente em si próprio e atuar como uma profecia auto confirmatória.

A temática do treino cognitivo remete-nos para a reabilitação cognitiva, pois é nesta que decorre o treino/estimulação cognitivo. A reabilitação cognitiva é o processo que visa recuperar ou estimular as capacidades funcionais e cognitivas do homem ou seja (re) construir os seus instrumentos cognitivos. (Cancela, 2008). Reabilitar é voltar a habilitar a pessoa, ou seja, é treinar a pessoa para que ela volte a ter as capacidades ou habilidades que perdeu. Deve-se ter em atenção que muitas vezes não é possível recuperar na totalidade, daí que os objetivos do programa de reabilitação devem ser realistas.

Clare e Woods (cit in Cardoso, 2012) enfatizam que a estimulação cognitiva, à semelhança de outras técnicas de reabilitação neuropsicológica tem como objetivo principal a melhoria geral do funcionamento cognitivo e social.

Para Chariglione e Janczura, (cit in Lousa, 2016) a estimulação cognitiva oferece várias mudanças, tanto ao nível cognitivo quanto ao nível neuropsicológico, incluindo idosos saudáveis e ou em condições de funcionamento normal

Realizamos três sessões de treino cognitivo. J.C começou a fazer o treino cognitivo nas áreas da atenção, funções executivas e cálculo. Tanto a entrevista inicial, como as sessões de treino cognitivo demoravam um pouco mais do que o esperado, devido a lentificação que o utente apresentava. Quando se lhe colocava uma questão ou se lhe pedia para fazer um exercício, JC demorava muito até processar a informação e responder, obrigando a um constante feedback e apoio. Durante a realização das tarefas verificou-se que J.C resolvia os exercícios apenas num dos lados da folha e por vezes assinalava em espaços onde não havia nada, facto que parece validar a hipótese da existência de visão dupla. Pode também ser possível que JC tinha heminegligência visuo-espacial porque que ele não via parte dos exercícios. A heminegligência é comum em pacientes com lesões cerebrais. Na heminegligência visuo-espacial, o doente ignora os estímulos apresentados no lado esquerdo do espaço (Mateus, 2011). A fala muito arrastada, por vezes incapacidade em terminar uma palavra, voz muito baixa, foram outras dificuldades demonstradas por JC, parecia que estava cansado ou tinha preguiça de falar.

Na segunda avaliação feita no dia 02 de Fevereiro de 2017, teve a seguinte pontuação: 4 pontos na orientação, 3 pontos na repetição, 2 pontos na atenção e cálculo, 1 ponto na evocação e 6 pontos na linguagem, totalizando 16 pontos. Estes resultados podem traduzir alguns benefícios da reabilitação cognitiva, no entanto considera-se que o trabalho realizado foi insuficiente.

### *Reflexão sobre JC*

Quando a supervisora de estágio disse que eu devia acompanhar um paciente novo de forma individual, surgiu em mim senti um frio na barriga e naquele momento

pensei como eu iria agir sem a presença dela. Entrei em contacto com o processo do paciente, a fim de saber qual era a situação dele e quais eram os antecedentes, também procurei ler matérias ligadas doença que ele tinha: quando entrei no quarto do utente sentei-me confiante e comecei a fazer o meu trabalho.

Como se pode verificar, JC é um paciente que tinha sofrido um AVC isquémico e apresentava muitas dificuldades (memória, linguagem, atenção, capacidades visuocostrutoras, funções executivas). Por vezes eu fazia-lhe uma pergunta e ele respondia, outras vezes ficava calado e só olhava para mim e eu tinha de refazer a pergunta; por vezes começava a falar mas não terminava o raciocínio, as vezes começava a falar mas fazendo grandes pausas.

Confesso que a princípio fiquei um pouco atrapalhada e não sabia o que fazer, mas depois lembrei-me das técnicas de entrevista e o processo foi desenrolando. Percebi que o domínio das técnicas de entrevista é determinante para o sucesso da consulta psicológica.

Depois da avaliação psicológica/neuropsicológica, verificando que JC apresentava vários défices, tracei um plano de intervenção com vista a superá-los. Para isso selecionei alguns exercícios para o treino cognitivo. Após algumas sessões de estimulação cognitiva voltei a avaliar o paciente e percebi que houve uma ligeira melhoria, e tenho fé que se continuássemos com o treino cognitivo o desempenho de JC seria cada vez melhor; porque apesar dos défices ele colaborava e apresentava-se motivado.

Também deu para perceber o papel da família para melhoria do estado de saúde do paciente, a família de JC é muito unida, solidária e carinhosa, todos os dias aparecia um ou dois membros para visitá-lo e isto dava-lhe forças para enfrentar a situação,

espero que ele tenha melhorado. As poucas vezes que falei com a companheira de JC informei a situação e expliquei que a família também podia ajudar no processo de recuperação, ela levava jogo de palavras cruzadas, perguntava-lhe coisas relacionadas ao trabalho, falava-lhe dos amigos, e dava muito apoio emocional e era visível a satisfação de JC.

## Reflexão Final

A realização do estágio foi uma etapa importante para a minha formação, apesar do curto tempo. Gostaria de ficar mais tempo a estagiar mas as circunstâncias assim exigiam. Esta fase também deu-me a possibilidade de adquirir mais conhecimentos relacionadas a psicologia da saúde, aprofundar alguns aspetos sobretudo na vertente prática. Tive algumas dificuldades como ansiedade, o medo de não ser bem-sucedida, mas com ajuda da supervisora e dos meus colegas consegui ultrapassá-las. Foi uma oportunidade de aprendizagem que irá contribuir para o desenvolvimento do meu país, uma vez que o domínio da Neuropsicologia é muito recente.

O estágio foi uma oportunidade e uma escola, apesar do curto tempo que fiz aprendi muito sobre a atuação do psicólogo em contexto hospitalar, descobri algumas valências minhas e foi uma oportunidade para conhecer um novo país, novas pessoas, novas formas de viver. Foi uma boa experiência.

A adaptação exigiu um pouco de esforço dado que encontrei uma realidade muito diferente do meu país, costumes, formas de falar, de agir, vestir diferentes e foi necessário um certo esforço para me enquadrar.

Sentia um misto de satisfação por ter chegado até a fase de estágio, tristeza porque tinha acabado de perder o meu pai e vi-me obrigada a viajar sete dias depois do seu falecimento, ansiedade porque queria muito que o estágio começasse e não sabia como eram as coisas; é muito diferente ouvir e praticar como é que se deve avaliar um paciente. Mas acabou sendo um processo de adaptação contínua que foi facilitado pela orientadora que empenhou-se bastante para garantir a nossa integração.

O fato de não existir um consultório específico para os serviços de psicologia, a Psicóloga tem de partilhar o mesmo consultório com outros técnicos o que decerta forma provoca um pequeno incómodo, porque vezes há que o paciente a ser avaliado está no quarto com mais outro e fica meio complicado.

Foi uma boa experiência, gostei muito de ver como o psicólogo atende os pacientes, como funciona o trabalho em equipa multidisciplinar, todos colaborando para o bem-estar do paciente; a forma como os processos estão organizados facilita a aquisição da informação desejada.

Animou-me saber que no hospital existe um serviço específico para a terceira idade e o fato de que não estão preocupados apenas com a recuperação física e psicológica do utente, mas também com as condições do paciente fora do hospital; os técnicos, com realce a assistente social empenham-se em saber se existem condições favoráveis (habitação, prestação de cuidados básicos, lar) para a pessoa viver.

A forma como os técnicos lidam com os pacientes é salutar e facilita o processo de recuperação. Chamou-me muita atenção e fiquei bastante impressionada com a entrega da assistente social ela doa-se no exercício da sua atividade e enfrenta os familiares dos pacientes internados para salvaguardar o bem-estar dos utentes.

Outro aspeto que cativou a minha atenção e achei superinteressante é a rotina dos pacientes internados na UMDR, durante o dia eles estão sempre ativos, ocupados com alguma atividade. Têm o banho, o pequeno-almoço a fisioterapia o almoço, têm uma sala onde podem ver televisão, conversar e partilhar suas dificuldades com outros pacientes e isto os ajuda a desenvolverem bons relacionamentos; têm ainda momentos de lazer, o trabalho com os diferentes técnicos (psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta da fala

assistente social). Todo esse clima contribui para que os pacientes sintam-se bem e recuperem mais depressa.

O facto de estagiar numa UMDR onde o serviço é personalizado, num país onde a prática da avaliação e reabilitação psicológica e neuropsicológica é uma realidade praticada há já muitos anos fez-me refletir muito na responsabilidade que tenho a partir desta formação. Como já fiz referência, a realidade no meu país é muito diferente; nos hospitais praticamente só se faz a reabilitação física, deixando a parte a cognitiva. O recomendável é que a reabilitação física seja feita a par da reabilitação cognitiva/psicológica, para garantir que o paciente ganhe o maior grau de independência possível; não serve de nada ter uma pessoa que consegue caminhar mas não consegue realizar as AVDs.

Saio do estágio com a missão de contribuir para o desenvolvimento de ANGOLA, concretamente na área da saúde, especificamente em avaliação e reabilitação neuropsicológica.

É preciso notar que na maioria das vezes o paciente não procura os serviços de saúde somente para curar-se da doença que padece, mas sobretudo vai a busca de conforto, carinho, acolhimento, de um obro para desabafar, de alguém que escute e perceba seus medos, angústias, incertezas, mágoas; em fim um conjunto de situações que podem estar contribuindo para a manutenção da doença. Dai que o psicólogo deve ser o agente responsável por passar essa mensagem aos outros técnicos da equipe para que eles também possam tratar o paciente como um todo e não somente a doença como tal. O psicólogo valoriza a vertente emocional do paciente, interpreta, traduz o que o paciente sente, através da leitura da expressão facial e da análise do conteúdo emocional; porque

há situações que o paciente não consegue exprimir por palavras e, por meio da empatia, o psicólogo consegue ver para além daquilo que se vê, ouvir para além daquilo que se diz e entender para além daquilo que se quer transmitir.

## Bibliografia

- Arquivo do Hospital Particular de Paredes
- Coelho, R. M. A. (2011) *Introdução O acidente Vascular Cerebral*.repositorio.ipv.pt/.../COELHO%20ROSA%20Maria%20Alves%20-%20Dissertação%20
- Serra, A. (2014) *Aulas de Avaliação Psicológica em Contexto de Saúde*
- Apóstolo, J. L. A. (2012) *Instrumentos para Avaliação em Geriatria ( Geriatric instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cantarelli, A. P. S. (2009) *Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. SBPH. Rio de Janeiro. V.2, n.2, P. 137 – 147
- Cartilha Sobre Avaliação Psicológica do Conselho Federal de Psicologia 2007*
- Carvalho, R. C. (s|d) *Acidente Vascular Cerebral : Atualizações*.
- Carvalho, F.G.R., Faustino, A. S. M.C. e Carvalho, A. R.S. (2017), *Humanização Hospitalar: parceria entre a Psicologia e o Voluntariado*. <https://documentstipo/.../texto-5-psicologiae-humanização>
- Cancela, D. M. G. (2008) *O acidente Vascular Cerebral – Classificação, Principais Consequências e Reabilitação*. Trabalho realizado para estágio de complemento ao diploma de Licenciatura em Psicologia.Universidade Lusíada o Porto
- Doron, R. e Parrot, F. (2001) *Dicionário de Psicologia*
- Diretiva Técnica N° 1/UMCCI/2008, *Unidade de missão para os cuidados continuados integrados*.

Dias, M. E., e Ribeiro, J. L. P. (2012). *Psicólogo nos cuidados continuados: intervenção positiva. Actas do 9º congresso nacional de Psicologia da Saúde.*

Enciclopédia Médica (s/d)

Ferraz, I., Norton, A., e Silveira, C. (2013) *Depressão e AVC: Causa ou Consequência? (Arquivos de Medicina). 27 (2) 58-64 Porto*

Glossário da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009)

Hutz, C. S. *O que é a Avaliação Psicológica – Métodos , Técnicas e Testes.*  
[www.ufrgs.br/museupsi/tests.htm](http://www.ufrgs.br/museupsi/tests.htm)

Noronha, A.P.P., Nunes, M.F.O. e Ambiel, R.A.M. (2007) *Importância e domínios de avaliação psicológica.* Universidade São Francisco, Itatiba – SP. *Paideia*, 17(37), 231-244

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*

Melo, D. M. ,e Barbosa, A. J. G.(2015) *O uso do Mini – Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil. Uma revisão sistémica.* *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(12): 3865-3876

Morais , A., e Machado, S. (2016) *Especificidades da atuação do psicólogo no contexto hospitalar – A experiência do Setor de Psicologia do Hospital regional do Sudeste – HRSV Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais aplicadas.* Universidade Estadual do Paraná.

Oliveira, K. L., Noronha, A. P. , Dantes, M. A. e Santarém, E. M. *O psicólogo comportamental e a utilização de Técnicas e instrumentos psicológicos*. *Psicol. estud.*(online):2005, vol.10,n.1,pp.127-135. ISSN 1413-7372

Oliveira, M.F., (2005) *Entrevista Psicológica – O caminho para aceder ao outro*. Trabalho de Licenciatura. Universidade Lusíada do Porto

Pina, J. C. (2013) *A pessoa com depressão pós Acidente Vascular Cerebral*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal

Rós, A. M. J. (2013) *Disciplina de Consulta Psicológica*.[www.passeidireto.com.../a-entrevista-psicologica..antonia-ros](http://www.passeidireto.com.../a-entrevista-psicologica..antonia-ros)

Relatório (*Capacidades instaladas, Necessidades,Tipologias de referênciação*) – *Cuidados continuados em Portugal Continental*. (2014)

Rosa, C. (s/d)

Ribeiro, J. L. P. (2010) *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Placebo Editora

Ribeiro, J. L. P., e Leal, I., (1997) *Avaliação e Psicodiagnóstico em Psicologia da Saúde*. *Psicologia:Teoria, Investigação e Prática*.vol 2, 357 - 370

Silva, E. J. A. (2010) *Reabilitação após o AVC*. Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto

Vieira, L. N. L. (2011) *Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar*.