



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Marta Sofia Barbosa Couto Nº 21846

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, Janeiro 2019

Declaração de Integridade

Marta Sofia Barbosa Couto, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia 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 referenciados ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Ao olhar para trás vejo como foi uma longa caminhada que não foi fácil, mas agora no presente vejo o resultado de algo que construí com todo o entusiasmo, afinco, dedicação, perseverança, paciência e alegria, não só minha mas de todos aqueles que percorreram esta caminhada a par e passo comigo.

Para que injustamente não me esqueça de ninguém, desde já agradeço a todos eles passaram ou que estão na minha vida e contribuíram para tudo o que hoje sou e para o que ainda serei um dia.

Não posso deixar de começar por agradecer à minha família, visto que sem eles não teria sido possível realizar este trabalho. Obrigada por tudo, obrigada pelo apoio incondicional e indispensável para o sucesso do meu percurso a nível académico.

Aos meus pais um grande obrigado por todo o apoio, o esforço, a paciência, o carinho e motivação que sempre me proporcionaram para concluir esta etapa.

Ao meu Joãozinho, um obrigado ainda mais especial, se existe alguém que batalhou comigo em todos os momentos foste tu, e sem a tua força eu não teria chegado aqui.

Ao meu namorado, um grande obrigada por toda a paciência, pelo entusiasmo, pela força, por toda a ajuda, por todo o companheirismo e dedicação ao longo deste percurso.

À minha supervisora Professora Doutora Alexandra Serra, por todo o acompanhamento e atenção ao longo deste último ano.

Às minhas orientadoras, obrigada por todos os conhecimentos transmitidos, pelo apoio, pelos desafios, pelo acompanhamento, pela dedicação e pela ajuda.

Às minhas amigas, pela ajuda, pela compaixão, pela perseverança, pelos conselhos, pelas conversas.

Um grande obrigada a todos!

Lista de Siglas

ADAS- cog - Alzheimers Disease Assessment Scale – Cognitive

AVC - Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD – Atividades de vida diária

BADS - Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome

BDI - Inventário de Depressão de Beck

BLAD - Bateria de Lisboa para Avaliação de Demências

CCI- Cuidados Continuados Integrados

DA - Doença de Alzheimer

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

GDS - Geriatric Depression Scale

MMSE - Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

NR - reabilitação neuropsicológica

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TCE - Traumatismo Craniano Encefálico

TNC - Transtorno Neurocognitivo

UC - Unidade de Convalescença

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

Índice

Introdução	6
Capítulo I.....	8
1.1- Caraterização da instituição	8
1.2- Caracterização do departamento da RNCCI	10
1.3- Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar	12
Capítulo II – Descrição das principais atividades de Estágio.....	14
2.1- Reuniões de Orientação e Supervisão.....	14
2.2- Formação complementar.....	14
2.3- Observações de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	15
2.4- Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	16
2.5- Dinamização de Estimulação Cognitiva para Sêniore.....	17
2.6- Dinamização das “Quintas Cognitivas”	20
2.7- Consulta Psicológica Individual	23
2.8- Estudo De Caso.....	24
Referências Bibliográficas	46
ANEXOS.....	50

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular que decorreu durante o ano letivo 2017/2018 de Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia. O estágio decorreu especificamente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) que se divide em unidade de Convalescença e na unidade de Média Duração e Reabilitação que estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sob orientação da neuropsicóloga afeta ao serviço, com a supervisão de um elemento da universidade.

Este percurso de estágio curricular teve início no dia 7 de Novembro de 2017 e término no dia 29 de Junho de 2018. As 420 horas de estágio estabelecidas no início foram ultrapassadas em virtude da necessidade de acompanhamentos e avaliações dos novos utentes durante a mudança da Psicóloga do hospital, assim como da necessidade sentida por a mesma de na fase inicial preservar um horário mais alargado. O horário semanal foi inicialmente definido pela orientadora inicial de acordo com as necessidades evidenciadas, ficando estipulado que seria às terça e quinta-feira das 14h00 às 18h30, e à quarta-feira das 9h00 às 12h00 que correspondia a 12 horas semanais totais, posteriormente com a alteração da psicóloga da unidade, e de acordo com o que a mesma achava fundamental foi definido que seria oportuno o horário semanal começar a ser segunda, terça, quarta e quinta-feira de tarde das 14h00 às 18h30 e à sexta-feira das 10h00 até as 18h00 que perfazia um total de 25 horas semanais. Não obstante, este horário foi sempre que necessário ajustado às necessidades das unidades e das atividades a serem realizadas.

O objetivo deste relatório assenta na descrição da instituição em que foi realizado o estágio, o papel do psicólogo nesse contexto, e na apresentação das atividades realizadas e experiências vividas e desenvolvidas, como a realização das avaliações psicológicas e neuropsicológicas, das consultas psicológicas, da intervenção em grupo terapêuticos e das formações realizadas. No final pretende-se fazer uma análise crítica e reflexiva do percurso efetuado e desenvolvido e identificar as competências adquiridas.

Este relatório espelha o trabalho elaborado durante o período de estágio curricular e está dividido em dois grandes capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento

geral do estágio, à caracterização da instituição, assim como do papel do psicólogo em contexto hospitalar. O segundo capítulo inclui a descrição das principais atividades realizadas em estágio, designadamente a apresentação de um caso clínico e do grupo de estimulação cognitiva em contexto hospitalar, análise reflexiva dos casos acompanhados, conclusão e reflexão geral acerca do estágio na perspetiva da estagiária (as dificuldades encontradas e os conhecimentos adquiridos). Por fim, são apresentados os anexos mais pertinentes para ilustrar todo o trabalho desenvolvido.

Capítulo I

1.1- Caracterização da instituição

O Hospital foi inaugurado em 1966 e em 1977 foi nacionalizado pelo estado, funcionando como instituição pública até Novembro de 2001, aquando da entrada em funcionamento de outro hospital neste caso público, ficando o edifício deste hospital desativado. No sentido de retomar a exploração da atividade hospitalar foi desenvolvido um programa funcional. Em 2008, este hospital reabriu e dispõe de uma oferta de serviços e de qualidade que mais nenhuma instituição nas proximidades apresenta. Atualmente serve uma população do concelho de 83.064 habitantes e orienta a sua influência para os concelhos circundantes totalizando uma população de 200.000 habitantes.

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

Para tal, os valores pelos quais o hospital se rege passam por defender a humanização dos cuidados prestados, pela qualidade técnica dos profissionais de saúde que integram a unidade e a dedicação e o empenho de toda a equipa, o compromisso com a melhoria contínua, a responsabilidade social, o respeito pelos princípios éticos, a personalização e excelência.

O Hospital é composto por quatro pisos, apresentando-se a sua atividade assistencial distribuída ao longo desses pisos, que se encontram equipados de acordo com as especialidades definidas para cada um, e que no total, oferecem serviços tais como: acesso/receção/atendimento; áreas de internamento; área de prestação de cuidados, nomeadamente de tratamento e reabilitação; áreas de apoio geral, tais como alimentação, lavandaria, áreas de sujos, limpos e material esterilizado; áreas para convívio e salas de estar para visitas; serviços de direção e serviços técnicos; e ainda, instalações para profissionais de saúde.

Para além das diversas especialidades médicas que este hospital dispõe, esta instituição está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem como principal objetivo proporcionar a continuidade de cuidados de saúde de forma

integrada a pessoas que se encontrem numa situação de dependência temporária ou permanente, acreditando que esta é a melhor forma de contribuir para a recuperação ativa do doente, cumprindo critérios elevados de profissionalismo e qualidade.

A RNCCI, criada pelo Decreto-lei n.101/2006, de 6 de Junho, é definida como um conjunto de intervenções sequenciais decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global, ativa e contínua, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

O objetivo geral da RNCCI centra-se na prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. De acordo com Nogueira, Henriques, Gomes & Leitão (2007) os objetivos específicos da rede pretendem: (1) a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência; (2) a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida; (3) o apoio, o acompanhamento e o internamento adequados a cada situação; (4) a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados; (5) o apoio aos familiares ou prestadores informais na prestação dos cuidados; (6) a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços e sectores; e, por fim, (7) a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

A prestação de cuidados deste hospital tem como objetivo fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e/ou família/cuidador com uma necessidade, num contexto específico. Deste modo, são implementados procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas que conduzam a maior autonomia possível.

1.2- Caracterização do departamento da RNCCI

Nesta instituição, as unidades de internamento de CCI disponibilizadas são a Unidade de Convalescença e a Unidade de Média Duração e Reabilitação

Unidade de Convalescença (UC)

De acordo com o artigo 13º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, a unidade de convalescença é uma unidade de internamento para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos e pode coexistir com a unidade de internamento de média duração e reabilitação. Os critérios de admissão nesta unidade de internamento são: (1) necessidade de reabilitação intensiva a doentes que se encontrem dependentes, e (2) necessidade de cuidados de enfermagem e apoio médico que devam ser prestados durante as 24 horas mas sem indicação para internamento em hospital de agudos (Nogueira et al., 2007).

A prestação de cuidados nas unidades de convalescença é garantida por uma equipa multidisciplinar das áreas de saúde e da acção social. Sendo que a finalidade é a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos.

Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. (art.13º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho).

O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. Os utilizadores desta unidade são doentes oriundos de outras respostas da rede, de instituições de saúde e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento. Neste sentido, os critérios de admissão nesta unidade de internamento são: (1) a necessidade de controlo de sintomas, difícil de realizar no domicílio; (2) a necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento, para melhoria e/ou manutenção das capacidades; (3) a necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento; (4) a necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais; e, (5) a impossibilidade, por ausência de recursos sociofamiliares, de uma pronta reinserção na comunidade (Cuidados Continuados, 2010).

Os objetivos destas unidades são, 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.

Ambas as unidades de internamento têm espaços próprios, em distintos pisos, constituídos por 10 quartos com capacidade para 17 camas. Os cuidados disponibilizados aos utentes internados na unidade de cuidados continuados integrados (UCCI) são: cuidados médicos, de enfermagem, de fisioterapia, terapia ocupacional e da fala, apoio psicológico e psicossocial, prescrição e administração de fármacos, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer. Estes cuidados são assegurados por uma equipa que se rege pelo princípio da multidisciplinidade e que trabalha nas duas unidades de CCI existentes nesta instituição, obedecendo a rigorosas condições de funcionamento, fundamentais para garantir uma maior eficiência e qualidade de serviços prestados.

1.3- Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

A psicologia da saúde dá relevância à promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças (Simon, 1993). 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 (APA, 2004).

Os psicólogos da saúde, aumentam a consciência das condições de saúde mental e física entre os utentes e os prestadores de cuidados, reduzindo o estigma da doença mental, desafiando pressupostos comuns sobre utentes com sintomas de saúde mental e provedores educados em várias outras disciplinas. Também trabalham para identificar, compreender e tratar os fatores psicossociais envolvidos nas doenças médicas e desenvolver programas para incentivar mudanças de estilo de vida que promovam a saúde. Os psicólogos destacam também as perspectivas étnicas e psicológicas sobre a doença, os métodos de tratamento e a natureza dos resultados, ajudando outros profissionais a entender os significados que os utentes atribuem às doenças e aos cuidados de saúde (Thielke, Thompson, & Stuart, 2011).

Teixeira (2004) afirma que os psicólogos da saúde que trabalham nos cuidados de saúde primários podem desenvolver vários tipos de atividades em diversos contextos, como: (1) atividades de promoção da saúde e prevenção; (2) consulta psicológica centrada na avaliação e/ou intervenção no âmbito, por exemplo, da mudança de comportamentos e prevenção, confronto e adaptação à doença, stresse induzido por exames e tratamentos médicos, crises pessoais e/ou familiares; (3) cuidados continuados; (4) humanização e qualidade; (5) investigação e formação.

Como referido, este hospital integra a RCNNI implicando que os psicólogos forneçam serviços clínicos e de saúde tanto para utentes internados quanto para os ambulatoriais, bem como para novos utentes que precisam de avaliação (Wahass, 2005), nomeadamente avaliação neuropsicológica.

Malloy-Diniz, Fuentes, Mattos, Abreu & colaboradores (2010) referem que o neuropsicólogo tem por objetivo principal correlacionar as alterações observadas no comportamento do paciente com as possíveis áreas cerebrais envolvidas, realizando, essencialmente, um trabalho de investigação clínica que utiliza testes e exercícios neuropsicológicos. Ou seja, o neuropsicólogo trabalha com enfoque diagnóstico, seja para a descrição das alterações cognitivas em determinada doença, seja para o diagnóstico diferencial.

No contexto da reabilitação neuropsicológica, o papel do neuropsicólogo passa numa primeira fase, por avaliar as repercussões da lesão cerebral e o seu impacto nas capacidades cognitivas, desordens de comportamento e/ou de personalidade, e problemas psicoafectivos. Durante o primeiro ano após a lesão, a consciência sobre os défices ou mudanças de personalidade estão normalmente afectadas, havendo uma correlação positiva entre gravidade da lesão e perda de consciência de si (Prigatano, 1999).

Deste modo, o neuropsicólogo deverá apoiar na construção de uma nova consciência de si, uma nova identidade que promova a autonomia social e maior qualidade de vida. A avaliação deve ser feita, no sentido, não só de recolher informação sobre o desempenho cognitivo do paciente, mas também ajudar na compreensão das mudanças consequentes da lesão. Assim sendo, considera-se o momento de avaliação como o primeiro momento do processo de reabilitação, onde desde logo é necessário intencionalizar a intervenção (Prigatano, 1999).

O papel do neuropsicólogo neste contexto de UCCI distingue-se também pelas exigências que cada unidade oferece. Na UC o neuropsicólogo atua de forma interventiva intensiva, potenciando ao máximo a autonomia e funcionalidade global do utente, ao paço que na UMDR o papel do neuropsicólogo passa acima de tudo pela manutenção da função cognitiva, do estado motivacional e psicoemocional do utente, de forma a que estes colaborem e potenciem a intervenção multidisciplinar de que são alvo.

Capítulo II – Descrição das principais atividades de Estágio

2.1- Reuniões de Orientação e Supervisão

As reuniões de orientação foram imprescindíveis e decorreram ao longo de todo o estágio. Aconteceram com uma periodicidade praticamente diária, que se baseavam inicialmente no esclarecimento de dúvidas acerca do hospital, da RNCCI (a que pertence a unidade de convalescença e a unidade de média duração e reabilitação) em que me inseria e dos respectivos objetivos gerais do estágio, posteriormente tiveram como objetivo reunir e debater sobre os casos novos, as avaliações e os acompanhamentos que iam sendo realizados, os planos de intervenção a definir, os instrumentos mais adequados e respetiva interpretação e cotação, sobre o grupo de estimulação cognitiva e das atividades que foram sendo realizadas. Além das reuniões de orientação no local de estágio foi realizada a supervisão do mesmo com a professora responsável. As reuniões de supervisão realizaram-se quinzenalmente com os objetivos de esclarecimento das dúvidas relativas ao estágio, debates sobre os casos clínicos em acompanhamento, descrição das atividades de estimulação cognitiva fomentadas em contexto hospitalar, assim como da participação na organização de ações de formação para a comunidade hospitalar.

2.2- Formação complementar

Outras das dinâmicas fulcrais foram as formações em que a estagiária teve a oportunidade de participar e inclusive realizar (em anexo os certificados de participação).

A primeira formação em que a estagiária participou como facilitadora de toda a organização foi relativa à temática de “Estratégias facilitadoras de deglutição: Disfagias”, foi uma sessão apresentada pelos profissionais de saúde de terapia da fala, onde inicialmente foi aprofundado as implicações, as alterações/mudanças a que estes utentes estão expostos assim como os métodos que são aplicados, as precauções que devem ser tomadas e os sintomas de alerta. Os profissionais de saúde foram ainda

instruídos acerca das implicações alimentares, sociofamiliares e psicoemocionais da disfagia, bem como das estratégias para atenuar os efeitos psicológicos dessa condição.

A segunda formação recebida foi relacionada com o tema “Posicionamento na cadeira de rodas, leito e ensinamentos ao cuidador” e foi ministrada pelos profissionais de saúde de fisioterapia. Manifestou-se de grande interesse, visto que para além de ensinar técnicas úteis com os utentes que estão nesta situação e em consulta podem precisar de apoio, também se revelou útil para responder a algumas questões pertinentes que ainda não haviam sido exploradas, como o facto de que maioritariamente os utentes do hospital numa fase aguda dão entrada predominantemente em cadeira de rodas ou mesmo em maca, nunca foi explorado minuciosamente o impacto que esta situação terá a nível do bem-estar psicológico, assim como a influência que terá a nível da motivação e colaboração para o processo de reabilitação.

A terceira e última formação foi ministrada pela própria estagiária em colaboração com a terapeuta da fala com o título de “Estratégias de comunicação e relacionamento interpessoal e interprofissional”. Esta formação foi dirigida a todos os profissionais de saúde do hospital, em que se denotou que a maioria dos participantes foram os enfermeiros e auxiliares. Esta formação foi especialmente útil no sentido em que permitiu ao grupo compreender e exercitar diversas técnicas e estratégias para desenvolver o relacionamento com os utentes e para com os outros profissionais de saúde, assim como para instruírem-se de técnicas de gestão de conflitos entre a equipa, visto que à algum tempo que se tem vindo a revelar a presença de um ambiente com alguma incompatibilidade e discórdia entre alguns membros da equipa (em Anexo B o Power Point da formação “Estratégias de comunicação: Relacionamento interpessoal e interprofissional”).

2.3- Observações de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Aquando do início do estágio foi possibilitado à estagiária, a observação da administração das provas do protocolo desta instituição, bem como de intervenções que já se encontravam a decorrer. A oportunidade de observar os profissionais experientes que já se encontram familiarizados com a avaliação psicológica e respetivos testes de

protocolos a integrar possibilitou um maior desenvolvimento e aprendizagem para futuramente quando confrontada com o mesmo contexto.

2.4- Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Após a experiência de observação, foi iniciada a fase de avaliação psicológica de forma autónoma, que neste caso seria uma avaliação transversal a todos os utentes que davam entrada na Unidade de Cuidados Continuados. Para além do protocolo de avaliação inicial que já era definido pelo hospital, para colmatar todas as informações necessárias também se procedia à recolha da anamnese, com principal ênfase na exploração da vida pessoal, familiar e social do utente.

As avaliações psicológicas e neuropsicológicas constituem-se como processos fundamentais para a prática de profissionais de saúde, contribuindo não apenas para o diagnóstico, mas também para o desenvolvimento de programas ou estratégias interventivas adequadas e individualizadas (Tavares, 2010). Ao nível da prática clínica, a avaliação neuropsicológica tem provado a sua eficácia no apoio ao diagnóstico, no auxílio à decisão terapêutica mais adequada e na monitorização do processo de reabilitação e de tratamento (Mendes, 2014).

A Avaliação neuropsicológica consiste no método de investigar as funções cognitivas e o comportamento. Trata-se da aplicação de técnicas de entrevistas, exames quantitativos e qualitativos das funções que compõem a cognição abrangendo processos de atenção, percepção, memória, linguagem e raciocínio (Malloy-Diniz, Fuentes, Mattos, Abreu & colaboradores, 2010). Harvey (2012) refere que uma avaliação neuropsicológica pretende alcançar objetivos, como, criar informação diagnóstica para a deteção problemas neurológicos; contribuir para o diagnóstico diferencial entre demência ou outras condições psiquiátricas ou neurológicas; avaliar o potencial funcional de cada indivíduo; monitorizar o curso de condição neurodegenerativa; avaliar as respostas aos tratamentos; e para finalizar, avaliar o grau de recuperação funcional.

Foram realizadas no total 62 consultas de avaliação psicológica e neuropsicológica. Posteriormente à administração das provas do protocolo estabelecido pela instituição, era realizada a cotação e interpretação dos mesmo com a posterior realização do

respetivo relatório para ser colocado em aplicativo e transcrição das informações pedidas no registo do processo clínico para a Ficha de Psicologia Clínica (Anexo C). Apesar da existência de um vasto leque de testes psicológicos e neuropsicológicos disponíveis, os testes que faziam parte do protocolo de avaliação psicológica estavam definidos pelo hospital e eram somente o Mini Mental State Examination (MMSE) e sempre que se justificava era incluída a Geriatric Depression Scale – 30 (GDS-30).

No entanto após se realizar a avaliação inicial à data de entrada, verificava-se a necessidade de fazer uma avaliação mais pormenorizada e para este efeito foram aplicados outros instrumentos (testes e/ou escalas) como o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), o Teste Desenho do Relógio, o Teste de fluência verbal, o Teste de Barcelona, o Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de ansiedade de Zung, a Bateria de Lisboa para Avaliação de Demências (BLAD), Alzheimers Disease Assessment Scale – Cognitive (*ADAS-Cog*). Salienta-se que a seleção das provas que foram aplicadas na avaliação inicial (MMSE e GDS) tem por base o protocolo definido pela RNCCI e pelo hospital, enquanto os restantes instrumentos resultavam de pedidos dos profissionais de saúde, maioritariamente de propostas da estagiária e das orientadoras.

Para uma avaliação eficaz dos utentes fazia parte a análise do funcionamento psicológico geral, tendo em consideração a orientação auto e alopsíquica, a capacidade de insight, o estado psicoemocional, a qualidade do discurso, a postura e o comportamento, a existência de alterações identificadas pelo utente, a sua adaptação ao internamento e situação clínica, assim como o grau de motivação e colaboração para o processo de reabilitação.

2.5- Dinamização de Estimulação Cognitiva para Sêniores

Este local de estágio tem a particularidade de ser constituído por uma população com idades mais elevadas, maioritariamente por utentes com mais de 60 anos. Exatamente por esta questão, um dos testes que constitui o protocolo de avaliação de entrada é o MMSE com o objetivo de avaliar a presença de défices cognitivos. Ao longo destas avaliações foram vários os utentes que manifestaram comprometimentos cognitivos,

tornando-se assim imprescindível a existência de uma intervenção grupal adequada e contínua.

Os Programas Estimulação Cognitiva visam a prevenção ou diminuição do declínio cognitivo global, causado pelas doenças neurodegenerativas progressivas, como são as demências (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009). Paralelamente, têm como objetivo estimular diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a percepção, o raciocínio, o pensamento, a linguagem, a capacidade visuoespacial e a associação de ideias. Ao estimularmos as funções cognitivas pretendemos melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos e aumentar a interação social do idoso (Gonçalves, 2012).

A intervenção cognitiva em idosos tem objetivos de manter as funções existentes e permitir que compensem as funções comprometidas (Singer, Linderberger & Baltes, 2003). O envolvimento em atividades cognitivas como a prática de jogos e a leitura, parece favorecer a manutenção da saúde cognitiva, exercitando a memória, a atenção, a linguagem, comportamentos e capacidades motoras, o planeamento e o julgamento (Butler, Forette & Greengross, 2004).

A proposta apresentada era destinada a utentes da Unidade de Cuidados Continuados do hospital, de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos exclusivamente em prolongamento social e com um MMSE com valor que indicava evidência de défices cognitivos clinicamente significativos/comprometimento cognitivo em pelo menos dois domínios cognitivos. Já critério de exclusão foi a existência de comprometimentos severos a nível motor, de linguagem, auditivo ou visual, que impedissem a participação e a realização das atividades, bem como não podiam ter antecedentes psiquiátricos.

Os principais objetivos deste grupo de estimulação cognitiva, consistiram em estimular os utentes cognitivamente, melhorar a qualidade de vida, supervisionando a saúde cognitiva e a prevenindo a deteriorização cognitiva na população idosa, estimulando diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a percepção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, e a capacidade Visuoespacial. Deste modo, os objetivos seriam promover e conservar as funções cognitivas que estão preservadas, e promover e reabilitar as funções que estão comprometidas.

O grupo de estimulação cognitiva teve início a 15 de Fevereiro e terminou no final de maio, tendo sido realizadas 12 sessões com regularidade semanal (com exceção de algumas sessões que foram alteradas por impossibilidade de espaço ou mesmo de horário), maioritariamente às terças-feiras, frequentemente das 16h30 às 18h00. O grupo foi constituído inicialmente por 4 elementos, mas devido à dificuldade de alterar os utentes de pisos não foi possível manter um dos elementos no grupo.

As sessões foram levadas a cabo de forma autónoma pela estagiária, sempre com a supervisão e acompanhamento das Psicólogas da unidade. O trabalho da estagiária passou por definir os instrumentos de pré e pós testes e os critérios de inclusão e exclusão, selecionar os participantes e elaborar e por em prática todas as sessões, tendo em conta as necessidades que tinham sido denotadas por toda a equipa. Em muitas sessões também foram produzidos recursos próprios, como exercícios e jogos didáticos, adequados a cada uma das áreas que era necessário estimular, trabalhar e desenvolver. No anexo D podemos encontrar uma sumarização de todas as sessões.

As sessões estruturaram-se da seguinte forma: (1) Sessão de apresentação, onde foram definidos os objetivos gerais e específicos, primeiramente com uma breve apresentação pessoal de cada um dos utentes (nome, idade, localidade) de seguida com a partilha de experiências vividas, e psicoeducação sobre estimulação cognitiva (visionamento de um vídeo sobre défices cognitivos); (2) Continuação da psicoeducação sobre as temáticas (áreas a trabalhar) da estimulação cognitiva, e estimulação da atenção e concentração; (3) Estimulação da orientação alopsíquica (terapia de orientação para a realidade), atividades de vida diária, exercícios de nomeação de imagens e objetos; (4) Estimulação das competências de linguagem (evocação, nomeação e copia), Atividades de execução e compreensão de ordens, atividade de palavras cruzadas; (5) “Os sentidos” - Estimulação das competências Gnosias (funções perçetivas), reconhecimento visual, auditivo e tátil; (6 & 7) Memória (descrição de acontecimentos importantes, jogo de conhecimento (cultura) geral); (8) Competências práticas (figuras geométricas, jogos de mímica e de espelho); (9) Funções executivas (semelhanças, diferenças); (10) sequências de ação relacionadas com atividades de vida diárias controlo inibitório, cálculo; (11) Músicas e Provérbios populares; (12) sessão de encerramento

Para a avaliação da eficácia da intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos: (1) Teste do Desenho do Relógio (Shulman et al.,1993; Duro, et al., 2012) que está

associado à avaliação da função visuoespacial e das capacidades visuoespaciais; (2) Teste de Fluência Verbal (categorias) (Brucki, Malheiros, Okamoto & Bertolucci, 1997) consiste em avaliar, em um minuto, o maior número de palavras verbalizadas pelo utente, avalia o componente semântico (é solicitado que o utente fale o maior número de palavras de acordo com uma determinada categoria, como nome de animais em um minuto); (3) MoCA - Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al., 2005; Simões et al., 2008; Freitas, Simões, Santana, Martins, & Nasreddine, 2013), constitui um instrumento breve de rastreio cognitivo e avalia oito domínios cognitivos como Função Executiva, Linguagem, Orientação, Capacidade Visuo-espacial, Memória, Atenção, Concentração e Memória de trabalho.

A avaliação da eficácia da intervenção foi feita através de uma avaliação quantitativa, com pré e pós teste, onde se constatou, de um modo geral, melhorias em todas as funções avaliadas num intervalo entre 0.5 e 1 ponto. Os utentes em que os défices cognitivos não eram tão demarcados evidenciaram melhorias mais significativas que os restantes elementos do grupo.

Em suma, constatamos que os objetivos que foram previamente definidos se concretizaram, com principal ênfase nas competências atencionais, funções executivas e capacidades visuoespaciais.

No grupo de utentes de estimulação cognitiva, foi possível verificar através dos pré-testes e pós-testes que a evolução mostrou-se positiva, embora pouco significativa e não equivalente em todos os casos. No entanto, denotou-se um elevado grau de motivação e colaboração, na aquisição e exploração das aprendizagens adquiridas nas sessões.

Esta intervenção para além de positiva foi produtiva na medida em que proporcionou aos utentes, em situação de prolongamento social, um acompanhamento continuado e adequado às suas necessidades.

2.6- Dinamização das “Quintas Cognitivas”

Foi proposto a dinamização de atividades de estimulação cognitiva para os utentes da UC e UMDR do hospital, visto que grande parte da população afeta à UCCI tem algum tipo de défice cognitivo ou psicopatologia associada. Com a situação dos

prolongamentos sociais, os utentes aumentam o período de internamento (por vezes até longos meses), o que agrava a probabilidade de existir um maior declínio a todas as áreas. Segundo Sequeira (2010), a inexistência de um cuidador informal ou a incapacidade para o desempenho do papel, leva a que, a prestação de cuidados recaia sobre as instituições de saúde e de apoio social, às quais estão associados custos exorbitantes para todos.

No contexto dos cuidados na RNCCI, a dependência “é a situação em que se encontra na pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária” (Decreto-Lei n.º 101, de 6 de Junho, 2006, p.3857).

Quando a população idosa é admitida no hospital devido a um problema de saúde agudo, correm um maior risco de declínio funcional, tanto durante a hospitalização como após a alta (Hansen, Mahoney & Palta, 1999). Os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições; a falta de estímulos (cognitivos, físicos e sociais) nestes contextos acelera o processo de envelhecimento (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009). Já Quintela (2001) defende que muitos idosos em instituições estão mais propensos ao sedentarismo, em resultado da falta de actividades que estimulem as áreas cognitiva, social e física.

Estas atividades semanais de estimulação cognitiva tiveram início em fevereiro, com frequência semanal e alternando entre os dois pisos da Unidade de Convalescência e da Unidade de Média Duração e Reabilitação, foram construídas, concretizadas e dinamizadas pela estagiária, assim como elas suas orientadoras com o apoio esporádico da técnica social. O horário era às quintas-feiras, no turno das 14h00 às 16h00 e outro das 16h30 até as 18h30 em diferentes pisos, exceto quando exigia a colaboração de profissionais externos ao serviço que envolviam datas específicas com horário mais alargado.

Os principais objetivos destas atividades consistiram em estimular as diversas áreas cognitivas comprometidas e promover as áreas preservadas, assim como fazer a

supervisão e prevenção da deterioração cognitiva dando ênfase na população idosa (sendo a mais frequente na RNCCI), estimulando diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a percepção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, e a capacidade viso espacial.

Estas atividades tiveram impacto no apoio psicoemocional, de forma a promoverem o bem-estar psicológico e a qualidade de vida. A promoção de autonomia e das atividades de vida diárias foram outros aspetos fundamentais onde se notou que o uso destas mesmas atividades contribuíram no momento da alta.

Parte do trabalho da estagiária foi de apoiar, cooperar, contribuir e auxiliar no planeamento das atividades e na realização das mesmas em conjunto com toda a equipa multidisciplinar mas principalmente com os profissionais de psicologia e serviço social. Foi necessário planear qual a atividade iria ser executada e em que datas, assim como determinar os materiais necessários, os objetivos, os horários, quais os recursos que seriam necessários. No Anexo E podemos encontrar os planeamentos das atividades das quintas cognitivas.

As atividades foram concretizadas por pisos, com a exceção das datas festivas serem realizadas conjuntamente.

Durante este período foram realizadas as seguintes atividades: Bingo; Cubo, Tarde Musical com a participação de uma funcionária na guitarra; Macaca Vivencial (eram partilhados momentos referentes a um período de vida deles, associados ao número que saísse aleatoriamente) e Higienização das mãos. Em conjunto com os vários pisos foram concretizadas atividades como as Janeiras, a celebração do “Dia Mundial da Dança” (participação de um professor com músicas e coreografias direccionadas a séniores); atividade intergeracional (no dia mundial da criança proporcionamos um encontro de gerações (utentes e crianças) e respectivas trocas de lembranças elaboradas pelos mesmos); Atividade de Dia de S. João (desfile de São João com projetos de arcos e manjericos, construídos e desenhados por cada um dos utentes, com uma quadra alusiva à data, seguido da coroação da miss e do mister de S. João).

2.7- Consulta Psicológica Individual

Foram realizadas cerca de 62 consultas de avaliação neuropsicológica e 52 consultas de apoio/accompanhamento psicológico ao longo do estágio. No Anexo F é possível encontrar uma descrição resumida dessas mesmas avaliações e acompanhamentos.

A consulta psicológica deste local de estágio assenta essencialmente na avaliação inicial realizada a todos os utentes e posteriormente no acompanhamento dos mesmos, sendo que a periodicidade dos acompanhamentos varia em concordância com a necessidade de acompanhamento de cada caso, dando especial atenção às temáticas mais pertinentes a serem exploradas e trabalhadas.

Relativamente às problemáticas mais frequentes, nesta unidade, pode-se destacar diversas patologias como doenças neurodegenerativas, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's), Traumatismos Cranioencefálicos (TCE's), doenças pulmonares crónicas, doença psiquiátrica, fraturas resultantes de quedas (com e sem TCE associado), entre outros que não são tão frequentes, mas que diversas vezes interferem diretamente com a saúde mental do utente.

As alterações do foro psicológico mais frequentemente encontradas estavam relacionadas com sintomatologia depressiva e ansiosa, à incapacidade de se adaptar à sua condição clínica e respectivas limitações, assim como expectativas desajustadas e falta de motivação para continuar o processo de reabilitação. Outras alterações frequentemente encontradas que afetam o utente são as situações familiares e sociais desadequadas que dificultam a reintegração do utente na comunidade e nas AVD's que mantinha antes do internamento. Ainda assim as alterações mais frequentes nesta unidade foram os declínios cognitivos (muitos deles associados a quadros demenciais) com principal ênfase na desorientação auto e alopsíquica.

Teixeira (2004) afirma que parte significativa das intervenções clínicas em psicologia da saúde devem focalizar 3 principais áreas: (1) promoção da saúde e prevenção, com destaque para intervenções de supressão tabágica, de álcool e drogas, promoção de comportamentos alimentares saudáveis, mudança de comportamentos sexuais de risco; (2) efeitos do stress sobre a saúde, através da promoção de estratégias de confronto (coping) adequadas e/ou da melhoria da utilização do suporte social, incidindo sobre confronto com procedimentos médicos (cirurgia, cateterismo cardíaco, quimioterapia),

controlo de sintomas (dor crónica, cefaleias), gestão do stresse (doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, doenças psicossomáticas), adaptação à doença crónica, adesão a tratamentos médicos e a atividades de autocuidados, melhoria da informação em saúde e da comunicação do utente com os técnicos de saúde, intervenção familiar e, (3) prestação de cuidados psicológicos a indivíduos com perturbações mentais (depressão, doença bipolar, perturbações fóbicas, neuroses, doença de Alzheimer, etc.), incluindo as avaliações psicológicas, promoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamento psicológico e reabilitação psicossocial.

Confirma-se, assim, que a intervenção e o acompanhamento psicológico ao utente, dependem das problemáticas identificadas, sendo estas posteriormente orientadas para distintas competências, sendo elas a supervisão do estado psicoafectivo e cognitivo, monitorização de sintomas depressivos e ansiosos, apoio psicoemocional (escuta ativa e validação, estratégias de autocontrolo emocional); psicoeducação acerca dos vícios; estimulação cognitiva adaptadas às necessidades dos utentes (e.g. exercícios de reestruturação cognitiva); consciencialização e gestão das expetativas; manutenção e promoção do estado motivacional no processo de reabilitação e promoção da adesão terapêutica; conceção de estratégias de coping; apoio persistente e contínuo na preparação para o momento da alta, para que a reintegração do utente na sociedade seja facilitada.

2.8- Estudo De Caso

Identificação

NT nasceu a 31 de Julho de 1937, é do sexo feminino, tem 80 anos, é solteira, residia na rua de Ourique nº 24, Porto. Estudou até a 4ª classe de escolaridade, sendo que grande parte da sua vida trabalhou na drogaria dos pais, tendo cessado atividade algum tempo antes do internamento hospitalar. De momento está reformada.

Motivo e Pedido

NT deu entrada neste hospital, na unidade de média duração e reabilitação a 21 de Março de 2017. Proveniente de outro hospital público do serviço de medicina, com diagnóstico de TCE em provável contexto de instalação súbita de hemiparesia após queda da própria altura, com hemorragia sub Aracnoídea, após queda provável enfarte talâmico direito e epilepsia vascular. NT apresenta como antecedente psicopatológico um quadro demencial, atualmente com medicação Psicofarmacológica em SOS a Risperidona e Memantina (utilizada no tratamento da doença de Alzheimer), foi alterada á pouco tempo, mais ou menos desde Março/Abril devido ao visível declínio das funções da utente e à incapacidade de controlar com anterior medicação, sendo que já não surtia o efeito pretendido.

Não existiu um pedido formal expresso pela utente, mas foi identificado pela equipa multidisciplinar que a tem acompanhado, a necessidade de intervenção ao nível cognitivo devido ao agravamento demarcado da presença de défices mnésicos e de compreensão.

História de Vida

Apresenta como antecedentes pessoais Dislipidemia, DM II, Epilepsia vascular sequelar, pneumonite de aspiração e síndrome demencial.

NT até a data de entrada no hospital, vivia sozinha, completamente autónoma nas suas atividades de vida diária, numa habitação que pertencia aos pais e que de momento é de uma das suas irmãs embora com ‘reserva de vida’ à utente.

É a primeira filha de uma fratria de 4 filhas (tendo elas diferenças de idade de 4 anos entre cada uma), pensa-se que foi uma gravidez tranquila, desejada e planeada, sem problemas associados conhecidos, nasceu por parto eutócico e sem complicações conhecidas, embora NT não se recorde de muitos pormenores “eu não me lembro, mas a minha mãe dizia que tinha corrido tudo normal, correu bem... ” (sic). A utente afirma que não falavam muito desses assuntos e também não se lembra de muitos dos relatos da mãe sobre essa altura, mas que tem ideia de que foi uma gravidez normal, demarcada por calma e felicidade, e que a relação entre os pais seria estável “os meus pais sempre

se deram bem, nem me lembro de discutirem ...” (sic). Relativamente ao desenvolvimento psicomotor (motricidade, linguagem e controle de esfíncteres), tudo decorreu dentro dos parâmetros normativos, não se tendo registado doenças relevantes ao longo do seu crescimento. A infância da utente decorreu sem quaisquer acontecimentos relevantes, contudo, afirma que não tem muitas recordações dessa altura “ não me lembro bem, mas sei que tinha um papagaio que cantava muito...” (sic). Apesar de tudo esclarece que apesar de difícil foi uma altura muito feliz “não tinha tempo para brincar, antigamente era diferente, ia para a escola e quando voltava tinha de ajudar em casa os meus pais, porque eu era a mais velha, mas eu acho que era feliz...”. No que concerne à aprendizagem, NT refere que adquiria os conhecimentos com facilidade, descrevendo a sua aprendizagem na escola como muito boa. “Eu gostava de ter estudado mais, mas o meu pai dizia que a escola não era para as meninas e que eu tinha de ajudar em casa a cuidar das minhas irmãs...” e “eu gostava de ter estudado e de ter seguido medicina, mas eu sabia que não podia ...” (sic).

Quanto à adolescência, a utente menciona que não ocorreram acontecimentos de relevância. O seu desenvolvimento nesta fase de vida decorreu dentro da normalidade. “Era uma rapariga normal, a minha mãe era um bocadinho dura comigo, já o meu pai era mais mole...” (sic). Nunca teve nenhum relacionamento amoroso, diz que a sua mãe era rigorosa e não gostava que ela fala-se com rapazes “ela não era má comigo, mas era assim rígida e dizia que os rapazes queriam era gozar com as raparigas...” (sic), apesar disso NT não revela nenhum arrependimento, diz só que com o passar do tempo se sentia mais sozinha. “ As minhas irmãs foram crescendo, cada uma arranjava o seu namorado e depois casavam, e eu fiquei sempre para trás, até que todas fizeram as suas vidas e eu fiquei com os meus pais...” (sic).

Da história adulta de NT, o que se sabe é que a mesma nunca se casou, nem teve namorados, vivia com os pais e posteriormente sozinha. Trabalhava no estabelecimento dos pais juntamente com os mesmos. Quando questionada sobre o falecimento dos pais, refere não saber as idades que eles tinham na altura, mas que foi ela que cuidou deles.

A nível do seu percurso profissional NT sempre ajudou em casa nas atividades domésticas e mais tarde na droguaria que os pais tinham, segundo os registos de informação social do hospital anterior, porque a utente não se lembra, exceto numa das

sessões, que se recordou de uma drogaria vagamente. ‘ ‘ Sempre ajudei em casa, a cuidar das minhas irmãs e a costurar as roupas lá de casa, e depois a cuidar dos meus pais, mas nunca fiz mais nada...’ , ‘ ‘Drogaria? Não, nunca tive em nada disso. Mas o que é uma drogaria? ...’ (sic), na sessão que se recordou vagamente, só sabia explicar que os pais realmente tinham um estabelecimento ‘ ‘ sim, eu as vezes ia até lá ajudar o meu pai, mas nem sei bem o que fazia lá ...’ (sic).

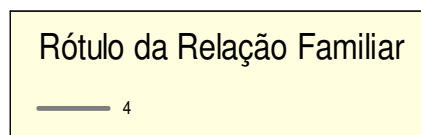
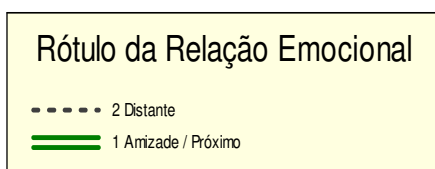
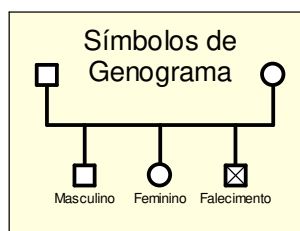
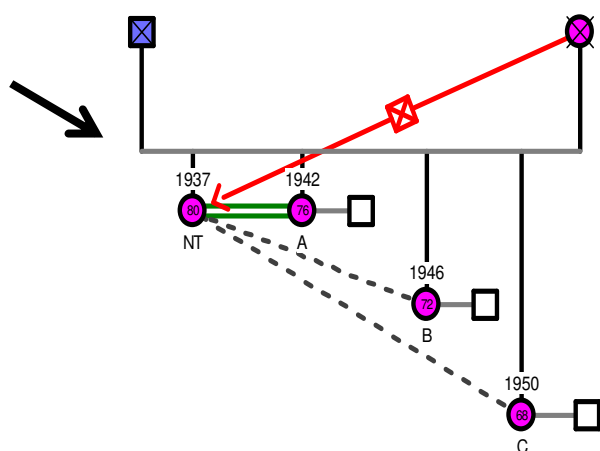
No que concerne a história social e segundo os registos de informação social do hospital, NT ainda no internamento do hospital anterior, foi sinalizada ao Ministério Público com pedido de interdição.

Neste internamento, a utente inicialmente expressava o desejo de no momento da alta ir viver com a sua irmã ou que a sua irmã fosse viver consigo (M^a Celeste, com quem tem maior proximidade), mas durante este período nenhuma das irmãs se mostrou disponível para atendimento, assim como nunca demonstraram disponibilidade para assumir cuidados ou serem a sua representante, também nunca recebeu visitas das mesmas nem de outros familiares significativos ou amigos, exceto de uma das suas 3 irmãs (M^a Celeste) que a visita, embora muito esporadicamente (ao longo deste período só a visitou uma vez). Na 1^a fase deste processo NT revelava-se muito incomodada com esta situação ‘ ‘tenho muitas saudades das minhas irmãs, nem sei se ainda são vivas, só queria saber se elas estão bem ...’ (sic). Ao longo do processo NT deixou de falar sobre este assunto, mostrando alienada com esta situação e com desinteresse em relação aos familiares ‘ ‘as minhas irmãs devem estar bem, elas têm as vidas delas, nunca fomos muito próximas ...’ (sic).

Depois da interdição do Ministério Público, verificou-se que a casa onde NT residia permitia que estranhos conseguissem aceder ao seu interior, logo procederam a medidas para que tal não acontecesse. Também verificaram que o edifício carecia de obras. Em Outubro uma das suas irmãs confirmaram os receios do Ministério Público, a habitação e a drogaria que pertencia a NT teriam sido vandalizados.

Como nenhum dos familiares significativos se mostrou disponível para colaborar no processo, estas informações foram exploradas junto de relatórios sociais e explorados pela utente, o que dificulta a confirmação da veracidade dos fatos, bem como da exploração aprofundada de fatos da sua história de vida.

Genograma familiar



Avaliação Psicológica- Processo de Avaliação Psicológica

A utente apresenta uma estrutura média-baixa, com peso acima da média (ao longo do acompanhamento verificou-se um ganho significativo de peso), olhos castanhos quase sempre meios fechados com marcada sensibilidade à luz (passa grande parte do seu dia a dormir no quarto ou mesmo na sala de convívio), cabelo grisalho e sempre solto. O seu vestuário era descontraído, quase sempre com a mesma camisola de pijama e com uma saia abaixo do joelho, exceto as vezes em que as auxiliares persistiam em vestir-lhe outras roupas (mas muito similares a estas). Aparentou ter os cuidados de higiene que lhe eram prestados pelos auxiliares e enfermeiros, demonstrando despreocupação e descuido relativamente aos restantes cuidados (revela desinteresse em cuidar da sua aparência- tanto do cabelo, como das unhas).

O decorrer das consultas foi marcado por aparente evolução de sonolência e desorientação, com contato ocular e comportamento adequados, e com uma postura calma. Apresentava um discurso que variava entre fluido e organizado, e o confuso e

Identificado. Apresentou-se sempre colaborante e motivada no processo. Participou ativamente em todas as avaliações e intervenções que lhe foram propostas, mostrando-se empenhada e querendo fazer sempre mais, exceto com a evolução do seu estado de sonolência, verificava-se muito cansaço e pouco interesse.

Inicialmente começou-se por reavaliar o estado mental da utente, comparativamente com os mesmos testes que foram aplicados à data da entrada na unidade (em anexo G as provas complementares).

Foi reavaliada com o Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975), sendo um dos testes que constituiu o protocolo de avaliação deste hospital, é um instrumento de rastreio de declínio cognitivo e segundo Guerreiro et al (1994) na tradução e adaptação para a população portuguesa o valor de corte para a detecção de défice cognitivo correspondente à sua escolaridade é de 22 pontos. Neste teste de despiste/screening no registo da avaliação inicial (a 23 de Março de 2017) verificou-se a pontuação de 17 num total de 30 itens, evidenciou dificuldades nas áreas de atenção/ cálculo, linguagem (evocação espontânea e escrita) e nas capacidades visuoespaciais. Na reavaliação a 21 de Novembro de 2017, obteve a pontuação de 15 no total de 30 itens, evidenciando dificuldades ao nível da atenção/cálculo, linguagem (evocação espontânea), cumprir ordens complexas, nas capacidades visuoespaciais, e verificava-se maior desorientação.

Outro instrumento que faz parte do protocolo de avaliação, é a escala de depressão geriátrica a versão portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003), traduzida e aferida a partir da Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983; versão portuguesa, Veríssimo, 1988) que avalia os sintomas depressivos. É composta por 30 itens, com resposta dicotómica (sim ou não). Uma pontuação entre 0 e 10 traduz “ausência de depressão”, entre 11 e 20 indica “depressão ligeira” e, no intervalo entre 21 e 30 sugere a presença de “depressão grave”. No momento da entrada não se verificava a necessidade de avaliar devido à ausência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa, na reavaliação verificou-se que a utente estava mais triste, com discurso e expressão facial decorrente de estar psicoemocionalmente deprimida, registando-se uma pontuação de 14 (depressão ligeira). Decidiu-se explorar esta depressão ligeira, aplicando a Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) que obteve como resultado 9 numa pontuação de 63, logo não se verifica a presença de

sintomatologia de carácter depressivo. Para além da BDI também se explorou a sintomatologia mais ansiosa através da aplicação da Escala de Ansiedade de Zung (Zung, 1971) que obteve pontuação 27 num total de 80, logo a utente não manifesta ansiedade e os resultados mais elevados a nível vegetativo podem ser interpretados como limitações físicas e a nível cognitivo pode ser justificado por a utente não ter uma rotina dentro da sua expectativa desejável.

Para explorar os défices cognitivos foi aplicado o MoCA (Montreal Cognitive Assessment) (Nasreddine et al., 2005; Simões et al., 2008; Freitas, Simões, Santana, Martins, & Nasreddine, 2013), que obteve de pontuação 15 num total de 30 pontos, estes resultados apontam para um défice global no funcionamento cognitivo, com maior comprometimento das seguintes áreas visuo-espacial e executiva, na atenção (cálculo), fluência verbal, memória (evocação diferida) e orientação.

A *Bateria de Lisboa para Avaliação de Demências (BLAD; Guerreiro, 1998)* é uma bateria utilizada na avaliação neuropsicológica da deterioração cognitiva em adultos idosos, com a possibilidade de avaliar diferentes funções cognitivas (Guerreiro, 1998). Foram aplicadas as subprovas da (corte dos A's; memória de números; iniciativa e perseveração; motor; Grafomotor; Linguagem; orientação; memória verbal com interferência; memória associativa de palavras; informação; memória lógica; aritmética; matrizes progressivas Raven) demonstrando que existe a evidência de défices ligeiros a moderados nas áreas de atenção, funções executivas e memória.

Por último foi aplicado a subescala da ADAS (Rosen, Mohs, & Davis, 1984), a ADAS-Cog que é uma bateria neuropsicológica breve desenvolvida para caracterizar o desempenho cognitivo de doentes com Doença de Alzheimer (DA). Avalia as funções tipicamente mais comprometidas na DA considerando os seguintes domínios cognitivos: memória, orientação, linguagem, praxia e capacidade construtiva (Nogueira et al., 2017).

São 11, os itens relativos à componente cognitiva e a pontuação varia de 0 a 70 pontos, sendo que pontuações mais altas correspondem a maior deterioração (GEECD, 2008). Neste caso NT tem como pontuação total 42 pontos, demonstrando deterioração porque sabe-se que quanto mais a pontuação for elevada é maior o nível da deterioração, apresenta alterações ligeiras na linguagem e defeitos moderados a severos na memória e

compreensão. Também se verificam pontuações mais altas na orientação, memória e capacidades construtivas

No Teste de Fluência Verbal por categorias (Brucki, Malheiros, Okamoto & Bertolucci, 1997) faz parte de baterias neuropsicológicas ou é utilizado isoladamente para avaliar a linguagem, mudança de estratégias e memória semântica, para além disso tem como níveis de corte 9 para os iliteratos, baixa e média escolaridade e 13 para alta escolaridade.

Nos resultados das comparações das avaliações cognitivas entre os pré e os pós-testes verificou-se no Teste de Fluência Verbal inicialmente um défice moderado (obtendo-se uma pontuação de 4, numa média de 9), no final verifica-se uma melhoria para total de 6 numa média de 9, evidenciando um défice ligeiro. Também se aplicou o teste de desenho do relógio (Duro, et al., 2012), que se verificou que as maiores dificuldades observadas são ao nível da iniciativa e capacidade de abstração, mesmo assim verificou-se uma melhoria de 1 ponto (no pré teste teve resultado de 1 e no pós teste já teve 2 pontos). Apesar destas melhorias, no MoCA denotou-se um declínio com os resultados iniciais de 15 pontos e posteriormente nos pós teste de 11 pontos, com ênfase de maior comprometimento nas áreas de memória, orientação, funcionamento executivo e capacidades visuoespaciais.

Enquadramento concetual das problemáticas psicológicas

À data da entrada na avaliação psicológica verificou-se que utente estava desorientada alopsiquicamente e que apresentava períodos de confusão, na aplicação do MMSE verificou-se comprometimento cognitivo. Utente está em contexto de prolongamento social, e na reavaliação verificou-se agravamento dos défices cognitivos.

A avaliação inicial descrita no aplicativo é que a utente se encontrava consciente do seu estado de saúde, parcialmente orientada autopsiquicamente, embora desorientada no tempo e espaço com períodos de confusão. Evidenciava défices cognitivos ao nível da atenção/cálculo e evocação espontânea, assim como ligeira dificuldade na compreensão de ordens complexas. Exibe discurso fluido e organizado, aparentemente coerente com a realidade, com mímica expressiva e contato ocular adequado. Psicoemocionalmente

manifesta humor eutímico, revelando-se colaborante nas tarefas solicitadas dentro das suas possibilidades, motivada para o processo de reabilitação.

À data da reavaliação verificou-se que a utente não apresenta capacidade de insight relativa às suas limitações e condição de saúde. Encontra-se desorientada alopsiquicamente e autopsiquicamente por períodos. Evidencia comprometimento cognitivo ao nível da atenção/cálculo, linguagem da evocação espontânea e escrita, na compreensão de ordens complexas e nas capacidades visuoespaciais. Psicoemocionalmente manifestava humor deprimido, com GDS=14. Mantém-se colaborante dentro das suas possibilidades, embora com períodos de menor motivação.

Diferentemente do DSM-IV devido às alterações, este DSM-5 refere que este capítulo "Transtornos Depressivos" foi separado do capítulo anterior "Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados". A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2014).

Devido às alterações feitas do DSM-IV para o DSM-5, atualmente o diagnóstico de demência é incluído sob a entidade recentemente denominada transtorno neurocognitivo maior (TNM). Além disso, o DSM-5 agora reconhece um nível menos grave de comprometimento cognitivo, TNM leve, o qual é um novo transtorno que permite o diagnóstico de síndromes menos incapacitantes que podem, no entanto, ser foco de preocupação e tratamento. No DSM-5, o TNM maior ou leve devido a doença de Alzheimer foi mantido (APA, 2014).

De momento a utente encontra-se dependente em grau moderado em todos os autocuidados, exceto na alimentação e deambulação que é dependente em grau reduzido. Ao longo do processo de reabilitação denotou-se uma evolução favorável ao nível da força muscular global, assim como ao nível do equilíbrio dinâmico em pé.

Inicialmente, de acordo com a história clínica de NT levantaram-se como propostas de hipóteses diagnósticas, a presença de Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Lesão Cerebral Traumática, devido aos antecedentes pessoais da utente (TCE), no entanto de acordo com a sua história clínica e com os critérios de diagnósticos presentes no DSM-V (APA, 2014) as hipóteses de diagnóstico ficaram limitadas a Transtorno Depressivo Maior ou a Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer (possível).

O Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Lesão Cerebral Traumática

é causado por um impacto na cabeça ou por outros mecanismos de movimento rápido ou deslocamento do cérebro na caixa craniana, como pode ocorrer em lesões por explosão. Uma lesão cerebral traumática é definida como trauma cerebral (APA, 2014).

Foi passível perceber que é excluída porque embora existam evidências de lesão cerebral traumática (critério B), um TCE neste caso, a reavaliação do TC-CE não encontrou lesões isquémicas efetivamente a informação de alta do hospital S. João- pólo de Valongo diz que “sem necessidade de cuidados por neurologia” e “reabsorção quase total da fina lâmina subdural frontoparietal esquerda”, assim como também não apresenta anosmia ou hemiparesia na utente. Para além disso, também não corresponde ao critério C que diz que o transtorno neurocognitivo apresenta-se imediatamente após a ocorrência da lesão cerebral traumática ou imediatamente após a recuperação da consciência, persistindo após o período agudo pós-lesão, isto porque existe uma evolução progressiva do estado clínico e neurológico, inclusive resolução dos défices motores que manifestava (APA, 2014).

O Transtorno depressivo maior, representa a condição clássica desse grupo de transtornos. É caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas (APA, 2014).

De acordo com os critérios de diagnóstico presentes no DSM-5 para confirmar o transtorno depressivo maior, tem de estar presente pelo menos o critério A [Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer].

Concluiu-se que NT efectivamente, por vezes tem oscilações de humor (com mais persistência no humor eutímico), embora só se verifique deprimida quando se fala na sua situação pessoal e ao longo do tempo já não se verificava nessas situações, o que não corresponde ao primeiro critério que consiste em humor deprimido quase todos os dias na maior parte do dia. Na realidade existe uma diminuição de interesse para tudo o

que acontece à sua volta relacionado com a sua vida pessoal, exceto para as propostas e atividades definidas pelos profissionais de saúde do hospital, NT tem-se mostrado empenhada e motivada para tudo o que lhe é proposto, logo também não corresponde ao segundo critério (acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias). Repare-se então que o critério a fica excluído, isto porque, denota-se que era obrigatório ter pelo menos humor deprimido (critério a1) ou perda de interesse ou prazer (critério a2), mas não se confirma nenhum dos dois (APA, 2014).

Outras características diagnósticas que o DSM-5 refere como a insónia ou a fadiga serem frequentemente a queixa principal apresentada, neste caso não corresponde de acordo com os profissionais de saúde NT dorme a noite toda e se deixarem a manhã também, revelando que à muita sonolência, que também pode ser explicado pelos efeitos de alguns medicamentos. Para além disso a utente também não corresponde a outros sintomas como sentimentos de desvalia ou culpa e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. E sintomas adicionais como o aumento do peso, diminuição de energia e dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, podem ter outras explicações como efeitos de algumas medicações ou características de outros transtornos neurocognitivo. Sendo que não persistem na maior parte do dia, quase todos os dias durante duas semanas, nem são sintomas recentes, mas sim oscilação, sendo que existem dias que nem se verificam, também são sintomas que já se prolongam há vários meses (APA, 2014).

O Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer caracteriza-se por ter um início insidioso e uma progressão gradual dos sintomas cognitivos e comportamentais, também se costuma manifestar com prejuízo na memória e na aprendizagem, por vezes acompanhado de deficiências na função executiva. Na fase maior do TNC, estão também prejudicadas a capacidade visuoespacial/perceptomotora e a linguagem, particularmente quando o TNC é moderado a grave. A cognição social tende a ficar preservada até mais tarde no curso da doença. Para além disso tem de ser especificado um nível de certeza diagnóstica que denote a doença de Alzheimer como etiologia "provável" ou "possível". No estágio leve do transtorno neurocognitivo, ou no nível mais leve de transtorno neurocognitivo maior, costuma ser encontrada depressão e/ou apatia. Com transtorno neurocognitivo maior moderadamente grave, características psicóticas, irritabilidade, agitação, agressividade e

perambulação são comuns. Mais tarde na doença, distúrbios na marcha, disfagia, incontinência, mioclonia e convulsões são observados (APA, 2014).

De acordo com os critérios de diagnóstico presentes no DSM-5 para Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer, verificou-se que a utente detém os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve, se verifica na evidência de declínio cognitivo em vários domínios (segundo testes neuropsicológicos nos domínios da orientação, atenção, função executiva, memória, linguagem, perceptomotor) com preocupação da equipa multidisciplinar de que ocorreu declínio na função cognitiva, este declínio foi registado através de testes neuropsicológicos padronizados (como o MMSE, MoCA, Blad), para além disso esses défices não são explicados por outro transtorno mental como por exemplo o Transtorno depressivo maior, porque utente esta estável psicoemocionalmente “estou bem aqui no centro de dia, vocês tratam-me bem, as minhas irmãs tem a vida delas, não me importo...” (sic) (critério A) (APA, 2014).

Verificou-se a progressão gradual dos domínios cognitivos orientação, perceptomotor, aprendizagem e memória, registados através do MMSE e MoCA (critério B) (APA, 2014).

Pode se confirmar ser uma “Possível doença de Alzheimer” já que não há evidências que provem a existência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, mas existem evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem verificados por testes neuropsicológicos e história clínica, assim como sintomas de que não identifica a data, não identifica local onde está revelando “ó não sei, estamos em 1980, é?...”, “se calhar estamos num centro de dia, mas onde não sei, deve ser muito longe ...” (sic), verificou-se também que durante as sessões de realização de atividades/exercícios e até de testes, teria de ser relembrada várias vezes de qual seria o objetivo do mesmo, fazendo transparecer assim a incapacidade de aprendizagem. Percebeu-se ainda as dificuldades mnésicas “fisioterapia? Eu não faço fisioterapia aqui, acho eu ...”(sic) ou depois da hora de almoço quando se questionava o que teria sido o almoço “eu acho que ainda não almocei, almocei? e o que foi? ...” (sic) ou em exercícios de decorar um grupo de palavras “ó já não me lembro de nenhuma, diga-me a doutora quais eram ...” (sic), nas atividades visuoconstrutivas/perceptomotoras percebia-se a sua dificuldade por exemplo no teste de desenho de relógio “começo por fazer o que? ...”, “e tenho de por as horas? Que horas? ...” (sic) (critérios 2) (APA, 2014).

Processo de intervenção psicológica

De acordo com Boccardi e Frisoni (2006), a reabilitação no campo da demência é a recuperação de algumas capacidades perdidas ou a prevenção da perda da funcionalidade residual.

A reabilitação neuropsicológica (NR) tem como finalidade minimizar as funções cognitivas deficientes no aspecto físico, psicológico e socioadaptativo por meio de diversas técnicas e sistemas, considerando a neuroplasticidade e, principalmente, as possibilidades do paciente (Martins et al., 2012).

Segundo Ávila et al. (2004) a NR pode maximizar o funcionamento de todas as áreas, incluindo a saúde física, o bem-estar psicológico, as aptidões de vida diária e as relações sociais. Além disso, a RN aplicada a pacientes com DA visa otimizar funções, minimizar riscos excessivos de incapacidade e prevenir o desenvolvimento de psicologia social negativa. A identificação precoce da doença é crucial para melhores resultados de tratamento, pois há funções cognitivas mais preservadas para serem trabalhadas nos estágios iniciais. O trabalho com doenças neurodegenerativas como DA envolve uma abordagem psicossocial direcionada às necessidades dos pacientes. Abordagens cognitivas e farmacológicas combinadas têm sido exploradas, mostrando resultados promissores como uma estratégia útil para pacientes com DA.

Reabilitação envolve trabalhar com pessoas para alcançar os objetivos que são importantes para eles. Baseia-se em formulações individuais e não em uma abordagem única, reconhecendo que cada indivíduo possui um conjunto único de experiências, valores, motivações, forças e necessidades (Clare, 2017).

Wilson (1997) refletia sobre o longo caminho a percorrer para se passar de um paradigma de treino clássico de repetição de tarefas cognitivas (até atingir um nível de eficácia ótima nessas mesmas tarefas concretas), para um outro paradigma em que o indivíduo seria compreendido de forma holística e em que o treino cognitivo de competências internas seria melhorado através do treino de competências compensatórias externas, complementado ainda com treino não-cognitivo (de competências emocionais e sociais).

A abordagem holística que tem como filosofia básica a crença de que as funções cognitivas não podem ser divorciadas da emoção, da motivação ou de outras funções não cognitivas e, conseqüentemente, todos os aspectos do funcionamento devem ser abordados nos programas de reabilitação (Wilson, 1997).

Tendo em conta a abordagem holística espelhada na definição de RN, a opção por uma intervenção de reabilitação pode justificar-se para promover o bem-estar em qualquer fase da demência. Em fases iniciais da demência, a reabilitação pode envolver o desenvolvimento de estratégias de controlo das dificuldades mnésicas e de outros défices associados, de modo a que a pessoa se mantenha implicada em tarefas e atividades e tenha a oportunidade de continuar a dar uma contribuição válida nos contextos onde se move, havendo por isso, aqui, uma ênfase maior no domínio cognitivo (Clare, 2008).

Concluída a recolha da história de vida, a avaliação psicológica e análise concetual do caso, foram estabelecidas as áreas com maior necessidade de intervenção através das queixas apresentadas pela utente assim como pela equipa multidisciplinar. Os objetivos gerais da intervenção psicológica basearam-se principalmente na reabilitação cognitiva (estratégias compensatórias) das áreas deficitárias e da manutenção e promoção das áreas preservadas através de estratégias adaptativas e compensatórias, treino cognitivo e terapia de orientação para a realidade. Também foi feito um supervisionamento do bem-estar psicoemocional da utente ao longo das intervenções, verificando-se nas últimas sessões uma apatia emocional do que estava a acontecer consigo, demonstrando um certo embotamento emocional.

O processo de avaliação e intervenção de NT, estendeu-se por um período de 15 sessões (em anexos H o planeamento das sessões do estudo de caso), tendo início a 14 de Novembro de 2017 e término a 2 de Maio de 2018. As sessões decorreram normalmente, com frequência semanal (raras exceções, por períodos quinzenais), com a duração entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos, realizadas na sala multidisciplinar. Nem sempre foi possível cumprir com a regularidade ideal uma vez que não existe uma sala para acompanhamento de psicologia e sim uma sala multidisciplinar solicitada para todo o serviço, para além disso por vezes era difícil conciliar o horário disponível com o

horário que a utente estava disponível (tinha de conciliar com fisioterapia e os tratamentos de NT).

A descrição das sessões pormenorizadamente com as atividades e os objetivos de cada uma podem ser analisadas no anexo c.

Na 1ª sessão (14.11.2017), foi feita a reavaliação da utente com o MMSE e a GDS. Verificando que nesta sessão NT estava emocionalmente fragilizada devido à notícia de vandalização da sua habitação e do seu estabelecimento, foi feita entrevista motivacional e reforço positivo. A utente encontrava-se bastante ansiosa, com expressões faciais tristes e com curtos períodos de choro, perguntando-se “será que as minhas irmãs estão bem? Gostava de saber como elas estão e se estão vivas” (sic). No final a utente estava visivelmente mais calma. Esta sessão teve como objetivos explorar os défices cognitivos e estado psicoafectivo, assim como estabelecer estratégias de autocontrolo emocional com vista a amenizar as dificuldades encontradas quando confrontada com algumas notícias da sua vida pessoal.

Nas sessões 2ª e 3ª (28.11 e 12.12), foi feita a recolha dos dados de anamnese, com o objetivo de explorar a história do desenvolvimento psicossocial, pessoal, laboral e familiar da utente, e avaliação comportamental e interpessoal, que com alguma dificuldade, devido às lacunas mnésicas que NT apresenta verificou-se que muitos dos pormenores da sua vida não conseguiu descrever nem recordar. Estabeleceu-se realizar terapia de orientação para a realidade, quando se compreendeu que a utente não identificava a data atual. NT durante as sessões mostrou-se, por vezes ansiosa quando não se recordava de algumas informações que considerava importante, outras vezes confusa com a certeza das informações que relatava.

Na 4ª sessão (27.12.2017) foi marcada por diálogo sobre o natal, de como ultimamente os passava sozinha, embora tivesse deixado de receber presentes ainda era menina, esta sessão teve como objetivo estimular memórias ou algumas recordações a cerca do seu passado familiar. Foram realizadas atividades para a orientação, a linguagem, a atenção, o cálculo e o raciocínio, com o objetivo de explorar a amplitude dos défices que utente manifesta, com principal enfoque em exercícios de orientação ao longo da sessão, implementando estratégias (como mnemónicas, alusão a alturas festivas) que não se denotaram de grandes alterações das 3 vezes que foi questionada, não conseguiu identificar, e apesar de os progressos não serem significativos, nesta ultima tentativa

identificou o mês. Em tarefas de cálculo não evidencia dificuldades na sua resolução, mas na sequência de alguns exercícios que requerem raciocínio, planeamento e iniciativa verificou-se que NT ficava confusa, com necessidade de lhe ser explicado e descrito várias vezes as instruções e o que visualizava, depois de conseguir compreender ficava mais calma e conseguia concluir os exercícios, completando o raciocínio em voz alta, ainda assim mostrou-se sempre motivada para todas tarefas relatando “E agora? Faço outro? É assim?” (sic).

Nas sessões 5^a, 6^a e 7^a (4.01, 10.01 e 18.01) No início da 5^a sessão foi proposto à utente fazer uma avaliação mais pormenorizada através de outros testes bem como de os pré testes da estimulação cognitiva para no final serem passados os pós testes e ser feita uma comparação, que concordou. Começou então por ser aplicado o Teste do desenho do relógio, o MoCA e algumas subprovas da Blad, mostrando-se sempre participativa e motivada para todos os exercícios que lhe eram pedidos, apesar de alegar preocupação da pontuação que iria obter, ao que lhe foi explicado que não se devia preocupar com os resultados, que devia realizar as tarefas o melhor que conseguisse mediante as suas possibilidades, mais tarde verificou-se que estava a ficar bastante cansada e apesar da sua persistência para continuar mais exercícios achei que idealmente seria melhor não continuar para não prejudicar os resultados das provas nem levar a utente à exaustão. Na seguinte sessão deu-se continuidade à aplicação das subprovas da Blad e a escala de depressão BDI. Na 7^a sessão foram aplicadas a subprova de Raven da Blad e a escala de ansiedade Zung, esta sessão teve a necessidade de terminar antecipadamente devido à sessão de fisioterapia. Em todas estas sessões foi estimulada a orientação auto e alopsíquica, denotando que existem alturas em que NT não se lembra de coisas que acabaram de ocorrer como a fisioterapia ou o que almoçou, relatando “fisioterapia? Eu aqui não faço fisioterapia ...” ou “ já almocei ? se calhar já, mas nem sei o que era ...” (sic), outra sessão não identifica a idade que tem revelando “acho que não tenho muita, prai 40 anos ...” (sic) e quando confrontada com a idade real fica extremamente surpreendida.

A 8^a sessão (21.02) foi marcada pela necessidade de estimulação exaustiva da orientação auto e alopsíquica com principal enfoque na orientação espacial devido à preocupação dos profissionais de saúde que se aperceberam que a utente estava a piorar e que não estava a conseguir perceber onde estava, nem para onde tinha de ir, nem qual era o quarto). Foram feitos um calendário, e um exercício de “visita guiada” pelo piso

que pertence e foram lhe fornecidos pontos estratégicos dos locais mais significativos, com o objetivo de estimular a sua orientação alopsíquica para continuar “autônoma” mediante as suas possibilidades. A utente encarou estas atividades como aprendizagens, mantendo-se motivada e tentando sempre imitar o que lhe era dito e pedindo para explicar de novo ou exemplificar os trajectos com a mesma.

As sessões 9ª e 10ª (27.02 e 07.03) foram estimuladas os défices de orientação alopsíquica e atencionais através de exercícios adequados como a exploração do calendário construído e sua utilização, assim como exercícios de correspondência e identificação de imagens, identificação/marcas o número ou objeto ou letra pedidos, descobrir imagens que se repetidas. A 10ª sessão foi caracterizada pela estimulação multissensorial, com o objectivo de estimular os sentidos da utente, através de diversos materiais e técnicas proporcionando um estado de relaxamento agradável. Durante a 9ª sessão NT mostrou-se constantemente sonolenta e ficava confusa sem saber o que era para fazer, tendo de lhe dar instruções várias vezes ao longo do mesmo exercício.

11ª e 12ª Sessões (21.03 e 05.04) caracterizaram-se por estimular as áreas da memória (remota, de trabalho, imediata e recente) através de exercícios como a discussão de acontecimentos do passado (infância e juventude), a repetição de números e palavras ou frases por ordem direta e inversa, memorização de grupos de palavras, descrição de pormenores de imagens, listas de compras, descrição de sobremesa, recontar a história com o máximo de detalhes que conseguir e exercícios de cultura geral.

Na 13ª sessão (12.04) foram desenvolvidas as competências práticas através de exercícios de construção, cópia e decoração de figuras geométricas, explorando a imaginação do que cada figura geométrica poderia ser comparando com a realidade, com o objetivo de promover a motricidade fina e estimular a criatividade e expressão artística. Durante esta sessão a utente demonstrou pouca confiança e baixa capacidade de iniciativa perguntando se era assim que se fazia, ou se era com aquela cor que se pintava, ou se concordava que aquela figura seria semelhante a determinado objeto, verificando-se uma extrema necessidade de aprovação.

Sessão 14ª (23.04), esta sessão foi marcada por estimulação do cumprir ordens simples e complexas através de exercícios de mimica e do jogo do espelho e pela atividade de provérbios e músicas tradicionais para reviver memórias passadas. Nesta sessão a utente mostrou-se muito motivada, feliz e bastante divertida com as músicas e pelas

recordações que algumas cantigas lhe traziam “eu lembro-me dessa música quando ia para a escola ...” (sic).

Sessão 15ª (02.05) foi aplicada a escala da ADAS cognitiva, e foram realizados jogos de finalização, com o objetivo de estimular NT para a importância da continuidade e envolvimento em atividades de promoção e estimulação cognitiva. Ao longo da sessão percebeu-se que a utente ia manifestando cada vez mais sonolência e menor compreensão do que lhe era pedido, tentando disfarçar e pedindo mais explicações “eu não sei fazer ...”, “quais eram?..”, “digam você, quais eram...” (sic).

Na última sessão que foi a 16ª (22.05) foram aplicados os pós testes, bem como explorado o estado psicoemocional da utente, onde se verificou uma alienação total a toda a sua condição pessoal e clínica.

Reflexão final do caso NT

NT beneficiou mediante as suas possibilidades e a sua condição clínica da sua permanência no programa, tanto a nível físico, como cognitivo como psicológico. Apresentando a nível físico uma evolução favorável ao nível da força muscular global, assim como ao nível do equilíbrio dinâmico em pé.

Apesar de a nível cognitivo se verificar uma ligeira degradação de algumas áreas, já esperadas devido a ser uma progressão característica da hipótese diagnóstica, como a orientação, a memória e nas capacidades executivas, a mesma demonstrou uma evolução, apesar de mínima, noutras funções que foram estimuladas e desenvolvidas durante o programa de estimulação cognitiva, como no caso das capacidades visuoespaciais e de cálculo, sendo assim sabe-se que existem funções que podem estar por algum tempo estáveis dependendo das técnicas e estratégias utilizadas (por exemplo compensatórias) como é o caso das funções visuoespaciais, da linguagem, da atenção e das executivas.

Neste caso, como há a inexistência de consciencialização da sua situação clínica, uma das maiores dificuldades foi o confronto com os défices que manifestava como por exemplo a desorientação, visto que a sua única queixa era relacionada com a memória de episódios mas que achava normal devido à sua idade avançada.

No final a reavaliação psicológica foi sugestiva de oscilações tanto a nível cognitivo como a nível emocional, assim como de melhorias de umas funções e degradação de outras, o que corrobora com a hipótese diagnóstica de doença de Alzheimer.

Contudo, uma das desvantagens de NT é ser um caso de prolongamento social, ou seja, encontra-se institucionalizada, sem previsão de data de alta ou de perspectiva imediata de resolução social (de momento está a aguardar vaga para lar), o que na situação clínica da utente se torna desfavorável, apresentando como consequências a progressão desfavorável da sua dependência em todos os seus autocuidados como os cuidados de higiene, o vestir, o deambular, o alimentar, entre outros.

No futuro seria benéfico para a utente ter acompanhamento psicológico regular em sessões de estimulação em grupo, favorecendo os défices que ainda se verificam, bem como fazer manutenção das áreas que se encontram preservadas. Até ao momento isso não foi possível de realizar, embora tenha sido idealizado, devido às normas do hospital bem como do grupo que foi feito.

Segundo Wilson (1997) é praticamente impossível reabilitar completamente um indivíduo com défices cognitivos. Deste modo é necessário investir, cada vez mais, em métodos de reabilitação das funções executivas e de comunicação além das estratégias já utilizadas pelos terapeutas.

Conclusão

Este capítulo é destinado a uma reflexão crítica e ponderada enquanto estagiária, durante este último ano que decorreu o estágio curricular.

Durante este percurso de estágio foi-me permitido colocar em prática os conhecimentos que foram adquiridos ao longo do processo de formação (licenciatura e mestrado), assim como desenvolver novas perspetivas, utilizando diferentes técnicas e estratégias. Aprendi a colocar em prática todos os conceitos da psicologia que são tão importante como a empatia, a compaixão, a imparcialidade, a aceitação, observando cada um dos utentes numa perspetiva holística e sem preconceitos, verificando que existe continuamente uma necessidade de adquirir conhecimentos de forma continua e inevitável de esclarecer duvidas e de aprendizagem.

Foi um grande privilégio integrar esta instituição, fazendo parte da unidade em que fui inserida. Esta experiencia iniciou-se com um pequeno período de observação atenta e fascinante com grande curiosidade sempre expectante para merecer a independência e autonomia para começar as avaliações, apesar dos medos e dos receios que tiveram de ser superados com grande entusiasmo.

A oportunidade de trabalhar com uma equipa multidisciplinar de profissionais excelentes, permitiu que a aquisição de conhecimentos fosse ainda mais excepcional e surpreendente através da aprendizagem de novos conhecimentos e da troca de ideias com os vários profissionais.

Contudo, verifiquei tal como previa em contextos hospitalares, a existência de um rígido protocolo de avaliação, o que por vezes dificultava a realização de avaliações mais complexas. Além disso, um dos fatores positivos, é que o psicólogo desta unidade tem liberdade para realizar e utilizar todos os testes e escalas psicológicas complementares que achem importantes ou de extrema relevância depois de efectuado o protocolo de avaliação. Revelou-se de extrema importância todas as formações e reuniões que tive a oportunidade de usufruir enquanto estagiária.

A diversidade de casos foi um benefício que tive a oportunidade de observar e de acompanhar, pelo vasto leque de diagnósticos, de vivências. Neste contexto de saúde foi-me proporcionada a interação com várias patologias mais frequentes nesta unidade vão desde lesões cerebrais (entre as quais, TCE's, AVC's, tumores, epilepsias e encefalites) a doenças neurodegenerativas (Parkinson, Alzheimer, entre outras), em que cada utente é tratado de uma forma singular e individualizada, de forma a permitir alcançar o seu potencial máximo no processo de recuperação.

Tive ainda a oportunidade de participar em diversas atividades como o grupo terapêutico e as atividades semanais das quintas cognitivas. O Grupo de Estimulação Cognitiva foi uma das principais etapas do meu estágio curricular. Exigiu muito trabalho, tempo, empenho e criatividade para corresponder às expectativas de fazer o melhor que conseguisse, desde selecionar os utentes de acordo com os critérios, à estruturação do grupo e sua intervenção e à construção das atividades definidas previamente. Constatei que muitos dos utentes não recebiam a intervenção necessária, apesar dos esforços da equipa multidisciplinar principalmente da psicóloga, visto que é uma unidade de reabilitação com um período estipulado desde o internamento mas que se tem vindo a verificar cada vez mais que muitos desses utentes acabam por ficar retidos no sistema porque não conseguem um cuidador e os lares estão lotados, acabando assim por ficarem na unidade como prolongamento social enquanto não se consegue resolver a situação, esta situação por vezes prolonga-se por semanas, ou meses ou até anos, fazendo com que fiquem aprisionados a um plano que é definido no início de internamento. Verifica-se também que muitas vezes estes utentes devido às longas hospitalizações começam a manifestar défices a nível cognitivo e até a nível emocional. E por isto é de extrema importância os grupos terapêuticos que possam ser incluídos na unidade, que vai permitir além de maior tempo de acompanhamento possível, uma maior valorização da intervenção neuropsicológica.

Globalmente, esta etapa foi muito positiva, possibilitando muitos ensinamentos e capacidades para a futura vida profissional, assim como a oportunidade de ter feito parte de grupo de profissionais que demonstram ser, além de ótimos profissionais, pessoas de excelência que em sempre se mostraram dispostos e disponíveis para me ajuda, além da confiança e segurança que me transmitiam, mesmo quando eu duvidei.

Durante este percurso enquanto estagiária, existiram alguns momentos difíceis, assim como outros que corresponderam às minhas expectativas. Contudo, foi com essas experiências boas, menos boas, com as dúvidas e receios, com o desejo de aprender, que consegui crescer enquanto futura psicóloga e indivíduo.

Resta-me agradecer uma vez mais às orientadoras que me acompanharam neste percurso, pela coerência, pelo apoio, compreensão e disponibilidade, que fez de mim uma melhor profissional. Termino esta etapa com esperanças no futuro, acredito que esta área ainda me ensinará muito, sinto-me uma verdadeira privilegiada, por saber que os desafios que ultrapassei assim como os que estão por vir serão tão ou mais enriquecedores enquanto psicóloga, mas também como ser humano individual.

Referências Bibliográficas

- APA (2014). DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição. Lisboa: *Climepsi Editores*
- Ávila, R., Bottino, C.M.C., Carvalho, I.A.M., Santos, C.B., Seral, C. & Miotto, E.C. (2004). Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37, 1721 - 1729. Doi: 10.1590/S0100-879X2004001100018
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., (1961). «An inventory for measuring depression». *Archives of General Psychiatry*, 4, 561 – 71. PMID 13688369
- Benton, A., (2000). Basic approaches to neuropsychological assessment. In A. Benton, *Exploring the history of neuropsychology: Selected papers*. New York: Oxford University Press, 223 – 244.
- Boccardi, M. & Frisoni, G. B. (2006). Cognitive rehabilitation for severe dementia: Critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of Ageing and Development*, 127, 166 – 172. Doi: 10.1016/j.mad.2005.09.027
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61 (3-B), 777 – 781.
- Butler, R.N., Forette, F. & Greengross, B.S. (2004). Maintaining cognitive health in an ageing society. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health (JRSH)*, 124 (3), 119 – 121.
- Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho de 2006, Diário da República 1ª-série- A, n.º 109 “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”.
- Duro, D., Freitas, S., Alves, L., Simões, M. R., & Santana, I. (2012). O Teste do Desenho do Relógio: Influência das variáveis sociodemográficas e de saúde na população portuguesa. *Sinapse*, 12 (1), 5 – 12.

- Estrela-Dias, M. & Pais-Ribeiro, J. (2012). Psicólogo nos Cuidados Continuados Integrados – Intervenção Positiva. *Actas do 9 congresso nacional de Psicologia da Saúde*, 418 – 424.
- Freitas, S., Simões, M.R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): versão 1. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Folstein M, Folstein S, McHugh P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189 – 98.
- Gatchel, R., & Oordt, M. (2003). Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration. *American Psychological Association XIV*, 263, 3 – 19.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em idosos institucionalizados. *Portal dos Psicólogos*, 1 – 18.
- Guerreiro, M. (1998). Contributo da neuropsicologia para o estudo das demências. Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Hansen K, Mahoney J, Palta M. (1999). Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of the American Geriatrics Society* 47 (3), 360 – 365.
- Harvey, P. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessments. *Dialogues in Clinical Neurociencia*, 14 (1): 91- 99.
- Malloy-Diniz, L. F, Fuentes D, Mattos P, Abreu N & colaboradores (2010). Avaliação neuropsicológica. *Porto Alegre: Artmed*. ISBN 978-85-363-2232-2.
- Mendes, T. (2014). Avaliação neuropsicológica. Em Manual de psiquiatria clínica. *Lisboa: Lidel*, 19 – 42.

- Nogueira, J. M., Henriques, I., Gomes, A. & Leitão, A. (2007). Enquadramento das unidades de reabilitação de AVC – resumo executivo. *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S. & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11 (3), 5-8.
- Prigatano, G. P. (1999). Principles of neuropsychological rehabilitation. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Quintela, M. (2001). O papel dos lares de terceira idade. *Geriatrics*, 14 (136), 37 – 45.
- Rosen, WG., Mohs, RC., Davis, KL. (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1256 – 1364.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental. *Lisboa: Lidel- edições técnicas, Ida.*
- Simon, M. A. (1993). Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. *Madrid: Pirámide.*
- Singer, T., Linderberger, U. & Baltes, P. (2003). Plasticity of Memory of New Learning in Very old age: a Story of Major Loss? *Psychology and Aging*, 18 (2), 306 – 317.
- Tavares M (2010). Da ordem social da regulamentação da avaliação psicológica e do uso dos testes. *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão.* Brasília: CFP, 31 – 56.
- Thielke, S., Thompson, A., & Stuart, R. (2011). Health psychology in primary care: recent research and future directions. *Psychology Research and Behavior Management*, 59 - 68.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22 (3), 41 – 448.
- Wahass, S. (2005). The role of Psychologists in health care delivery. *Journal of Family Community Medicine*, 12 (2), 63 – 70.

- Wilson, B.A. – Reabilitação das deficiências cognitivas (1996). In: Notrini, R.; Caramelli, P.; Mansur, L.L.: Neuropsicologia das bases anatómicas à reabilitação. *Clínica neurológica, São Paulo, HCFMUSP*, 314 – 343.
- Yesavage, Y. G., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37 – 49. doi:10.1016/00223956(82)90033-4
- Vaz, S. F. A. (2009). A Depressão no Idoso Institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Official Journal of the Academy of Psychosomatic Medicine*, 12, 371 – 379.

ANEXOS

Índices de Anexos

Anexo A - Certificados de participação em formações

Anexo B – Power Point da formação “Estratégias de comunicação: Relacionamento interpessoal e interprofissional”

Anexo C - Ficha de Psicologia Clínica

Anexo D - Sumarização das Sessões do Grupo de Estimulação Cognitiva

Anexo E - Sumarização do planeamento das atividades das quintas cognitivas

Anexo F - Tabelas das Avaliações e Acompanhamentos Psicológicos

Anexo G - Tabela das provas complementares

Anexo H – Planeamento das sessões do estudo de caso

Anexo A – Certificados de participação em formações



Certificado

Certifica-se que **Marta Sofia Barbosa Couto**

esteve presente, na qualidade de participante, na sessão de formação
"Estratégias facilitadores de deglutição: Disfagias", que teve lugar no Hospital
no dia 09 de Janeiro de 2018 com a duração de 1,5 horas.

, 09 de Janeiro de 2018



Certificado

Certifica-se que **MARTA SOFIA COUTO** esteve presente, na qualidade de participante, na sessão de formação " **Posicionamento na cadeira de rodas, leito e ensinios ao cuidador**", que teve lugar no Hospital _____ no dia 27 de Março de 2018 com a duração de 1,5 horas.

27 de Março de 2018

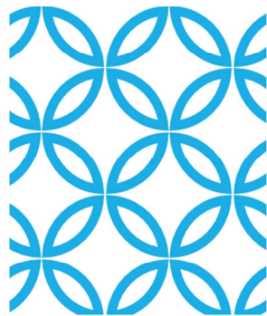


Certificado

Certifica-se que **MARTA SOFIA BARBOSA COUTO** esteve presente, na qualidade de palestrante, na sessão de formação "**ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL E INTERPROFISSIONAL***", que teve lugar no Hospital Particular de Paredes no dia 17 de Abril de 2018 com a duração de 1,5 horas.

17 de Abril de 2018

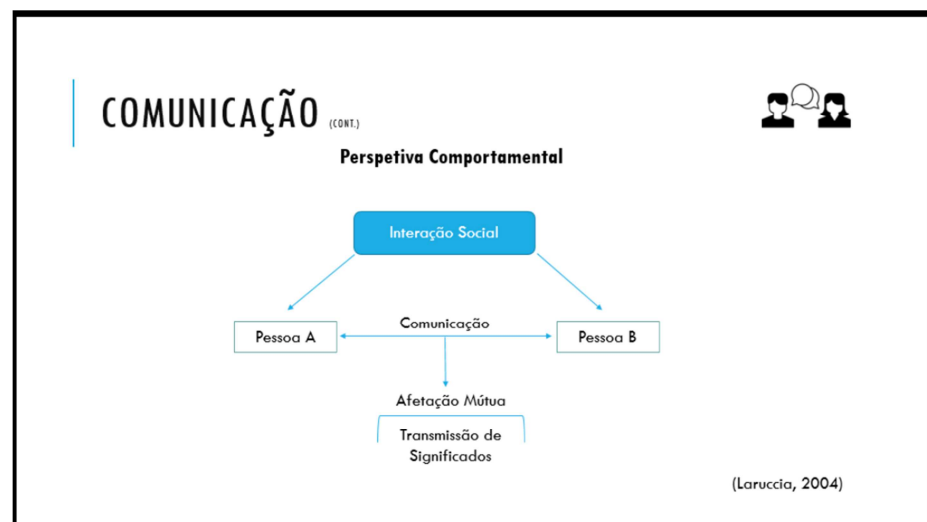
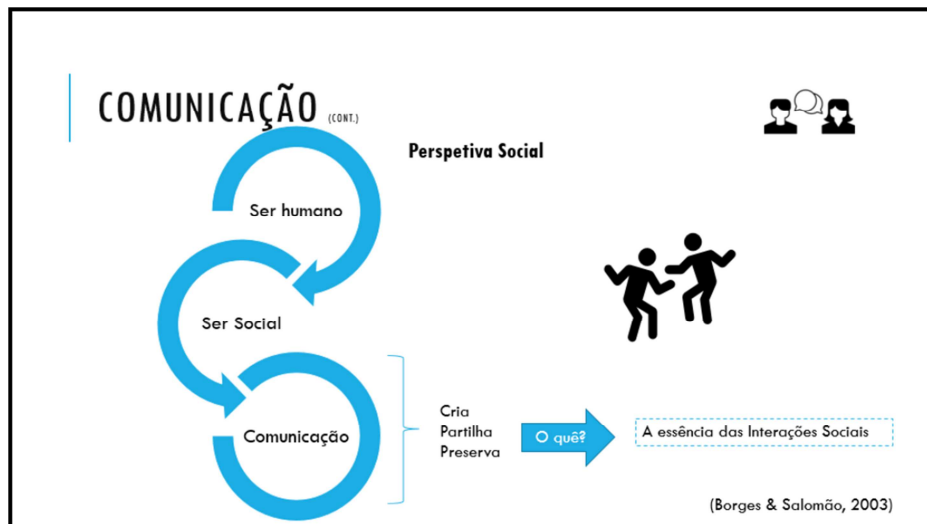
Anexo B – Power Point da formação “Estratégias de comunicação: Relacionamento interpessoal e interprofissional”



ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E INTERPROFISSIONAL

Juliana Silva – Terapeuta da Fala
Marta Couto- Estagiária Psicologia

17 de abril de 2018



DIFERENTES FORMAS DE COMUNICARMOS



Fala

Gesto

Escrita

Desenho

Tabelas de comunicação

Sistemas de Alta Tecnologia

Comunicação aumentativa

Tudo é válido para comunicar!

O QUE PODE LEVAR A UMA ALTERAÇÃO NA CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO?

Lesão Neurológica

- AVC
- TCE
- LOE
- Demência
- Doença Neurodegenerativa



(Ferreira, 2013; Mendes, Barbosa & Reis, 2013)

E EM TERMOS DE DIAGNÓSTICO...



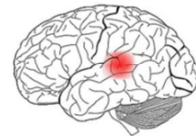
ESTRATÉGIAS GERAIS DE COMUNICAÇÃO



- Falar frente-a-frente.
- Dar tempo à pessoa para responder.
- Não infantilizar o discurso.
- Evitar o uso de diminutivos.
- Usar linguagem positiva.
- Ajustar o discurso à realidade da pessoa.
- Tolerar o silêncio da pessoa.
- Evitar críticas e correções.
- Transmitir uma ideia de cada vez.
- Encorajar o discurso da outra pessoa ("Hummm", "sim", ...).
- Respeitar as características comunicativas de cada pessoa.
- Encorajar a participação da pessoa no processo comunicativo.

(Peixoto et al. 2012)

ESTRATÉGIAS: PESSOAS COM DIFICULDADES DE COMPREENSÃO



- Fazer perguntas contextualizadas de resposta sim/não.
- Usar frases curtas e simples.
- Enfatizar as palavras-chave.
- Utilizar gestos, sinais, objetos, imagens conjuntamente com a fala.
- Ilustrar os conceitos mais complexos (fazendo a analogia com exemplos concretos).
- Assegurar que a pessoa está a compreender o que está a ser dito (sumariando e repetindo).

(Peixoto et al. 2012)

DOENTES COM DIFICULDADES AUDITIVAS

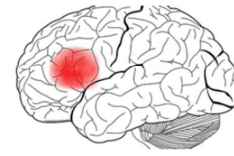
- ❖ A audição é o sentido por meio do qual se percebem os sons.
- ❖ A falha/falta desse sentido interfere na sua relação com a sociedade. Dentre todos os distúrbios da comunicação, a surdez é o de maior prevalência, alcançando 60% das alterações.
- ❖ As barreiras de comunicação enfrentadas por portadores de necessidades especiais passam despercebidas por várias pessoas, muitas vezes devido ao fato de serem de caráter ambiental.



Britto & Samperiz (2010)

ESTRATÉGIAS: PESSOAS COM DIFICULDADES DE EXPRESSÃO

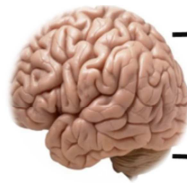
- Adotar formas aumentativas/ alternativas de comunicação.
- Utilizar papel e caneta para suportar a fala.
- Combinar com a pessoa um sinal para "sim" e "não".
- Utilizar imagens, signos gráficos, fotografias, ...
- Usar uma tabela alfanumérica ou uma tabela de acrílico (para seleção direta apontando com o olhar ou com o dedo).
- Recorrer aos familiares (se experimentou todas as hipóteses de entender a pessoa e não conseguiu).



(Peixoto et al. 2012)

COMUNICAR

Perspetiva Psicológica



"processo por meio do qual se compartilham mensagens enviadas e recebidas, ideias, sentimentos e diversos tipos de emoções."

"mediante o uso da palavra escrita e falada, além de mecanismos não-verbais que podem ou não influenciar o comportamento das pessoas"

"reagirão a partir das suas crenças, valores, história de vida e cultura."

(Britto & Samperiz, 2010)

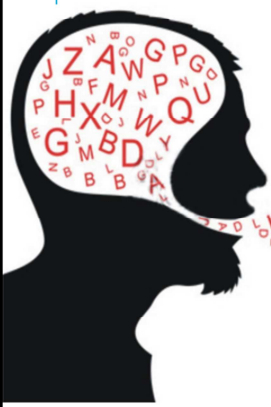
COMUNICAÇÃO COM DOENTES EM PROCESSO NEURODEGENERATIVOS



É fundamental ter em conta as limitações comunicativas individuais de cada pessoa, bem como as idiosincrasias contextuais.

Existe uma melhoria na compreensão de frases quando estas são repetidas, quer na íntegra quer de forma parafraseada.

(Almeida, 2011)



A comunicação não se cinge apenas à forma verbal. Existem muitas outras formas de conseguir que o utente compreenda o conteúdo da mensagem.

A linguagem verbal oral realiza-se através de palavras. Pode ser expressiva – fala e escrita e compreensiva – compreensão e leitura.

Na linguagem não verbal são utilizados os gestos, as posturas corporais, contacto ocular, etc.

(Almeida, 2011)

ESTRATÉGIAS PARA A COMUNICAÇÃO NA FASE INICIAL




- Incluir o indivíduo na conversação;
- Evitar que se sinta desprezado;
- Falar de forma clara e se necessário voltar a repetir o que dissemos;
- Simplificar a informação que queremos transmitir;
- Manter o contacto ocular, para que ele sinta que queremos comunicar;

À medida que a doença vai avançando, as falhas linguísticas tornam-se mais evidentes.

Zavaleta, (2006)

NA SEGUNDA FASE, MODERADA:

(APRESENTAM UM MAIOR EMPOBRECIMENTO DE VOCABULÁRIO)



- Ser paciente a escutar o que dizem e mostrar compreensão no conteúdo do seu discurso;
- Dar mais tempo para se expressar, evitando interromper o seu raciocínio;
- Falar em tom baixo, caso contrário podem pensar que estamos a repreendê-los;
- Utilizar frases simples e curtas e, se possível, acompanhadas de gestos;
- Fazer perguntas simples de resposta dicotómica - "sim" e "não";
- Mostrar que o escutamos e compreendemos através de linguagem não verbal;

Zavaleta, (2006)

NA TERCEIRA FASE, GRAVE:

(O COMPROMETIMENTO LINGÜÍSTICO É MUITO GRAVE PELO QUE SE DEVE FACILITAR A COMUNICAÇÃO COM A INTRODUÇÃO DE EXPRESSÕES CORPORAIS E GESTOS)



- Comunicar com o doente através contacto ocular e físico;
- Estar atentos a alterações de postura como a inquietude e nervosismo, pois poderão ser indicativos de alguma necessidade do doente;
- Utilizar linguagem não verbal para obtermos informações do doente e para que este compreenda o que pretendemos transmitir;
- Repetir e reformular o nosso discurso para facilitar a compreensão;
- Chamá-lo pelo seu nome de modo a captar a sua atenção;
- Comunicar através de imagens de revistas, livros, desenhos, etc.

Zavaleta, (2006)

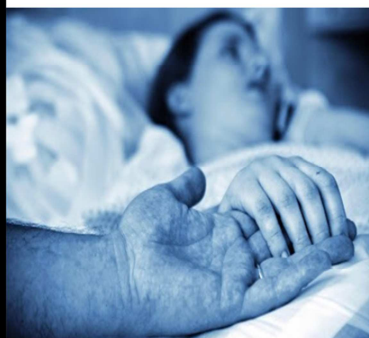


ESTRATÉGIAS QUE DEVEM SER EVITADAS

- Falar alto e depressa como se estivesse a repreender;
- Fazer de conta que se percebeu, quando na realidade não se entendeu o conteúdo da mensagem;
- Falar sobre o doente como se ele não estivesse presente;
- Falar em ambientes ruidosos e com várias pessoas a falar ao mesmo tempo;
- Falar pelo doente;
- Tratar de forma autoritária e infantil.

Zavaleta, (2006)

DOENTE EM ESTADO CRÍTICO



As estratégias de comunicação que contribuem à pessoa em estado crítico são:

- contato visual;
- saudação;
- toque;
- Os gestos de expressão;
- Os quadros de letras;
- A escrita com papel e lápis;
- Computador;
- A escuta ativa;

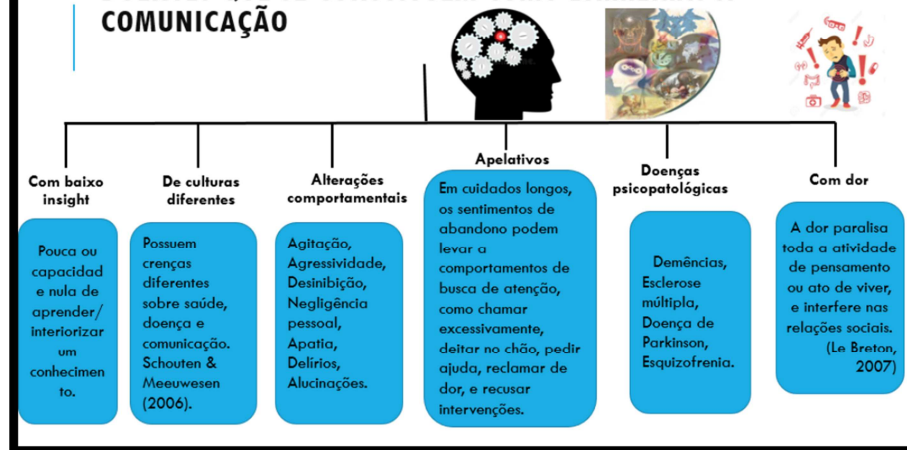
As reafirmações verbais de solicitude;

○ uso de perguntas abertas;

○ carinho, o conforto, o diálogo, a abertura, a confiança e o acolhimento.

(Vieira, E. 2014)

DOENTES QUE SE CONSTITUEM COMO BARREIRAS À COMUNICAÇÃO



A capacidade de comunicar está afetada, não só pelo afastamento do doente relativamente ao que o rodeia, mas sobretudo pela percepção de que ninguém o entende, que o sofrimento é inacessível à compaixão e compreensão dos outros.

Martins, M. (2009)



Em situação aguda, o sofrimento do paciente por causa de mudanças súbitas no estado de saúde, do funcionamento diminuído e das alterações cognitivas pode levar os pacientes geriátricos a ter comportamentos acusatórios.

Douglas (2016)

Técnicas, que podem ser desenvolvidas de forma direta/indireta através de:

- Aproveitamento de um relacionamento confiante;
- Criação de um ambiente calmo;
- Criação de uma sensação de conforto geral;
- Distração para desviar a sua atenção da dor;
- Alteração na condução do estímulo;
- Promoção da autoconfiança;
- Estabelecimento de uma boa comunicação-empatia;
- Apoio emocional ao doente e família.



Rigotti & Ferreira (2005)

ESTRATÉGIAS PARA ULTRAPASSAR AS BARREIRAS

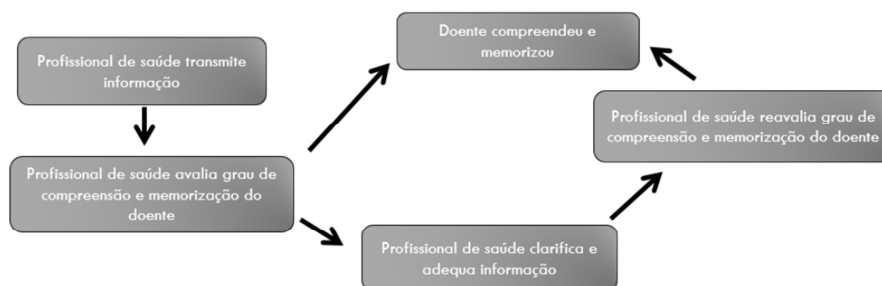
- A escuta ativa,
- Falar de forma clara e direta,
- Manter o contato visual,
- Usar um tom de voz moderado,
- Discutir expectativas realistas de tempo e recursos disponíveis,
- O respeito pela individualidade do doente,
- O estabelecimento de uma relação empática,,
- Sentir o mundo desse indivíduo como se fosse nosso,
- Questionar com perguntas simples, e diretas, no sentido de ajudar a compreender a sua dor.



Rigotti & Ferreira (2005) & Douglas (2016)

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E UTENTE

Processo interactivo de comunicação profissional de saúde — doente



Schillinger et al., (2003); cit in Santos, Andrade, Grilo, Guimarães, & Gomes, (2010)

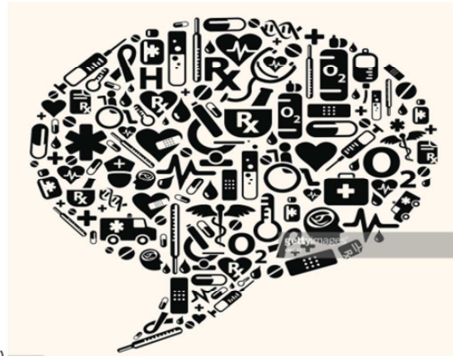
IMPORTÂNCIA DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE



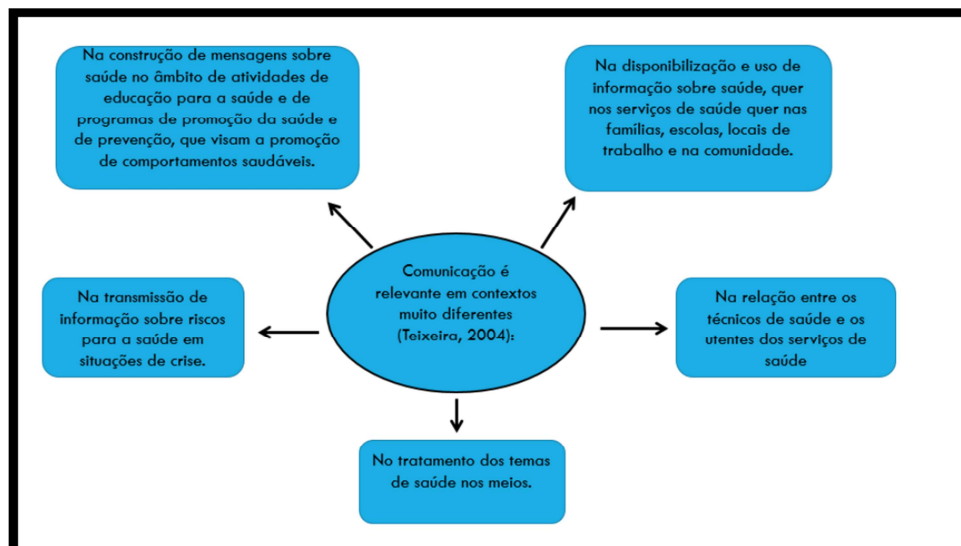
(Teixeira, 2004)

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, PODE TER FINALIDADES MUITO DIFERENTES, COMO:

- Promover a saúde e educar para a saúde;
- Evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde;
- Prevenir doenças;
- Sugerir e recomendar mudanças de comportamento;
- Recomendar exames de rastreio;
- Informar sobre a saúde e sobre as doenças;
- Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os resultados;
- Receitar medicamentos;
- Recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidados em indivíduos doentes.



Teixeira, (2004)



CONSEQUÊNCIAS DOS PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS TÉCNICOS DE SAÚDE E OS UTENTES

- Insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde;
- Erros de avaliação, porque não se identificam queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação e/ou psicopatologia e se focaliza-se no primeiro problema apresentado, que nem sempre é o mais importante;
- Comportamentos de adesão mais insatisfatórios;
- Mais dificuldades no confronto e adaptação à doença por não saber o que fazer (incerteza), ter recebido informação contraditória (ambiguidade) ou até por se sentir incompreendido;
- Comportamentos inadequados de procura de cuidados, quer procura excessiva e/ou recorrente dos serviços de saúde quer procura alternativa.



(Teixeira, 2004)

COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR



Numa equipa multidisciplinar de saúde a comunicação constitui-se como uma necessidade vital, pelo que é imperativo comunicar com eficácia. As falhas de comunicação poderão comprometer o desempenho tanto do profissional como também de toda a equipa, pondo em causa a qualidade dos cuidados prestados.

No interior de uma equipa todos os elementos são importantes, pois cada um fornece contributos diferenciados que dão fundamento às decisões e qualidade às acções, no entanto, a existência de falhas de comunicação poderá comprometer todo este processo.

Lucas (2010)

IMPORTÂNCIA DE COMUNICAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



O trabalho em equipa não é uma actividade automática ou consequência natural de capacidade técnica ou profissional individual, mas sim uma qualidade a ser desenvolvida do ponto de vista colectivo.

Os principais grupos profissionais de uma organização de saúde, como enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica, assistentes sociais, entre outros, podem ter papéis, funções e competências radicalmente diferentes, mas apenas uma equipa interdisciplinar permite alvejar a excelência e a qualidade holística dos cuidados à pessoa, ou seja, em toda a sua plenitude.

Lucas (2010)

TIPOS DE COMUNICAÇÃO EM EQUIPA

Hierárquica



Segundo Carapinheiro (1993) "os processos de negociação tecem as relações sociais quotidianas dos serviços, de acordo com as posições hierárquicas, os compromissos ideológicos e a periodicidade das participações das diferentes categorias de pessoal na rede das relações de trabalho".

Em suma, a comunicação interdisciplinar é uma competência prática, que tem vindo a ser cada vez mais reconhecida nas organizações de saúde, pois permite desfragmentar a evidente necessidade de continuidade de cuidados da pessoa através da articulação/ partilha de conhecimentos e saberes, mantendo a responsabilidade individual de cada disciplina pela qualidade dos cuidados prestados.

Lucas (2010)

Gestão de conflitos

Num grupo heterogéneo, como geralmente é característica de uma equipa multidisciplinar, com alguma frequência, podem existir conflitos geradores de um ambiente negativo, com todas as repercussões que daí advêm nos cuidados de saúde.

Morais (2002) define conflitos como a incapacidade, sobretudo cognitiva, de se ultrapassar certos obstáculos autoproduzidos pela equipa.

Lucas, 2010



TIPOS DE CONFLITO

Conflito Construtivo:

- Quando a informação flui facilmente entre todos os elementos da equipa;
- É aquele que é desejado.



Conflito Destrutivo:

- Quando a informação não flui entre todos os elementos da equipa;
- Necessário gerir, já explicaremos como mais à frente.



OU

- ocorrem no interior do indivíduo quando tem necessidade de dar uma só resposta entre duas, que se excluem mutuamente.

Existem quatro tipos de conflito intrapessoal

Atração/Atração

- Em situação de escolha de situações atraentes, para escolher uma terá que rejeitar a outra, já que ambas não podem ser realizadas simultaneamente.

Repulsão/Repulsão

- Situações em que a pessoa está perante duas alternativas desagradáveis e tem vontade de as rejeitar, mas tem dificuldade em o fazer simultaneamente. Se não optar, implica automaticamente que qualquer das opções se imponha.

Atração/Repulsão

- A pessoa está perante situações de decisão pela parte do indivíduo, está perante vantagens e desvantagens, em que o indivíduo tem de decidir se deve aproximar-se ou afastar-se de um alvo que, ao mesmo tempo, lhe causa atração e receio.

Dupla Atração / Repulsão

- O indivíduo tem de decidir entre dois alvos, qualquer deles com aspetos positivos e negativos.

CONFLITOS INTERPESSOAIS

Surgem, pelas seguintes razões:

- Diferenças Individuais

- Limitação de Recursos

- Diferenciação de Papéis/pontos de vista

Diferenças de personalidade, de valores, de atitudes, de educação, de idade, de crenças de experiências, ..., contribuem para que as pessoas vejam e interpretem as situações de várias formas.

As empresas, grupos, famílias e pessoas não têm sempre todos os recursos de que necessitam;

Os recursos financeiros, técnicos e humanos são limitados.

ATITUDES FACE AO CONFRONTO DA SITUAÇÃO DE CONFLITO

❖ Ganhar-Perder



• Tem como fundamento uma relação, em que uma das partes, sendo mais forte que a outra, exerce a sua autoridade para remover o conflito.

• Gera frequentemente ataques pessoais.

• Promove o aparecimento de sentimentos de revolta e de agressividade.

• Uma das partes é forçada a ceder, sem haver diálogo ou negociação, não havendo procura de uma solução satisfatória para ambas.

• Esta atitude não satisfaz nenhuma das partes envolvidas no conflito;

• Não existe empenho em encontrar a solução adequada;

• O pensamento mais frequente é: *"Eu não ganho, mas tu também não"*.

• A médio prazo pode vir a contribuir para o desgaste das relações.

❖ Perder-Ganhar



❖ Ganhar-Ganhar



- Revela-se a atitude mais adequada e eficaz na resolução da maioria das situações de conflito.
- Ambas as partes encontram-se dispostas a dialogar, a confrontar pontos de vista, a apresentar alternativas e a negociar soluções, com a intenção de ficarem as duas partes a ganhar o mais possível com as soluções encontradas.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. (2011). Alterações linguísticas na Demência de Tipo Alzheimer. Universidade de Aveiro.
- Britto, F., & Samperiz, M. (2010). Communication difficulties and strategies used by the nurses and their team in caring for the hearing impaired. pp. 80-85.
- Brock, D., Abu-Rish, E., Chia-Ru, C., Hammer, D., Wilson, S., Vorvick, L., et al. (2013). Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J*, pp. 642-651.
- Borges, L. C., & Salomão, N. M. R. (2003). Aquisição da linguagem: considerações da perspectiva da interação social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 327-336.
- Douglas A. Kemerer (2016). How to manage manipulative behavior in geriatric patients. *American Nursing Today*
- Ferreira, E. D. (2013). *A influência dos principais factores de risco cardiovascular nos AVCs e consequente perturbação da linguagem adquirida* (Doctoral dissertation, [sn]).
- Laruccia, M. M. (2004). Notas sobre linguagem, comunicação e educação. *Pensamento & Realidade. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração-FEA. ISSN 2237-4418*, 15.

- Lucas, H. (2010). Comunicação Interdisciplinar em saúde: Importância e Desafios. *Nursing Edição Portuguesa*.
- Marcelo A. Rigotti; Adriano M. Ferreira (2005). Nursing interventions to the patient with pain. *Arq Ciênc Saúde*
- Mendes, L., Barbosa, F., & Reis, L. P. (2013). Realidade virtual e reabilitação neurocognitiva da lesão cerebral adquirida: estudo exploratório. *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2005). Impacto dos valores laborais e da interferência família-trabalho no estresse ocupacional. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 21(2), 173-180.
- Peixoto A, Simões A, Teles A, Osório E, Silva FR, Rodrigues H, Carvalho IP, Vale IC, Ferreira J, Monteiro J, Saganha J, Correia LM, Braga MF, Morais M, Valente P, Martins RG, Pedrosa R, Silva RR, Cruz R, Cardoso RM, Gonçalves S, Almeida S, Pais V. Entrevista Clínica: Situações Específicas. In Peixoto A, Valente P. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Universidade do Porto.
- Santos, M., Andrade, G., Grilo, A., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e conflitos. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, pp. 47-57.
- Schouten, Barbara C. & Meeuwesen, Ludwien (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Research Institute for Psychology and Health*, pp. 21-34.
- Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em saúde Relação Técnicos de Saúde - Utentes. pp. 615-620.

Anexo C- Ficha de Psicología Clínica

(vinheta identificativa do utente)

Ficha de Psicologia Clínica

Cama: _____

Data de admissão: __/__/__

Data da Alta: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____ Data Nascimento __/__/__ - __ anos

Estado Civil: _____ Situação Profissional: _____ Escolaridade _____

Residência/Localidade: _____ Cuidador: _____

HISTÓRIA ACTUAL

Proveniência: _____

Diagnóstico(s): _____

Antecedentes patológicos (médicos): _____

Limitações: _____

Antecedentes psicopatológicos: _____

Medicação Psicofarmacológica: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA

1) Dados relativos ao doente

a. Consciência do estado de saúde

b. Adaptação à doença/ incapacidade

c. Expectativas em relação à sua recuperação

d. Interação com os técnicos de saúde

(vinheta identificativa do utente)

2) Dados relativos à família

a. Genograma

b. Relação com o cuidador

c. Relação com a família

d. Rede Suporte Social

AVALIAÇÃO COGNITIVA E PSICOEMOCIONAL

Orientação _____

Défices cognitivos (áreas afectadas) _____

Humor _____

Mímica (expressão, contacto ocular) _____

Colaboração; Motivação para o processo de reabilitação _____

Queixas _____

(vinheta identificativa do utente)

PLANO DE INTERVENÇÃO

OBSERVAÇÕES

A Psicóloga _____

Data __/__/__

Anexo D - Sumarização das Sessões do Grupo de Estimulação
Cognitiva

Sessões	Objetivos	Atividades
Sessão 0 31.01.2018	<ul style="list-style-type: none"> • Realização dos pré teste; 	<ul style="list-style-type: none"> • Individualmente foram aplicadas as provas correspondentes aos pré testes (MoCA, teste de fluência verbal e teste do desenho do relógio);
Sessão 1 15.02.2018	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão de boas vindas; • Apresentação e integração dos membros do grupo; • Estabelecimento do vínculo entre o terapêutico; • Explicar os objetivos da intervenção; • Psicoeducação “estimulação dos défices cognitivos”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da estagiária, e por conseguinte dos utentes (atividade dinâmica de preenchimento de um quadro de apresentação com informações de cada um sobre as suas vidas, Genograma); • Visionamento de vídeo sobre o que é a demência e qual é a importância da estimulação cognitiva; • Discussão de como os problemas desta temática influencia as suas vidas e esclarecimento de dúvidas;
Sessão 2 20.02.2018	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a estabelecer relação entre utentes, através da partilha das histórias de vida; • Estimulação da concentração; • Psicoeducação “Atenção e Velocidade de Processamento”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão/exploração sobre experiências/questões pessoais; • Exercícios práticos; • Tarefa de orientação alopsíquica; • Atividade dinâmica
Sessão 3 27.02.2018	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar estimulação da concentração e atenção; • Estimulação da orientação com ênfase na alopsíquica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica; • Exercícios/jogo de palavras correspondentes e identificação das imagens; • Planeamento e construção de um calendário de mês de Março;

		<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de recordação dos dias da semana e dos meses do ano; • Aplicação prática de estratégias compensatórias;
<p>Sessão 4 06.03.2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação das competências da linguagem; 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica; • Executar/compreensão de ordens; • Leitura de palavras, frases e pequenos textos (de acordo com a escolaridade dos utentes); • Exercício de copiar palavras; • Correspondência de profissões; • Evocação categorial (animais, plantas, alimentos, cores...); • Palavras cruzadas;
<p>Sessão 5 08.03.2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as competências de Gnosias (funções perceptivas): <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento visual • Reconhecimento auditivo • Reconhecimento tátil 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica; • Reconhecimento e identificação de objetos e contorno das figuras com diferentes cores: <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios visuais das figuras; • Verdadeiro ou falso das figuras; <ul style="list-style-type: none"> • Quantas figuras iguais; • Reconhecimento e identificação dos diferentes sons de objetos; • Reconhecimento e identificação de objetos através do tato;
	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação das competências da 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica;

<p>Sessão 6 & Sessão 7</p> <p>15.03.2018 & 20.03.2018</p>	<p>memória</p> <p>(curto e longo prazo);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memória imediata (repetir números ou frases por ordem direta e depois inversa); • Memória recente (memorização de grupos de objetos, palavras e números, descrição de imagens e de 2 histórias com o maior numero de detalhes possível, memorização de uma lista de compras); • Memória remota (exercício sobre a arvore geneológica de cada utente, assim como exercícos de descrição de datas importantes); • Atividade de cultura geral.
<p>Sessão 8</p> <p>27.03.2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação de executar ordens; • Estimulação das competências praxias; 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica; • Executar as ordens que lhe são pedidas; • Jogo da mímica; • Jogo do espelho; • Cópia de figuras geométricas; • Destreza manual e criatividade;
<p>Sessão 9 & 10</p> <p>03.04.2018 & 10.04.2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação das funções executivas; • Estimulação de atividades de vida diárias; 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica; • As semelhanças (identificar o que é comum entre as palavras, objetos e categorias); • Diferenças de diferentes categorias (identificar o que distingue uma palavra da outra); • Sequências de ação relacionadas com diferentes atividades de vida diária (colocar por ordem a sequencia de imagens para concluir o que é proposto); • Sequencias lógicas (Completar a sequencia

		<p>lógica de números);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades de puzzles; • Atividades de inibição (trocar os nomes das figuras ou imagens que está a ver).
<p>Sessão 11 27.04.2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação de cálculos; • Relembrar exercício de cada uma das funções importantes (fazer um jogo de cada); 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica; • Músicas e Provérbios populares; • Jogo de funções executivas- cálculos básicos; • Jogos de assinalar as diferenças (pode ser de palavras, números ou imagens) - exercício de atenção; • Jogo de conhecimento de vocabulário e léxico (significado das palavras) - exercícios da linguagem; • Jogo de identificação das imagens – reconhecimento visual das funções perceptivas;
<p>Sessão 12 21.05.2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar os participantes para a importância da continuidade e do envolvimento em atividades de promoção e estimulação cognitiva; • Partilha de Emoções; • Realização dos pós teste 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de orientação alopsíquica; • Discussão de opiniões e experiências vividas; • Atividades dinâmicas

Anexo E - Sumarização do planeamento das atividades das
quintas cognitivas

Janeiro		
Datas	Atividades	Objetivos
Dia 4 e 11	<ul style="list-style-type: none"> • Cantar as Janeiras; • Recolha e ensaio de músicas alusivas às Janeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o convívio/interação entre os utentes; • Promover a partilha de vivências e tradições entre utentes; • Estimular para aprendizagem das histórias inerentes a esta época; • Estimular o desenvolvimento cognitivo dos utentes.
Dia 16 e 24	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos manuais; • Elaboração de mascaras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a criatividade e imaginação dos utentes; • Promover a diversão entre os utentes;

Fevereiro		
Datas	Atividades	Objetivos
Dia 2 e 7	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade dos trabalhos manuais alusivos ao carnaval; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a criatividade e imaginação dos utentes;
Dia 12	<ul style="list-style-type: none"> • Festejar o carnaval; • Diversão com música e mascarilhas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos agradáveis de convívio e animação; • Criar momentos lúdicos e criativos;

Dia 14	<ul style="list-style-type: none"> • Dia de São Valentim; • Elaboração de trabalhos manuais alusivos ao dia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver criatividade, a motricidade fina, proporcionando um momento lúdico, criando envolvimento com o utente; • Fortalecer os laços entre todos; • Estimular memórias passadas entre utentes.
Dia 21 e28	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos manuais; • Elaborar uma flor de papel; 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver criatividade, a motricidade fina, proporcionando um momento lúdico, criando envolvimento com o utente;

Março		
Datas	Atividades	Objetivos
Dia 8	<ul style="list-style-type: none"> • Comemorar Dia da Mulher; • Sessão de fotografia; • Elaborar um cartaz; • Presentear todas as mulheres com uma flor; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um dia especial onde as mulheres são o centro das atenções; • Valorizar e dignificar o papel da mulher;
Dia 19	<ul style="list-style-type: none"> • Comemorar o dia do Pai; • Elaboração de um cartaz; 	<ul style="list-style-type: none"> • Relembrar o passado com os pais; • Promover a reaproximar pais e filhos; • Criar um momento lúdico sobre assunto abordado; • Incentivar a visita dos filhos mais distantes aos pais;
Dia 20	<ul style="list-style-type: none"> • Chegada da Primavera; • Fotos de plantas e flores; • Embelezar a unidade com trabalhos manuais feitos pelos utentes; • Trabalhos manuais alusivos à Páscoa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a interação entre utentes e sensibilizar para a mudança da natureza; • Promover motricidade grossa e fina; • Estimular a criatividade e imaginação; • Estimular a pertença de grupo; • Prevenir o isolamento;
Dia 27	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação dos trabalhos manuais alusivos à Páscoa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar o conhecimento sobre o mundo da representação;

	<ul style="list-style-type: none"> • Dia Mundial do Teatro; • Apresentação de uma peça de teatro; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos de convívio e animação;
--	---	---

Abril		
Datas	Atividades	Objetivos
Dia 1	<ul style="list-style-type: none"> • Dia de Páscoa; • Visita Pascal pelas 9 horas; • Convívio e toma de pequeno-almoço no refeitório; 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o ritual religioso do compasso; • Promover a partilha de vivências e tradições; • Fomentar o fortalecimento de laços entre utentes;
Dia 4	<ul style="list-style-type: none"> • Música Popular Portuguesa - adaptar uma música com vários instrumentos, com os utentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o gosto pela música; • Proporcionar momentos de convívio e alegria;
Dia 12	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos manuais de preparação para o Dia da Mãe; 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização do papel da mãe na sociedade; • Promover o reviver das lembranças;
Dia 19	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação dos trabalhos manuais para o dia da mãe; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos de convívio e animação;
Dia 29	<ul style="list-style-type: none"> • Comemorar o dia mundial da dança; • Aula de zumba sénior; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos de convívio e animação; • Exercícios adaptados de fisioterapia acompanhados de música;

Maio

Datas	Atividades	Objetivos
Dia 1 e 10	<ul style="list-style-type: none"> • Comemorar o dia do Mãe; • Elaboração de um cartaz; • Dia do Trabalhador “Profissões de antigamente” • Trabalhos manuais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um momento lúdico sobre assunto abordado; • Incentivar a visita dos filhos mais distantes aos pais; • Estimular a comunicação interpessoal, promover debate sobre profissões em extinção e as profissões que exerceram. • Promover estimulação cognitiva através de histórias. • Criar momento lúdico e criativo. • Desenvolver a motricidade grossa e fina;
Dia 15	<ul style="list-style-type: none"> • Dia da família; • Realizar um lanche convívio no Bar do Hospital com a presença dos familiares; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar momentos de lazer e alegria;
Dia 17	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos agradáveis de convívio; • Desenvolver o sentido auditivo;
Dia 24	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos didáticos adequados à idade /doença /dependência de cada utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover motricidade grossa e fina; • Estimular a criatividade; • Desenvolver o sentido de pertença no grupo; • Prevenir isolamento;

Junho

Datas	Atividades	Objetivos
Dia 1	<ul style="list-style-type: none"> • Encontro intergeracional; • Trabalhos de desenho alusivos ao dia da criança; 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover as relações interpessoais; • Promover as relações de diferentes gerações; • Estimular a troca de experiências;
Dia 2 e 7	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos manuais alusivos ao Verão; • Viajar “Conhecer Portugal” 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover motricidade grossa e fina; - Estimular a criatividade; • Desenvolver o sentido de pertença no grupo; • Estimular a comunicação interpessoal, promover debate sobre locais de Portugal, gastronomia, artesanato, entre outros.
Dia 14 e 21	<ul style="list-style-type: none"> • Início do Verão; • Decoração da unidade com trabalhos; • Realizados pelos utentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar momentos agradáveis de convívio e animação; • Estimular a criatividade; • Promover motricidade grossa e fina;
Dia 22	<ul style="list-style-type: none"> • Véspera de s. João; • Organização da Festa de São João; • Almoço convívio ao ar livre; • Desfile dos utentes com os arcos e manjericos que elaboraram; • Coroação da miss e do mister S. João; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar muita alegria e animação; • Promover a conservação de tradições e saberes;

Anexos F - Tabelas das Avaliações e Acompanhamentos
Psicológicos

ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO INDIVIDUAL

Identificação	Problemáticas	Avaliação Psicológica	Abordagem terapêutica	Observação
NM 52 anos (2 sessões) UC	Humor deprimido; Desajustado na relação interpessoal; Postura inadequada; Comportamento desafiante, hostil; Pouco colaborante	MMSE	*Promoção de bem-estar psicoafectivo; *Gestão de controlo emocional; *Treino da empatia e da assertividade; *Terapia cognitivo-comportamental para comportamentos aditivos;	Alta
MC 66 anos (5 sessões) UMDR	Problemas familiares; Comportamentos obsessivos e agressivos; Depressão	MMSE; GDS	*Apoio à integração do utente na unidade; *Supervisão do estado emocional e comportamental; *Acompanhamento psicológico;	Alta
NT 80 anos (16 sessões) UMDR	Défices cognitivo; Queixas mnésicas; Desorientação	MMSE; GDS; MoCA; Blad; Escala de ansiedade de Zung; BDI; ADAS-Cog	*Estimulação cognitiva das áreas deficitárias; *Terapia de orientação para realidade; *Promoção do estado psicoemocional;	<u>Continua em prolongamento social</u>
JR 83 anos (3 sessões) UC	Depressão; Expetativas desajustadas; Problemas alimentares	MMSE; GDS	*Apoio na adaptação à sua incapacidade/dependência; *Gestão de expectativas; *Promoção do sentimento de bem-estar; *Supervisão do estado psicoemocional; *Psicoeducação alimentar.	Alta
	Défices cognitivos;		*Gestão de expectativas;	

LL 84 anos (4 sessões) UMDR	Depressão	MMSE; GDS	*Supervisão e promoção do estado cognitivo; *Apoio psicoemocional;	Alta
MRP 79 anos (3 sessões) UMDR	Expetativas desajustadas; Síndrome depressivo	MMSE	*Gestão de expectativas; *Apoio psicoemocional; *Partilha de estratégias de autocontrolo emocional; *Promoção do sentimento de autocontrolo e autoconfiança.	Alta
MTD 86 anos (6 sessões) UC	Depressão (luto); Défices cognitivos; Problemas sociais	MMSE; GDS	*Apoio na adaptação da utente à incapacidade apresentada; *Acompanhamento psicológico; *Apoio psicoemocional (Escuta ativa e validação); *Promoção de estratégias de autocontrolo emocional; *Reestruturação cognitiva; *Consulta motivacional.	Óbito durante internamento (10.02)
JL 47 anos (6 sessões) UMDR	Problemas familiares; Problemas sociais; Indiferença e embotamento emocional; incapacidade de insight; défices cognitivos; etilismo crónico; Hipoacusia	MMSE; BADs	*Consciencialização do seu estado de saúde; *Reabilitação dos processos cognitivos; *Estimulação cognitiva (Terapia de Orientação para a Realidade); *Promoção de sentimentos de bem-estar e autoconfiança;	Continua em prolongamento social (aguardar internamento em unidade saúde mental)
MJM 87 anos (3 sessões) UC	Obesidade mórbida; Hipoacusia; Desorientação alopsíquica	Não existiu a possibilidade de ser avaliada formalmente devido à sua avançada	*Terapia de orientação para a realidade; *Supervisão do estado cognitivo e emocional;	Alta

		hipoacusia		
JS 44 anos (5 sessões) UMDR	Toxicodependente; hábitos etílicos; Síndrome de abstinência; Problemas familiares; Luto	MMSE	*Psicoeducação do álcool e drogas; *Supervisão do estado cognitivo e psicoemocional; *Promoção de sentimentos de bem-estar, autoestima e autoconfiança; *Supervisão do estado motivacional; *Apoio psicológico com supervisão do estado emocional e processo de luto;	Alta por transferência
GJ 80 anos (6 sessões) UC	Défices cognitivos; Depressão;	MMSE	*Apoio psicoemocional; *suporte emocional com partilha de estratégias cognitivas para controlo de dor;	Óbito durante prolongamento social
ES 62 anos (11 sessões) UMDR	Tentativa de suicídio; etilismo crónico; encefalopatia de wernicke; confusão mental; défices cognitivos; Problemas familiares; Labilidade emocional	MMSE; GDS	*Apoio psicoemocional; *Terapia de orientação para a realidade; *Consulta motivacional; *Reestruturação cognitiva;	Continua em prolongamento social
AB 62 anos (3 sessões) UC	Alcoolismo; Tabagismo; Défices cognitivos; Confusão mental; Afasia; Disartria	MMSE	*Promoção da aceitação do estado de saúde atual; *Estimulação das funções cognitivas superiores (englobando Terapia de Orientação para a Realidade); *Supervisão do estado psicoemocional.	Alta
AO 67 anos (3 sessões)	Ansiedade; défices cognitivos	MMSE	*Estimulação cognitiva; *Supervisão do estado psicoemocional;	Alta

UC				
MM 86 anos (4 sessões) UC	Problemas sociais; Humor deprimido	MMSE; GDS	*Apoio psicoemocional; *Consulta motivacional;	Alta depois de quase 2 anos em prolongamento social
MLP 87 anos (6 sessões) UC	Doença de Parkinson; sem capacidade de insight; Problemas sociais; Problemas familiares; Fragilidade emocional;	Não foi possível fazer uma avaliação formal	*Terapia de orientação para a realidade; *Apoio emocional; *Consulta motivacional;	Continua em prolongamento social
MSP 77 anos (8 sessões) UC	Problemas familiares e sociais; Depressão; Pouca motivação	MMSE; GDS	*Supervisão do estado cognitivo; *Apoio psicoemocional; *Partilha de estratégias de autocontrolo emocional; *Consulta motivacional;	Continua em prolongamento social
ASV 63 anos (6 sessões) UC	Problemas familiares; Humor deprimido (fragilidade emocional); Défices cognitivos	MMSE; GDS	*Consulta motivacional; *Apoio psicoemocional; *Reestruturação cognitiva (com ênfase na promoção de orientação temporal)	Alta após vários meses em prolongamento social
SC 87 anos (5 sessões) UMDR	Distúrbio alimentar; Desorientação alopsíquica;	MMSE	*Psicoeducação alimentar; *Terapia de orientação para a realidade; *Supervisão do estado emocional;	Alta
MS 84 anos	Desorientação alopsíquica; Défices Cognitivos; Humor deprimido;	MMSE	*Terapia de orientação para a realidade; *Estimulação cognitiva; *Partilha de	Alta

(5 sessões) UMDR			estratégias de autocontrolo emocional; *Apoio psicoemocional;	
MOC 73 anos (6 sessões) UMDR	Esquizofrenia paranoíde; Síndrome depressivo; Défices cognitivos; Ansiedade	MMSE; GDS	*Terapia de orientação para a realidade; *Estimulação cognitiva; *Partilha de estratégias de autocontrolo emocional; *Apoio psicoemocional; *Entrevista motivacional;	Alta
SMR 80 anos (4 sessões) UMDR	Problemas Familiares; Défices cognitivos; Labilidade emocional;	MMSE	*Terapia de orientação para realidade; *Reestruturação cognitiva; *Apoio psicoemocional	Alta após vários meses em prolongamento social
MRR 65 anos (5 sessões) UC	Fragilidade emocional; Problemas familiares; Problemas sociais;	MMSE; GDS	*Supervisão estado cognitivo; *Apoio psicoemocional	Continua em prolongamento social
ASC 88 anos (3 sessões) UC	Humor ligeiramente deprimido; Problemas Familiares; Desorientação temporal	MMSE	*Terapia de orientação para a realidade; *Supervisão do estado psicoemocional; *Partilha de estratégias de autocontrolo emocional;	Alta
AGS 86 anos (6 sessões) UC	Humor deprimido; Problemas Familiares;	MMSE; GDS	*Supervisão estado cognitivo; *Apoio psicoemocional; *Estratégias de autocontrolo emocional; *Estratégias de adaptativas;	Alta após semanas em prolongamento

ASF 78 anos (5 sessões) UC	Hábitos etílicos; Depressão; Pensamentos obsessivos; Labilidade emocional	MMSE; GDS	*Supervisão do estado cognitivo; *Apoio psicoemocional; *Partilha de estratégias de autocontrolo emocional; *Promoção de comportamentos e hábitos de saúde saudáveis;	Alta
SSB 65 anos (3 sessões) UMDR	Obesidade mórbida; ex-fumador;	MMSE	*Monitorização do estado cognitivo e emocional; *Consulta motivacional; *Psicoeducação baseada nos benefícios da perda de peso e manutenção da dieta alimentar;	Alta
DA 84 anos (3 sessões) UC	Hipoacusia severa; Défices cognitivos; Problemas sociais	MMSE	*Terapia de orientação para a realidade; *Supervisão do estado psicoemocional e motivacional;	Alta
RFM 81 anos (3 sessões) UMDR	Humor deprimido; Desorientação temporal; períodos de confusão mental;	MMSE; GDS	*Apoio psicoemocional; *Consulta motivacional; *Partilha de estratégias de autocontrolo emocional;	Alta por agudização
RIR 98 anos (4 sessões) UC	Problemas sociais; Desorientação alopsíquica;	MMSE	*Terapia de orientação para a realidade; *Supervisão do estado emocional e motivacional através do acompanhamento psicológico;	Continua em prolongamento social
RD 74 anos	Desorientação alopsíquica; Expectativas desajustadas; Humor	MMSE; GDS	*Técnicas de orientação alopsíquica; *Gestão de expectativas; *Consulta motivacional; *Apoio	Alta por falta de critérios para esta unidade

(4 sessões) UC	deprimido		psicoemocional;	
AQ 73 anos (5 sessões) UMDR	Problemas sociais; Expetativas irreais; Humor deprimido;	MMSE; GDS	*Gestão de expetativas; *Apoio psicoemocional; *Estratégias de autocontrolo emocional;	Continua em prolongamento social
DDT 75 anos (8 sessões) UMDR	Problemas Familiares; Sem capacidade de insight; Défices cognitivos; Fragilidade emocional	MMSE; GDS; MoCA; Teste de Barcelona	*Promoção da consciencialização; *Reestruturação cognitiva; *Apoio psicoemocional (suporte emocional, escuta ativa e validação);	Alta
AL 82 anos (6 sessões) UMDR	Problemas Familiares; Depressão (3 lutos); Crenças	MMSE; GDS	*Apoio psicoemocional (escuta ativa e validação, e partilha de estratégias de autocontrolo emocional); *consulta motivacional;	Alta
AAE 65 anos (8 sessões) UMDR	Afasia mista; Ansiedade; Défices cognitivos; Depressão	MMSE; GDS; BECK; MoCA	*Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e respiração diafragmática; *Consciencialização e gestão de expectativas; *Reestruturação cognitiva; *Promoção de orientação alopsíquica; *Apoio emocional e partilha de estratégias de autocontrolo emocional;	Alta
IF 60 anos (3 sessões)	Hábitos tabágicos; Humor deprimido; Problemas Familiares; Problemas sociais	MMSE; GDS	*Supervisão do estado cognitivo; *Consulta motivacional; *Apoio emocional;	Alta após semanas em prolongamento

UC				
AFN 89 anos (4 sessões) UMDR	Parcial desorientação temporal; Fragilidade emocional (luto); Expectativas irreais;	MMSE; GDS	*Promoção de orientação temporal; *Partilha de estratégias de autocontrolo emocional; *Gestão de expectativas e técnicas adaptativas; *consulta motivacional;	Alta
HF 77 anos (5 sessões) UMDR	Queixas mnésicas; Ansiedade; Obesidade; Humor deprimido; Problemas sociais	MMSE; Escala de ansiedade de Zung; Questionário de queixas de memória;	*Reestruturação cognitiva; *Apoio psicoemocional; *Consulta motivacional;	Continua em prolongamento social
JAA 66 anos (4 sessões) UC	Depressão reativa; Ansiedade; Problemas Familiares; Hábitos etílicos	MMSE; GDS	*Supervisão do estado cognitivo e motivacional; *Apoio emocional; *Psicoeducação e promoção de comportamentos e hábitos de saúde saudáveis; *Reforço positivo;	Alta
MAS 85 anos (4 sessões) UC	Distúrbio de ansiedade generalizada; Insónias; Humor deprimido	MMSE; GDS; Escala de ansiedade	*Supervisão do estado cognitivo; *Apoio psicoemocional; *Gestão de expectativas;	Alta após um mês em prolongamento
MJG 77 anos (4 sessões) UMDR	Dor crónica; Desorientação alopsíquica; Labilidade emocional; Períodos de confusão mental	MMSE; GDS; Escala de dor	*Técnicas de orientação alopsíquica; *Consulta motivacional; *Reforço positivo; *Apoio emocional (escuta ativa e validação e partilha de estratégias de autocontrolo emocional); *Estimulação de competências de	Internamento

			comunicação e organização do pensamento;	
JMB 75 anos (3 sessões) UC	Ex-fumador; Lesões isquémicas; Sem capacidade de insight; Embotamento afetivo; Depressão (luto); Défices cognitivos;	MMSE; GDS	*Estimulação do estado cognitivo, emocional e motivacional (através de treino cognitivo, de estratégias de coping e da entrevista motivacional); *Auxílio na adaptação do utente, e seus familiares, à sua nova condição clínica; *Estratégias de coping face a perda de elemento familiar muito significativo (luto).	Alta
MCR 93 anos (4 sessões) UC	Problemas sociais; Apelativa com profissionais de saúde; sem capacidade de insight; ligeiros défices cognitivo; Expetativas desajustadas	MMSE	*Apoio psicoemocional; *Consulta motivacional; *Reforço positivo;	Continua em prolongamento social
MA 75 anos (3 sessões) UC	Depressão (luto patológico à 9 anos)	MMSE; GDS	*Apoio psicoemocional; *Intervenção no luto através de estratégias de coping para lidar com a perda; *Promoção de autonomia e funcionalidade através de estratégias de melhoria das AVD's;	Alta
AMR 84 anos (3 sessões)	Défices cognitivos (ênfase na desorientada alopsíquica); Períodos com confusão mental; sem capacidade de insight; Humor deprimido	MMSE	*Reestruturação cognitiva; *Promoção de estratégias de autocontrolo emocional, de relacionamento interpessoal e comportamento socialmente adaptativo; *Consulta psicológica e entrevista motivacional;	Continua em prolongamento
	Ligeiros défices cognitivos; Humor	MMSE;	*Reestruturação cognitiva; *Estratégias de coping para	Internamento

MMAS 84 anos (2 sessões) UMDR	deprimido;	GDS	lidar com situação clínica; *Entrevista motivacional;	
ACP 77 anos (3 sessões) UC	Défices cognitivos; Confusão mental; Problemas sociais; Humor deprimido	MMSE; GDS	*Reestruturação cognitiva; *Promoção de estratégias para melhorar estado de humor; *Entrevista motivacional;	Alta
MFQ 84 anos (2 sessões) UC	Síndrome demencial incipiente; Desorientação auto e alopsíquica; Confusão mental;	MMSE	*Redução das esteriotipias mão-boca; *Treino do comportamento social ajustado (regras/limites); *Treino de relacionamento interpessoal (assertividade e empatia); *Promoção de bem-estar psicológico; *Estimulação cognitiva das áreas deficitárias.	Internamento
BS 60 anos (3 sessões) UC	Problemas Familiares; Problemas Sociais; Humor deprimido; Ca mama	MMSE	*Promover bem-estar psicoafectivo; *Promover envolvimento social/interpessoal; *Promover a adesão ao processo de reabilitação;	Internamento

AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS INDIVIDUAIS

AR 84 anos (Avaliação) UC	Défices cognitivos; Embotamento afetivo	MMSE	*Supervisão do estado cognitivo; *Apoio psicoemocional; *Apoio à integração do utente na unidade.	Alta
------------------------------------	--	------	---	------

<p>MAA</p> <p>77 anos</p> <p>(Avaliação)</p> <p>UMDR</p>	<p>Défices cognitivos;</p>	<p>MMSE</p>	<p>*Apoio à integração do utente na unidade;</p> <p>*Supervisão do estado emocional;*Reestruturação cognitiva.</p>	<p>Alta</p>
<p>HS</p> <p>72 anos</p> <p>(Avaliação e reavaliação para alta)</p> <p>UC</p>	<p>Ex-fumador;</p>	<p>MMSE</p>	<p>*Apoio à integração do utente na unidade;</p> <p>*Supervisão do estado cognitivo e psicoemocional.</p>	<p>Alta</p>
<p>CMR</p> <p>48 anos</p> <p>(Avaliação)</p> <p>UC</p>	<p>Hipoacusia;</p> <p>Tabagismo;</p> <p>Toxicodependente;</p>	<p>MMSE</p>	<p>*Supervisão do estado emocional; *Consulta motivacional; *Promoção de comportamentos e hábitos de saúde saudáveis;</p>	<p>Alta</p>
<p>JLO</p> <p>56 anos</p> <p>(Avaliação)</p> <p>UC</p>	<p>TCE; Ansiedade reativa a problema visual</p>	<p>MMSE</p>	<p>*Consulta motivacional;</p> <p>*Supervisão emocional;</p>	<p>Alta</p>
<p>IM</p> <p>78 anos</p> <p>(Avaliação)</p> <p>UC</p>	<p>Patologia ansio-depressiva recorrente;</p> <p>Obesidade mórbida;</p> <p>Humor deprimido</p>	<p>MMSE;</p> <p>GDS</p>	<p>*Promoção do estado emocional eutímico;</p> <p>*Acompanhamento psicológico centrado na adaptação à nova condição e no luto patológico;</p> <p>*Manutenção do estado cognitivo; *Promoção de estilos de vida mais saudáveis, (intervenção na obesidade mórbida);</p> <p>*Consulta motivacional (alteração dos hábitos alimentares e gestão da ansiedade);</p>	<p>Alta</p>
<p>AUS</p>	<p>Hipovisão e</p> <p>Hipoacusia; Labilidade</p>	<p>MMSE</p>	<p>*Promoção de auto-</p>	<p>Alta</p>

85 anos (Avaliação) UC	emocional; Problemas Familiares		controlo emocional e comportamento adaptativo e ajustado no relacionamento interpessoal; *Reforço positivo e motivacional; *Supervisão da função cognitiva; *Intervenção no funcionamento executivo e comportamento desafiante;	
MFF 50 anos (Avaliação) UMDR	Demência e alterações do comportamento; Hábitos alcoólicos; Alterações cognitivas; Sintomas ansiosodepressivos; Expetativas desajustadas	MoCA	*Reestruturação cognitiva; *Supervisão do estado psicoemocional; *Estratégias de coping para adaptação à doença, diminuição dos episódios de labilidade e dos sintomas ansiosodepressivos;	Internamento
JP 62 anos (Avaliação) UMDR	Problemas Familiares; Problemas Sociais; Sem capacidade de insight; Desorientação alopsíquica;	MMSE	*Promover competências de relacionamento interpessoal; *Estratégias de motivação;	Internamento
MJF 91 anos (Avaliação) UC	Problemas Familiares; Mímicar marcada por expressões faciais triste;	MMSE	*Promoção de bem-estar psicoemocional; *Promoção de estratégias de adesão ao processo de reabilitação; *Supervisão do estado cognitivo; *Treino de competências de comunicação verbal e não-verbal (promover atitude empática, assertiva e de gosto pelo relacionamento interpessoal).	Internamento

AVALIAÇÕES PSICOLÓGICAS INDIVIDUAIS DOS UTENTES DO GRUPO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

<p align="center">AMC</p> <p align="center">70 anos</p> <p align="center">(8 sessões)</p> <p align="center">UC</p>	<p align="center">Défices cognitivos; Humor deprimido; Problemas Familiares;</p>	<p align="center">MMSE; GDS; MoCA; Teste Fluência Verbal; Teste desenho do relógio;</p>	<p align="center">Encaminhamento para Grupo Estimulação Cognitiva</p>	<p align="center">Continua em prolongamento social</p>
<p align="center">MLC</p> <p align="center">82 anos</p> <p align="center">(8 sessões)</p> <p align="center">UC</p>	<p align="center">Défices cognitivos; Problemas familiares;</p>	<p align="center">MMSE; GDS; MoCA; Teste Fluência Verbal; Teste desenho do relógio;</p>	<p align="center">Encaminhamento para Grupo Estimulação Cognitiva</p>	<p align="center">Continua em prolongamento social</p>
<p align="center">NR</p> <p align="center">84 anos</p> <p align="center">(8 sessões)</p> <p align="center">UC</p>	<p align="center">Défices cognitivos; Depressão; confusão mental; síndrome demencial ligeiro; Problemas familiares</p>	<p align="center">MMSE; GDS; MoCA; Teste Fluência Verbal; Teste desenho do relógio;</p>	<p align="center">Encaminhamento para Grupo Estimulação Cognitiva</p>	<p align="center">Continua em prolongamento social</p>

Anexo G - Tabela das provas complementares

Provas de Avaliação Psicoemocional

Teste	Desvio à Norma	Classificação
BDI – Escala de Depressão	Não Deprimido	9 (63)
Zung – Escala de Ansiedade	Sem Ansiedade	27 (80)

Provas Complementares (BLAD)

Atenção e Funções Executivas	Pont./Percentil	Classificação
Corte A's	1,14 (x=3,07)	Défice ligeiro/moderado
Motor	2 (x=2,42)	Média (inferior)
Iniciativa e perseveração	17 (x=14)	Média (superior)
Matrizes Progressivas Raven	11 (x=18)	Défice ligeiro/moderado
Memória	Pont./Percentil	Classificação
Memória de números	8 (x=7,75)	Média
Orientação	8 (x=14,58)	Défice ligeiro/moderado
Memória verbal com interferência	9 (x=10,17)	Défice ligeiro
Memória associativa de palavras	7 (x=12,71)	Défice moderado
Informação	15 (x=16,42)	Média (inferior)
Linguagem e Funções Relacionadas	Pont./Percentil	Classificação
Compreensão de ordens	4 (x=4)	Média

Identificação de objetos	5 (x=5)	Média
Nomeação de cores	4 (x=4)	Média
Nomeação	7 (x=7)	Média
Repetição	11 (x=11)	Média
Leitura	2 (x=2)	Média
Escrita	2(x=2)	Média
Aritmética	10 (x=14)	Média (inferior)

Anexos H – Planeamento das sessões do estudo de caso

Sessões	Atividades	Objetivos
1 (14.11.2017)	Reavaliação MMSE e GDS; Entrevista motivacional e reforço positivo.	*Avaliar a existência e evolução dos défices cognitivos e do estado psicoafectivo; *Desenvolver estratégias de autocontrolo emocional para ultrapassar as dificuldades em lidar com as notícias fornecidas.
2 (28.11.2017)	Anamnese	*Explorar pormenorizadamente a história pessoal, familiar e profissional.
3 (12.12.2017)	Continuação da anamnese; Terapia de orientação para a realidade.	*Continuar a exploração pormenorizada da história profissional e pessoal; Trazer a utente para a realidade, para o contexto hospitalar, dar-lhe a perceção da sua situação clinica e pessoal.
4 (27.12.2017)	Descrição da história familiar relacionada ao natal; Atividades de orientação, linguagem, atenção, cálculo e raciocínio (atividades de puzzles com diferentes graus de dificuldade, atividades de sequencia lógica de imagens de atividades de vida diária e identificação de imagens fazendo a junção de sílabas, cálculos, descrição de uma história, jogo de labirinto).	*Estimulação de memórias a cerca do seu passado familiar; *Explorar amplitude dos défices das áreas cognitivas comprometidas.
5 (04.01.2018)	Aplicação do teste MoCA; Aplicação do teste do desenho do relógio; Aplicação de algumas subprovas da Blad; Exercícios de orientação.	*Pré teste; *Exploração dos défices cognitivos e das áreas mais afetadas.
6 (10.01.2018)	Continuação da aplicação das subprovas da Blad; Aplicação da escala de depressão BDI; Exercícios de orientação.	*Continuar a explorar os défices cognitivos; *Explorar sintomas depressivos.
7 (18.01.2018)	Aplicação da subprova Raven da Blad; Aplicação da escala de ansiedade de Zung; Exercícios de orientação.	*Explorar os sintomas ansiosos; *Estimular a orientação auto e alopsíquica.
8 (21.02.2018)	Exercícios e estratégias de compensação de	*Estimular a orientação alopsíquica;

	orientação (construção do calendário do próximo mês, visita guiada e pontos estratégicos).	*Estimular a autonomização possível de NT mediante o seu quadro clínico.
9 (27.02.2018)	Exercícios de descrição dos meses, estações, dias da semana; Exercícios de correspondência e identificação de imagens; Procura do número, letra ou objeto identificado, num grupo; Identificação de imagens ou objetos que se repetem.	*Estimular a orientação; *Estimular as capacidades atencionais.
10 (07.03.2018)	Exercícios relacionados com a identificação de objetos através das funções tácteis, visuais e auditivas	*Estimulação multissensorial para desenvolver os sentidos.
11 (21.03.2018)	Discussão de acontecimentos passados (da infância e adolescência); Descrição de como fazer uma sobremesa; Lista de compras; Descrever pormenores de imagens visualizadas.	*Estimular a memória (remota, trabalho, imediata e recente).
12 (05.04.2018)	Exercícios de repetição de números, palavras ou frases por ordem direta e inversa; Exercícios de memorização de palavras de grupos de palavras; Recontar duas histórias ou descrever o máximo de detalhes que se recorda; Exercícios de cultura geral.	*Continuação da estimulação da memória.
13 (12.04.2018)	Exercícios de construção, copia e decoração de figuras geométricas; Comparar cada figura com matérias utilizados no dia-a-dia.	*Estimular as capacidades visuoestrutivas; *Estimular a imaginação, criatividade e expressão artística.
14 (23.04.2018)	Exercícios de mímica; Jogo do espelho; Provérbios e músicas tradicionais.	*Estimulação de cumprir ordens; *Estimulação de memórias antigas;
15 (02.05.2018)	Aplicação da ADAS-Cog; Diferentes exercícios de memória, linguagem,	*Avaliação da doença de Alzheimer através da escala;

	atenção e capacidades práticas.	*Sensibilizar para a importância de continuar a realizar estes exercícios e para a participação e envolvimento em atividades de promoção e estimulação cognitiva.
16 (22.05.2018)	Pós-testes	*Comparação com os pré-testes