



CESPU

INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Neuropsicologia Clínica

Diana Patrícia Pinto dos Santos

Gandra, 2013



CESPU

INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de estágio curricular realizado na Unidade de Cuidados Continuados do Hospital da Misericórdia de Paredes sob supervisão do Prof. Doutor Bruno Peixoto e orientação do Dr. Duarte Pacheco

Mestrado em Neuropsicologia Clínica

Diana Patrícia Pinto dos Santos n.º16214

Gandra, 2013

O hospital é (...) uma instituição, para o melhor e para o pior. Por um lado ele reúne o que há de mais avançado na medicina (...) constituindo-se assim no local ideal para a (...) cura. Mas, por outro lado, o hospital anula a individualidade do sujeito adoentado (...).

Ao contrário do paciente do consultório, o qual mantém o seu direito de opção em aceitar ou não o tratamento e desobedecer à prescrição, o doente acamado perde tudo (...), a sua intimidade é invadida, o mundo de relações é rompido.

Ele deixa de ser sujeito. É apenas um objeto da prática médico-hospitalar, tem suspensa a sua individualidade e vê-se transformado em mais um caso a ser contabilizado.

Quando o psicólogo entra no hospital, percebe que os ensinamentos e leituras teóricas da sua prática académica não serão, por maiores que sejam as horas de estudo e reflexão teórica sobre a temática, suficientes para (...) a sua atuação.

E aprende que terá de aprender aprendendo, com os pacientes, com a sua dor, angústia e realidade.

Alfredo Simonetti, 2004

Agradecimentos

A realização deste relatório é um compilar de vários momentos únicos de aprendizagem, companheirismo, amizade, disponibilidade, generosidade, compreensão, profissionalismo e partilha.

A todos aqueles que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização deste trabalho, gostaria de manifestar o meu agradecimento. Em especial,

À minha família

Ao Prof. Dr. Bruno Peixoto

Ao Dr. Duarte Pacheco

Aos meus colegas de estágio

À equipa multiprofissional do hospital

Aos meus colegas de curso

Às minhas amigas

A todos, muito obrigada.

Lista de Abreviaturas

ACM	Artéria Cerebral Média
AIT	Acidente Isquémico Transitório
APA	<i>American Psychological Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diárias
BADS	<i>Beehavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome</i>
BLAD	Bateria de Lisboa para Avaliação das Demências
BORB	<i>Birmingham Object Recognition Battery</i>
CCI	Cuidados Continuados Integrados
DA	Demência de Alzheimer
DCV	Doença Cerebrovascular
DV	Demência Vascular
DM II	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DRS-2	Escala de Avaliação da Demência – 2
FV	Fluência Verbal
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HMP	Hospital da Misericórdia de Paredes
HTA	Hipertensão Arterial
IFS	<i>INECO Frontal Screening</i>
ISCS-N	Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
PALPA-P	Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português
PEC	Programa de Estimulação Cognitiva
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SU	Serviço de Urgência
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TCE	Traumatismo Crâneo-Encefálico
TMT	<i>Trail Making Test</i>
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
WMS-III	Escala de Memória de Wechsler

Índice

Introdução	1
PARTE I – Caracterização do Hospital da Misericórdia de Paredes	
1. Caracterização do Contexto Institucional	2
1.1. Breve Historial	2
1.2. Missão e Valores	3
1.3. Serviços	3
2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	4
2.1. Objetivos da RNCCI	4
2.2. Organização da Rede	5
3. O HMP inserido na RNCCI	5
3.1. A Equipa Multidisciplinar	6
3.2. Tipos de Serviços	7
3.3. Condições de Funcionamento	8
PARTE II – Contributo do Neuropsicólogo na Instituição	
1. A Neuropsicologia no Contexto Hospitalar	11
1.1. Enquadramento Teórico	11
1.2. O Neuropsicólogo no Meio Hospitalar	12
2. Funções do Neuropsicólogo Clínico no HMP	13
PARTE III – Descrição das Atividades Realizadas ao Longo do Estágio	
1. Atividade Inicial	20
2. Observação	22
3. Avaliação Neuropsicológica	22
4. Reabilitação Neuropsicológica	34
5. Programa de Estimulação Cognitiva “Ativa-Mente”	39
5.1. Fundamentação Teórica	39
5.2. Implementação de um PEC no HMP	40
5.3. Caracterização do Grupo de Estimulação	41

5.4. Descrição das Sessões de Estimulação	42
5.5. Observação das Sessões de Estimulação	46
6. Ação de Formação – Dirigida aos Profissionais de Saúde	47
6.1. Pertinência do Tema	47
6.2. Objetivos da Ação de Formação	47
6.3. Descrição da Formação	48
7. Reuniões	49

PARTE IV – Estudo de Caso

1. Identificação	51
2. Motivo	51
3. Anamnese – História de Vida	52
3.1. História Familiar	52
3.2. História Educacional	53
3.3. História Profissional e Ocupacional	54
3.4. História Conjugal	55
4. História Clínica e da Problemática Atual	56
5. Avaliação Neuropsicológica	58
5.1. Instrumentos de Avaliação	60
5.2. Resultados da Avaliação	64
6. Conceptualização do Caso	64
7. Intervenção	66
7.1. Objetivos de Intervenção	66
7.2. Estratégias de Intervenção Utilizadas	67
7.3. Estruturação das Sessões de Estimulação	69
7.4. Obstáculos à Intervenção	70
7.5. Observação das Sessões de Estimulação	70
8. Reavaliação	73
9. Última Sessão – Devolução	74
Reflexão Crítica	74
Referências Bibliográficas	76
Anexos	89

Índice de Figuras

Figura 1 – Organização da RNCCI	5
Figura 2 – Órgãos e estrutura geral da UCC do HMP	6
Figura 3 – Genograma da senhora L.	55

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Avaliações realizadas na unidade de convalescença	30
Tabela 2 – Avaliações realizadas na unidade de média duração e reabilitação	32
Tabela 3 – Exemplo das intervenções realizadas	35
Tabela 4 – Resultados do ponto de vista neurocognitivo e da depressão da avaliação pré-estimulação	42
Tabela 5 – Resultados do ponto de vista neurocognitivo e da depressão da avaliação pré e pós-estimulação	46
Tabela 6 – Resultados obtidos nas subprovas do MMSE	60
Tabela 7 – Resultados obtidos no Teste de Fluência Verbal	61
Tabela 8 – Resultados obtidos no INECO <i>Frontal Screening</i>	63
Tabela 9 – Resultados obtidos nas subprovas da DRS-2	63
Tabela 10 – Objetivos de intervenção com a senhora L.	67
Tabela 11 – Resultados das avaliações realizadas à senhora L.	73

Lista de Anexos

Anexo A	Ficha de Psicologia Clínica
Anexo B	Plano das Sessões de Estimulação
Anexo C	Questionário dos Dados Sócio-Demográficos
Anexo D	Atividades Desenvolvidas no Programa de Estimulação Cognitiva
Anexo E	Certificado de Participação no Programa de Estimulação Cognitiva
Anexo F	Plano da Sessão de Formação
Anexo G	<i>Power-Point</i> utilizado na Sessão de Formação
Anexo H	Folha de Respostas do MMSE
Anexo I	Folha de Respostas do Teste de Fluência Verbal
Anexo J	Folha de Respostas do INECO <i>Frontal Screening</i>
Anexo K	Folha de Respostas da DRS-2
Anexo L	Livro da Memória – História de Vida
Anexo M	Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L.
Anexo N	Exercícios Realizados nas Sessões de Estimulação com a Senhora L.
Anexo O	Resultados da Reavaliação Realizada à Senhora L.
Anexo P	Exemplo de Exercícios para a Senhora L.

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Neuropsicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N), realizado no ano letivo 2012/2013, na Unidade de Cuidados Continuados (de convalescença e média duração e reabilitação), do Hospital da Misericórdia de Paredes (HMP), sob supervisão do Prof. Dr. Bruno Peixoto e a orientação do Dr. Duarte Pacheco.

O estágio teve a duração de nove meses, tendo-se iniciado em novembro de 2012 e finalizado em julho de 2013, e teve como principal objetivo desenvolver um conjunto de atividades que possibilitaram pôr em prática as aprendizagens efetuadas ao longo da formação teórica académica e adquirir competências profissionais adequadas. Da mesma forma, procurou-se através desta experiência promover a aquisição e o desenvolvimento de competências pessoais.

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte consiste na descrição e caracterização do Hospital da Misericórdia de Paredes. Desta forma, pretende-se dar a conhecer esta organização, bem como a sua prática de atuação. Na segunda parte, será definido o papel do neuropsicólogo clínico nesta unidade de saúde. De forma genérica, podemos referir que o papel do neuropsicólogo clínico, em contexto hospitalar, é bastante abrangente, e o seu modo de atuação deve, sobretudo, adequar-se à instituição onde exerce a atividade e às principais necessidades prevalentes nesse contexto. Diferentemente do contexto de consultório, muitas vezes, o neuropsicólogo precisa ser ativo e dinâmico, e adaptar-se aos mais distintos *settings* e preparar-se para as mais inesperadas situações que a doença pode trazer. Relativamente à terceira parte, esta aborda as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio. Início com a avaliação e reabilitação neuropsicológicas, passando pela descrição do programa de estimulação cognitiva grupal implementado na instituição, seguindo-se da formação realizada aos profissionais de saúde, e culminando com as reuniões de supervisão e de orientação. A quarta parte deste trabalho será dedicada a um estudo de caso elucidativo do trabalho que desenvolvi na unidade hospitalar em questão.

Para terminar este compêndio de experiências, finalizo com uma reflexão pessoal de toda uma experiência de estágio.

Caracterização do Hospital da Misericórdia de Paredes

“A vida no hospital é uma vida de relação. Relações entre profissionais das equipas multidisciplinares, entre eles e os pacientes, entre eles e os familiares dos pacientes e entre estes e a administração do hospital.”

Maria Salto, 2007

Todos os hospitais têm uma forma particular de funcionamento. Existem hierarquias, regras a cumprir e horários estabelecidos para quase tudo. Qualquer profissional que pretenda trabalhar num hospital terá como prioridade, nos primeiros dias, ver e aprender. Para mim, enquanto estagiária, não foi diferente. Somos nós que temos de nos encaixar no modo de funcionamento da instituição e, para isso, precisamos de conhecer o local onde estamos, as pessoas com quem vamos trabalhar, os procedimentos e as regras que temos de cumprir. Assim sendo, inicio este relatório com a caracterização do hospital onde decorreu o estágio curricular. Pretende-se que o leitor perceba as particularidades inerentes ao modo de funcionamento da instituição, essenciais para compreender o trabalho que lá foi desenvolvido.

1. Caracterização do Contexto Institucional

O Hospital da Misericórdia de Paredes foi reconhecido como hospital de referência no norte do país, designadamente no Vale do Sousa, no que diz respeito à qualidade de serviços de saúde prestados, tendo-se tornado um parceiro privilegiado das diversas instituições promotoras da saúde.

1.1. Breve Historial

O hospital de Paredes foi inaugurado em 1966 e funcionou como instituição pública até novembro de 2001, aquando a entrada em funcionamento do hospital Padre Américo – Vale do Sousa, ficando o edifício hospitalar de Paredes desativado.

No sentido de retomar a exploração da atividade hospitalar no atual edifício existente, procedeu-se à remodelação e ampliação do edifício, desenvolvendo um programa funcional e recorrendo a excelência técnica e a qualidade, tendo adquirido para o efeito equipamentos médicos e tecnologia de ponta.

Em 2008, o HMP reabriu e dispõe de uma oferta de serviços e de qualidade que mais nenhuma instituição nas proximidades apresenta.

1.2. Missão e Valores

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 o desempenho norteado pela competência técnico-científica, o compromisso com a melhoria contínua, o respeito pelos princípios éticos, a personalização e excelência.

1.3. Serviços

O hospital é composto por quatro pisos, apresentando a sua atividade assistencial distribuída por esses mesmos pisos, que se encontram devidamente equipados de acordo com as especialidades definidas para cada um, e que no total, oferecem serviços tais como: acesso/recepção/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 os profissionais de saúde.

Para além das diversas especialidades médicas que o HMP 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.

2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

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.

Os cuidados continuados integrados (CCI) fundamentam-se numa gestão de caso, onde são identificados os problemas mais complexos dos doentes, com o objetivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação. Implica o trabalho integrado e pró-ativo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências (Santos, Covita & Pacheco, 2011).

2.1. Objetivos da RNCCI

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 e 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.

De uma forma geral, o funcionamento da RNCCI assenta nos princípios da integridade, globalidade, interdisciplinaridade, harmonia, equidade e inserção na comunidade, tendo ainda subjacente um princípio de sustentabilidade (Nogueira et al., 2007).

2.2. Organização da Rede

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de serviços: unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias (Figura 1) (Nogueira et al., 2007; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2011).

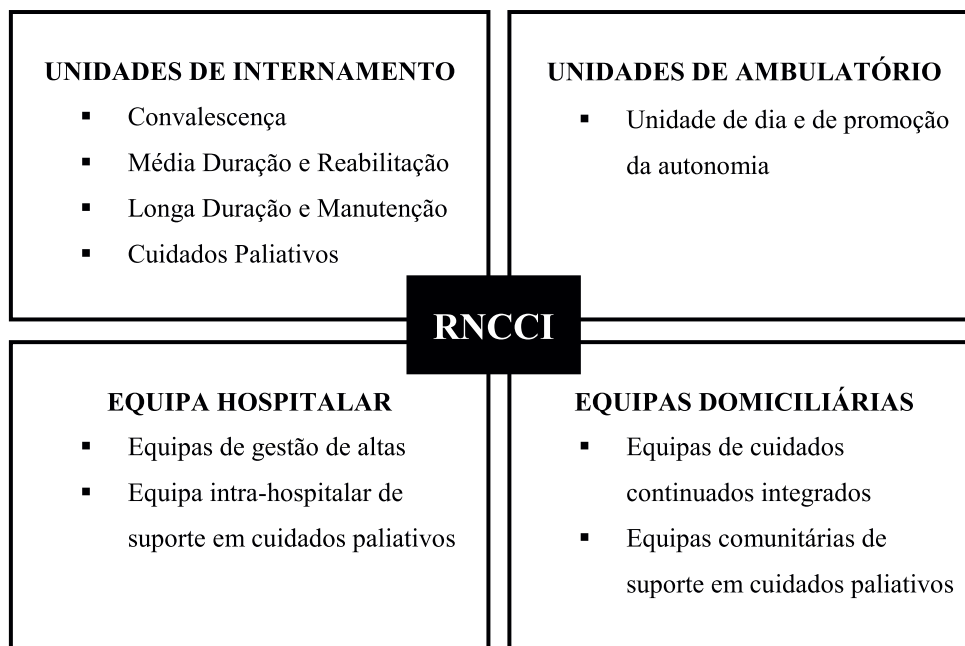


Figura 1. Organização da RNCCI

3. O HMP integrado na RNCCI

A prestação de cuidados do HMP 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. 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.

3.1. A Equipa Multidisciplinar

A organização da unidade de cuidados continuados (UCC) do HMP e da respetiva equipa multidisciplinar funcionam de acordo com o seguinte organograma (Figura 2):

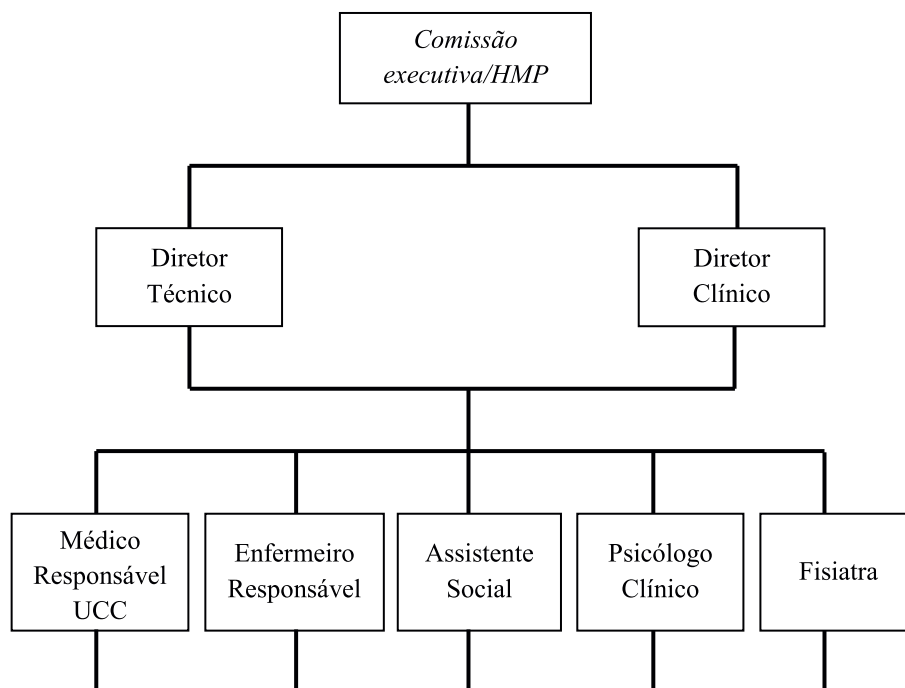


Figura 2. Órgãos e estrutura geral da UCC do HMP

Os principais órgãos da UCC do HMP são o diretor técnico e o diretor clínico. As suas principais competências são: planear, dirigir, coordenar e controlar a atividade dos diversos sectores da UCC; o estabelecimento de um modelo de gestão, definindo as responsabilidades de cada profissional e coordenar e supervisionar cada um deles; e por último, estabelecer um programa de formação adequada aos profissionais da unidade.

A atuação multidisciplinar é indispensável, pois existe necessidade de trabalho em equipa e permanente interação entre os profissionais, assumindo também uma cultura de responsabilização, abrangendo o cumprimento das normas, regras e procedimentos internos. Desta forma, são realizadas reuniões semanais, às terças-feiras, que contam com a presença de

todos os membros da equipa multidisciplinar. Nessas reuniões são apresentados casos clínicos; propostas de intervenção adequadas a cada doente; discussão relativa à evolução de cada um e qual o seu prognóstico.

3.2. Tipos de Serviços

No HMP, as unidades de internamento de CCI disponibilizadas são a unidade de convalescença e a unidade de média duração e reabilitação.

Unidade de Convalescença

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. Tem como finalidade a estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

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; Santos et al., 2011).

A prestação de cuidados nas unidades de convalescença é garantida por uma equipa multidisciplinar das áreas de saúde e da ação social, determinada pela natureza dos cuidados a prestar, tendo em conta que se destinam, particularmente, à reabilitação e rápida reintegração dos utentes no seu meio de vida em condições de maior autonomia possível (Santos et al., 2011).

Unidade de Média Duração e Reabilitação

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. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação descrita anteriormente (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 (Santos et al., 2011). Neste sentido, os critérios de admissão nesta unidade de internamento são: **(1)** necessidade de controlo de sintomas, difícil de realizar no domicílio; **(2)** necessidade de cuidados de reabilitação que exijam internamento, para melhoria e/ou manutenção das capacidades; **(3)** necessidade de cuidados de manutenção que exijam internamento; **(4)** necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais; e, **(5)** impossibilidade, por ausência de recursos sociofamiliares, de uma pronta reinserção na comunidade (Cuidados Continuados, 2010).

Os cuidados a prestar nas unidades de internamento de média duração e reabilitação destinam-se, fundamentalmente, à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível através da promoção do treino de funções cognitivas, sensoriais e motoras, ressocialização e atividades sócio-ocupacionais (Santos et al., 2011).

3.3. Condições de Funcionamento

Admissão dos Utentes

O acolhimento dos utentes no HMP obedece a uma série de procedimentos devidamente protocolados e do conhecimento de todos os profissionais de saúde que nele trabalham. Estes procedimentos passam pela: **(1)** entrega e apresentação do guia de acolhimento ao utente; **(2)** explicação das regras gerais de funcionamento e filosofia da unidade; **(3)** apresentação da equipa de profissionais de saúde e dos cuidados e serviços prestados na unidade, bem como o horário de funcionamento; **(4)** explicação dos direitos, garantias e deveres do utente e cuidadores informais; **(5)** apresentação dos procedimentos para denúncia de uma situação de maus-tratos, abuso ou negligência; **(6)** apresentação dos procedimentos para realizar sugestões e reclamações; terminando com, **(7)** visita às instalações e esclarecimento de dúvidas.

Aquando a admissão do utente é, também, realizada uma apreciação geral do seu estado de saúde. É feita uma avaliação biopsicossocial, desde que o doente chega, até 48 horas após o seu internamento. Essa avaliação é realizada pela enfermagem, serviço social, psicologia clínica, fisioterapia e terapia da fala, e passa ainda pela aplicação de algumas escalas protocoladas. As escalas a preencher são as seguintes: Escala de Glasgow (estado de consciência), Índice de Lawton (avaliação de atividades operacionais da vida diária), Índice de Katz (avaliação do grau de autonomia), Escala de Norton (avaliação do risco de úlceras), Escala de Barthel Modificada (avaliação de atividades básicas da vida diária), Escala de Avaliação Sócio-Familiar de “Gijón”, MMSE (avaliação breve do estado mental) e o Inventário Neuropsiquiátrico. São ainda realizadas reavaliações após 15 dias de internamento, um mês, dois meses, ou sempre que se justifique. Após a avaliação inicial é delineado um plano individual de cuidados.

Plano Individual de Cuidados

Existem dois passos importantes antes de ser implementado um plano de cuidados. Em primeiro lugar, há a preparação com a equipa, onde se partilha informação de âmbito clínico e psicossocial, tendo em consideração as especificidades psicossociais, espirituais e religiosas do doente e família na elaboração e gestão do plano de cuidados. Seguidamente, é feita a elaboração do plano com o doente e/ou familiar cuidador. Para tal, procede-se à confirmação com o doente e/ou família dos cuidados e tratamentos que a equipa tinha previsto; faz-se o esclarecimento de dúvidas e reforço de informação sobre direitos e deveres dos doentes e familiares, bem como o acesso a serviços ou bens; e por fim, elabora-se o esquema de plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir, informações que serão arquivadas no processo de cada utente e que devem ser continuamente atualizadas.

Processo Individual dos Utentes

Para cada utente é organizado um processo (em papel e formato digital) que, entre outras informações, contém registos referentes à valência clínica, social e administrativa, e que se encontram arquivados num local de fácil acesso a todos os profissionais de saúde. Cada processo deve possuir: **(1)** registo da admissão; **(2)** diagnóstico médico principal; **(3)** plano individual de intervenção terapêutica, de cuidados de enfermagem, sociais e de fisioterapia; **(4)** escalas de avaliação aplicadas e respetivos resultados; **(5)** registo diário dos cuidados

prestados; **(6)** registo de avaliação semanal e eventual reformulação do plano de intervenção; **(7)** outras informações relevantes, tais como, a ação do doente durante o dia; medicação efetuada; grau de colaboração nos cuidados; registos sobre o humor, o sono e a alimentação do utente; e ainda, **(8)** data provável de alta.

Alta Hospitalar

A alta ou mudança de unidade deve começar a ser planeada no momento de admissão, e será concedida quando forem atingidos os objetivos terapêuticos, ou considerada uma mudança para outra unidade dentro da rede de cuidados continuados.

A equipa de gestão de altas serve de elemento central para a integração de toda a informação relativa à alta e tem como principais funções: **(1)** facilitar a identificação e avaliação precoces dos doentes que requerem cuidados continuados; **(2)** recomendar opções para a continuidade de cuidados, que vão ao encontro das necessidades e preferências identificadas; **(3)** estabelecer a ligação com os recursos da comunidade, de modo a promover o acesso dos doentes aos recursos necessários; **(4)** colaborar com o doente, família e equipa de saúde no planeamento e facilitação da alta; e, por último, **(5)** garantir apoio e acompanhamento aos doentes e família, durante o processo de planeamento de alta.

No momento da alta hospitalar, o doente deverá ser acompanhado pelos seguintes documentos: nota de alta médica (onde está descrita a situação clínica, o estado funcional e a medicação a fazer nessa data); nota de alta de enfermagem (inclui a avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem, no momento de alta); notas do serviço social, psicologia clínica, fisioterapia e terapia da fala; instruções de ensino ao doente; e ainda, a identificação de todos os profissionais intervenientes no processo da alta. Além de tudo o que foi enumerado anteriormente, deve ainda existir informações sobre o programa de *follow-up*, que se baseia na marcação de consultas posteriores nas especialidades que a equipa considerar importantes.

Ainda no momento da alta, é entregue um questionário ao utente e outro aos familiares. Estes questionários têm como objetivo avaliar o grau de satisfação/insatisfação do utente e respetivos familiares, em relação ao período de internamento na instituição, contribuindo, desta forma, para uma melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde.

Contributo do Neuropsicólogo na Instituição

“A troca de informação é necessária para que haja uma melhoria nos atendimentos, para que a saúde do ser humano possa ser contemplada no seu todo, ou em pelo menos, algumas partes dela.”

Fossi e Guareschi, 2004

O trabalho em equipa multidisciplinar traz, de facto, muitas vantagens, não só para o doente, mas também para cada elemento da equipa. Enquanto estagiária no HMP, tive a oportunidade de testemunhar estas vantagens. O trabalho por mim realizado, poderia influenciar a *performance* do doente noutras atividades que ele executava diariamente, assim como, o seu desempenho nessas mesmas atividades iria influenciar a participação do doente nas minhas sessões. Neste sentido, esta parte do relatório pretende explicar as funções que tive oportunidade de desempenhar no HMP, e patentear a importância do trabalho multidisciplinar e da relação entre doente-família-equipa para o sucesso da intervenção.

1. A Neuropsicologia no Contexto Hospitalar

1.1. Enquadramento Teórico

Embora a história da neuropsicologia seja longa e resultante de várias décadas de conhecimento e investigação, a prática da neuropsicologia clínica é relativamente recente, tendo sido oficialmente reconhecida pela APA (American Psychological Association), como área de especialidade do psicólogo, apenas no ano de 1996 (Rufo-Campos, 2006; Beaumont, 2008; Almeida, Almeida & Almeida, 2010). Para o desenvolvimento da neuropsicologia contribuíram diversos fatores, tais como, a integração progressiva entre as neurociências e as ciências do comportamento; as técnicas de observação do cérebro (neuroimagem funcional); os avanços da neurocirurgia e da psicométrica; o aperfeiçoamento das técnicas de

avaliação neuropsicológicas; o desenvolvimento de métodos de reabilitação e a crescente procura por parte da sociedade em geral (Rufo-Campos, 2006; Quemada & Echeburúa, 2008).

A neuropsicologia clínica é definida como o estudo das relações entre o cérebro e o comportamento (Lezak, Howieson & Loring, 2004), é o campo de atuação profissional que investiga as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que estão associadas às disfunções ou lesões cerebrais (Hebben & Milberg, 2009). A neuropsicologia é um recurso de grande valor para o estudo e tratamento das patologias cerebrais, contudo deverá ser encarada num contexto multidisciplinar (Haase et al., 2012). Os limites apresentados pelos atuais métodos de investigação cerebral destacam a importância da neuropsicologia, como meio de estudo prático do cérebro humano, para a efetivação de um diagnóstico precoce e preciso das patologias cerebrais e de alterações das funções cerebrais superiores (Goldstein & McNeil, 2004). Em paralelo com os avanços conquistados pela neurocirurgia, neurofisiologia e pelas técnicas de diagnóstico neuroimagiológicas, a neuropsicologia vem clarificar a enigmática relação existente entre o funcionamento cerebral e as atividades psicológicas superiores (como percepção, memória, linguagem, atenção, entre outras), considerando tanto as variáveis biológicas quanto as sociocultural e psicoemocionais como constituintes do ser humano (Goldstein & McNeil, 2004; Rufo-Campos, 2006).

O neuropsicólogo clínico é definido como o "*psicólogo profissional que aplica os princípios de avaliação e intervenção baseadas no estudo científico do comportamento humano e as suas relações com o funcionamento normal e anormal do Sistema Nervoso Central*" (Almeida, Almeida & Almeida, 2010, p. 22). As principais funções desempenhadas por este profissional da área da saúde são a avaliação, diagnóstico e reabilitação (Quemada & Echeburúa, 2008). Os contextos de atuação dos neuropsicólogos clínicos são diversos. Podem encontrar-se estes profissionais em clínicas, ambulatório, consultórios privados, centros de dia, unidades hospitalares (públicas e privadas), entre outros (Quemada & Echeburúa, 2008).

1.2. O Neuropsicólogo no Meio Hospitalar

Atualmente, os hospitais começam a integrar cada vez mais profissionais da área da psicologia, e mais recentemente da neuropsicologia clínica, valorizando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Nos últimos anos, tem-se observado uma crescente inserção de profissionais da área da psicologia nos serviços hospitalares. Tal mudança tem sido sustentada pela aceitação do modelo biopsicossocial em saúde, que defende que, a

doença passa a ser vista como um fenómeno complexo, que deve ser abordada de forma a integrar as dimensões biológica, psíquica e social (Tonetto & Gomes, 2007; Avellar, 2011). Estrela-Dias e Pais-Ribeiro (2012) consideram 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 doentes; para a redução de internamentos hospitalares; diminuição da utilização de medicamentos; e, a utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde. Como é uma área relativamente nova, a instituição hospitalar muitas vezes não sabe o que pedir ao neuropsicólogo e, cabe a ele, mostrar à instituição o que pode ser oferecido em termos de atuação e ajuda ao doente. A atuação do neuropsicólogo não se refere apenas à atenção direta ao doente, refere-se também à atenção que é dispensada à família e à equipa de saúde (Salto, 2007). Assim, em contexto hospitalar, o neuropsicólogo tem como principais funções: **(1)** o auxílio à adaptação; **(2)** avaliação neuropsicológica; **(3)** reabilitação neuropsicológica; **(4)** suporte e orientação aos familiares; e ainda, **(5)** função de inter-consulta (Quemada & Echeburúa, 2008; Vieira, 2011).

2. Funções do Neuropsicólogo Clínico no HMP

Na UCC do HMP, o neuropsicólogo clínico atua sobretudo com os doentes e/ou familiares da unidade de convalescença e da unidade de média duração e reabilitação. Apesar da avaliação e reabilitação neuropsicológicas serem o principal foco de ação do neuropsicólogo, não são as únicas funções por ele exercidas nesta unidade hospitalar. Assim sendo, enquanto estagiária, foi-me dada a possibilidade de intervir a outros níveis, não me restringindo apenas à ação direta com o doente. De seguida, passo a descrever as funções inerentes ao neuropsicólogo clínico, em contexto hospitalar, e que me foram permitidas realizar no HMP:

Auxílio à Adaptação

A hospitalização, e o confronto com a situação de perda da saúde, são vividos de maneira geral como um momento de stress psíquico e de vulnerabilidade, que envolve situações geradoras de medo, ansiedade e sofrimento, que acabam por acionar múltiplos mecanismos psicológicos (Castro, Vilelas & Botelho, 2011). A mudança de rotina e a perda da autonomia gerada pela hospitalização são, também, fatores geradores de grande stress psíquico (Titler, Cohen & Craft, 1991). As limitações físicas acabam por ativar conflitos emocionais que podem retardar ou impedir a recuperação do doente. Alguns dos conflitos emocionais e

mudanças de comportamento mais observados são: a agressividade, impulsividade, frustração, revolta, depressão, ansiedade, sentimento de impotência, insegurança, dependência e baixa autoestima. Nesta situação, uma equipa de saúde multidisciplinar, que veja o doente na sua totalidade, com os seus aspetos físicos, psíquicos e sociais, contribui para tornar o internamento menos impactante para o doente (Filho, 2006; Quemada & Echeburúa, 2008).

No HMP, o papel do neuropsicólogo passa por intervir na qualidade do processo de adaptação e recuperação do doente internado. Uma vez que a hospitalização tem um impacto negativo sobre o doente e a sua família, a atuação do neuropsicólogo revela-se crucial neste processo. Desta forma, os objetivos a cumprir, para auxiliar o doente e/ou família na adaptação à doença/hospitalização, são os seguintes: **(1)** estabelecer a formação de um vínculo com o doente e familiares; **(2)** identificar o nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento; **(3)** prestar apoio psicológico ao doente e à família na gestão do impacto emocional decorrente da doença e/ou incapacidade; **(4)** permitir um ambiente onde o doente possa descobrir como lidar de maneira satisfatória com as suas limitações, impostas pela doença/hospitalização; **(5)** mudança de comportamento e promoção da saúde; **(6)** promoção da comunicação entre doente, família e equipa multidisciplinar; **(7)** destacar a importância do tratamento, assim como as suas implicações, caso o mesmo não seja realizado; e, por último, **(8)** ajudar o doente a dar um significado à sua doença dentro do seu contexto de vida. A adaptação à situação irá depender da estrutura emocional do doente e da mobilização de mecanismos psicológicos que favoreçam o enfrentamento da mesma. A aceitação só acontece quando há a compreensão real dos limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização e tratamento. O doente passa a responsabilizar-se pelo seu tratamento, colaborando com a equipa de saúde, questionando sobre as alternativas possíveis, voltando a assumir uma postura de decisão sobre a sua própria vida (Filho, 2006).

Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica foi outra das funções que tive oportunidade de realizar no HMP. A avaliação neuropsicológica é a aplicação dos conhecimentos da área da neuropsicologia para avaliar e intervir no comportamento humano, relacionando-o ao funcionamento normal ou deficitário do sistema nervoso central (Haase et al., 2012). É também vista como a análise sistemática dos distúrbios de comportamento (e da cognição) que se seguem a alterações da atividade cerebral normal, causados por doença, lesão,

disfunção ou modificações experimentais (Lezak et al., 2004). Os objetivos da avaliação neuropsicológica passam por (Hebben & Milberg, 2009): **(1)** descrever e identificar alterações do funcionamento psicológico; **(2)** estabelecer o correlato neurobiológico com o resultado dos testes; **(3)** determinar se as alterações estão associadas a doenças neurológicas e/ou psiquiátricas ou não; **(4)** avaliar as alterações através do tempo e desenvolver um prognóstico; **(5)** oferecer orientações para a reabilitação do doente e para os cuidadores/familiares; e, por fim, **(6)** auxiliar no planeamento e implementação do tratamento. Balsimelli, Duque, Mello e Bruscato (2004), acrescentam ainda que, a avaliação das funções cognitivas, igualmente realizada pelo neuropsicólogo, tem como objetivo verificar quais as funções que estão preservadas e quais estarão em défice, de forma a: verificar qual o grau de comprometimento dos défices e, investigar como os défices cognitivos podem interferir no estado emocional, comportamental e funcional do doente. No HMP, além da avaliação das funções cognitivas, do estado emocional e comportamental, a avaliação neuropsicológica permitia ainda: **(1)** identificar mecanismos de *coping*; **(2)** explorar o nível de expectativa em relação ao tratamento; **(3)** avaliar o estado motivacional para a intervenção; e ainda, **(4)** facultar orientações iniciais aos familiares para lidarem com o estado atual do doente.

A avaliação neuropsicológica é um processo complexo, que envolve, além da utilização de diversas ferramentas (anamnese, entrevistas, observação em contexto clínico e em situações ecológicas), a utilização de instrumentos formais para a investigação das funções neurocognitivas (Haase et al., 2012). Os testes neuropsicológicos baseiam-se na quantificação da alteração das funções cognitivas, mediante situações experimentais padronizadas, cujos comportamentos são avaliados por comparação estatística com outros sujeitos colocados em situação semelhante, permitindo, dessa maneira, classificar os sujeitos tanto quantitativamente como tipologicamente (Hamdan, 2008). O teste é uma ferramenta útil ao neuropsicólogo, mas a prática em neuropsicologia não se reduz ao seu uso. O instrumento não se limita aos aspetos psicométricos, exige uma interpretação muito mais ampla e complexa (Haase et al., 2012). Os resultados obtidos nos testes terão de ser enquadrados na história de vida do doente. Assim, a combinação de uma avaliação quantitativa e qualitativa irá permitir traçar um perfil cognitivo, emocional e comportamental mais fiável, facilitando o diagnóstico e, permitindo uma intervenção mais adequada às necessidades específicas de cada doente (Black & Stefanatos, 2000; Quemada & Echeburúa, 2008).

Reabilitação Neuropsicológica

A reabilitação neuropsicológica é um processo ativo (Prigatano, 1999), que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e familiares, otimizando o aproveitamento das funções, total ou parcialmente preservadas, por meio do ensino de estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes (Balsimelli et al., 2004; Cela & Herreras, 2005; Buller, 2008). Com a reabilitação neuropsicológica pretende-se reduzir o impacto dos défices nas atividades de vida diária, permitindo a reinserção do doente no seu meio laboral, familiar e social (Mateer, 2003; Wilson, 2005; Grindi et al., 2012). A reabilitação neuropsicológica pode processar-se através de dois mecanismos: **(1)** a restituição, que passa por favorecer a recuperação da função perdida; **(2)** a substituição ou compensação, que pretende ensinar ao doente alternativas para realizar atividades que dependem da função lesada (Cela & Herreras, 2005; Wilson, 2005). O processo de reabilitação é beneficiado pelo princípio da neuroplasticidade, que se define como, a capacidade que o cérebro tem em adaptar-se a novas situações e a restabelecer o equilíbrio alterado depois de uma lesão (García-Sánchez, Estévez-González & Kulisevsky, 2002). Wilson (1996, cit in Pontes & Hubner, 2007) diferencia a reabilitação neuropsicológica da reabilitação cognitiva. A reabilitação cognitiva visa capacitar doentes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas resultantes de lesão neurológica. Já a reabilitação neuropsicológica é mais ampla, pois, além do interesse em melhorar as capacidades cognitivas, também enfatiza os aspetos emocionais, psicossociais, comportamentais e físicos, que possam estar deficitários após a lesão cerebral, melhorando a qualidade de vida do doente (Wilson & Gracey, 2009; Grindi et al, 2012).

Em contexto hospitalar, o tratamento de doentes com lesões ou disfunções neurológicas dá-se numa série de fases: **(1)** fase aguda (doente hospitalizado e com complicações graves; pretende-se a estabilização clínica e o tratamento e prevenção de complicações); **(2)** fase subaguda (doente hospitalizado, com cuidados médicos e de enfermagem de gestão das complicações, dá-se início à reabilitação das capacidades afetadas; pretende-se a estabilização do estado de saúde); **(3)** fase de reabilitação (doente no domicílio ou em outro ambiente residencial; não requer cuidados médicos/enfermagem continuados; pretende-se a melhora no desempenho das atividades de vida diária e a reabilitação de capacidades funcionais) (Federación Española de la Atención a Personas en Situación de Dependencia y/o com Discapacidad [Aten-D], 2012). A intervenção neuropsicológica deve iniciar-se na fase

subaguda, momento em que o doente já estará estabilizado, e ultrapassado a fase crítica da sua doença (Cervajal-Castrillón, Suárez-Escudero & Arboleda-Ramírez, 2011). A intervenção neuropsicológica nestes doentes é fundamental de forma a reduzir os défices que as lesões cerebrais podem causar. Assim, a reabilitação neuropsicológica deve ser: integral (deve englobar as distintas áreas que estão afetadas, sejam elas cognitivas, motoras, comunicacionais, comportamentais ou outras); intensiva (o programa de reabilitação deve aplicar-se de forma continuada); e, multiprofissional (a intervenção multidisciplinar permitirá obter melhores resultados, desde que a equipa intervenha de forma coordenada) (Wilson, 2005; Aten-D, 2012).

No HMP, a intervenção neuropsicológica só era realizada na unidade de média duração e reabilitação, quando os doentes se encontram na fase pós-aguda, e, portanto, já estabilizados. O objetivo primordial da reabilitação neuropsicológica passava pelo delineamento de um plano individual de intervenção, adaptado às necessidades de cada doente, e com a identificação de objetivos terapêuticos para cada um, envolvendo, o próprio doente e, sempre que possível, os familiares/cuidadores informais. Paralelamente, existiam outros objetivos de intervenção neuropsicológica: **(1)** promoção da cognição e estado emocional implementando medidas para prevenir o declínio da função cognitiva; **(2)** encorajar atividades que promovam estimulação cognitiva e encorajar atividade física, **(3)** monitorizar a evolução do estado cognitivo do doente através da aplicação de testes neuropsicológicos e observação clínica; **(4)** mobilizar recursos de *coping* efetivos; devendo também, **(5)** implementar medidas para a promoção de bem-estar e equilíbrio emocional através da promoção de estratégias de desenvolvimento de sensação de autocontrolo, de segurança interna e externa, promoção da autoconfiança e autoestima.

Suporte e Orientação aos Familiares

A lesão ou disfunção cerebral vem alterar de forma definitiva o equilíbrio do sistema familiar (Quemada & Echeburúa, 2008). A família também pode experienciar alterações emocionais, cognitivas e comportamentais decorrentes do processo de hospitalização. Dificuldade de controlo emocional, alterações de personalidade, stress, irritabilidade, episódios de agressividade e problemas de memória, são os mais comuns (Elliot & Shewchuk, 2004; Yeates, 2009). O acompanhamento neuropsicológico com a família revela-se de extrema importância uma vez que os modelos comportamentais por ela assumidos podem

acelerar ou impedir o processo de reabilitação do doente. Assim, constitui-se como elemento fundamental o bem-estar psicológico da família para o processo de reabilitação do doente hospitalizado (Elliot & Shewchuk, 2004; Klonoff, 2010; Vieira, 2011). Klonoff (2010) defende que o papel da família tem uma importância vital para o mantimento da qualidade de vida do doente, fazendo com que este diminua os seus níveis de stress e ansiedade, encorajando-o a participar no processo de intervenção.

No HMP, sempre se considerou fundamental o envolvimento da família na recuperação do doente. Para o neuropsicólogo, a família era considerada a principal fonte de informação, essencial para fazer um levantamento do histórico de vida do doente, uma vez que as informações fornecidas por este nem sempre se revelaram fiáveis. O papel do neuropsicólogo junto dos familiares tem por base a orientação e o suporte (Vieira, 2011). A orientação assume um caráter mais informativo, enquanto que o suporte, adota um caráter mais interventivo. A orientação resume-se ao fornecimento de informações sobre a gravidade da lesão, as possíveis sequelas, as opções de reabilitação e de prognóstico, e as decisões que a equipa multidisciplinar irá adotar naquele caso específico (Sohlberg & Mateer, 2001; Quemada & Echeburúa, 2008). O suporte aos familiares implicará a avaliação do estado emocional e do impacto da hospitalização, a identificação de mecanismos de *coping* perante a situação atual e, sempre que se justifique, a intervenção. O neuropsicólogo deve, também, avaliar as possíveis crenças ou ideias distorcidas que os familiares têm em relação ao quadro clínico do doente, e a relação do doente e da família com a equipa profissional, uma vez que todos esses fatores podem influenciar no tratamento. A partir destas considerações, o neuropsicólogo adotará uma postura interventiva com a família, caso seja necessário (Sohlberg & Mateer, 2001; Klonoff, 2010; Vieira, 2011). O apoio aos familiares ou cuidadores informais na prestação de cuidados irá constituir um dos pilares essenciais para a promoção da autonomia do doente.

Função de Inter-Consulta

O trabalho em equipa é hoje uma prática crescente na área da saúde. A constituição de equipas multidisciplinares em hospitais ganhou especial importância muito por causa da crescente aceitação do modelo biopsicossocial (Tonetto & Gomes, 2007). Os membros de uma equipa multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades da sua formação, e respeitada esta especificidade, necessitam conhecer a ação individual de cada

um dos outros membros (Machado, 2002; Vieira, 2011). Machado (2002) descreve que o funcionamento em equipa multidisciplinar traz vantagens, tanto para o doente (constatando-se que a adesão ao tratamento será nitidamente superior), como para os próprios membros da equipa (verifica-se um crescimento profissional pela constante troca de informações, maior confiança individual, e maior confiança nos colegas de trabalho). A troca de informações é uma das atividades fulcrais desempenhadas pela equipa multiprofissional. Para tal, são realizadas reuniões de forma periódica que contam com a participação de todos os profissionais. As reuniões têm como objetivo a discussão de casos clínicos e delineamento de planos de intervenção (Mental Health Commission [MHC], 2006).

Trabalhar em equipa é mais do que agregar profissionais de diferentes áreas, só existe equipa quando todos conhecem os objetivos, estão cientes da necessidade de alcançá-los e desenvolvem uma visão crítica a respeito do desempenho de cada um e do grupo (Machado, 2002). As ações comuns a todos os membros da equipa multidisciplinar são: **(1)** promoção da saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo); **(2)** treino de profissionais; **(3)** encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; **(4)** gestão do programa (Machado, 2002; MHC, 2006).

No HMP, enquanto estagiária de neuropsicologia, tinha como funções: **(1)** transmissão de informações de forma pormenorizada ao Dr. Duarte, acerca do acompanhamento realizado aos doentes; **(2)** troca de informações com os restantes membros da equipa multidisciplinar, sempre que necessário; **(3)** realização de relatórios quinzenais (nestes relatórios, a linguagem adotada deveria ser simples e concreta e, deveria constar informações acerca do estado cognitivo, psicoemocional, motivacional, grau de colaboração e consciência do estado de saúde do doente; posteriormente, os relatórios eram arquivados no processo do doente para que toda a equipa tivesse acesso a estas informações); e por fim, foi-me dada ainda a possibilidade de, **(4)** formação de outros técnicos, centrada em aspetos neuropsicológicos relacionados com as suas intervenções na prestação de cuidados.

Descrição das Atividades Realizadas ao Longo do Estágio

“A psicologia no contexto hospitalar atua para uma melhor integração e compreensão das diferentes práticas teóricas, minimiza os espaços entre as diversidades dos saberes (...) é fundamental para o cuidado à saúde e prevenção de doenças. Assim é possível estabelecer as condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e o melhor desempenho das equipas de saúde no hospital.”

Vieira, 2011

De forma a compreender melhor as funções que desempenhei no HMP, passo a descrever algumas das atividades ilustrativas que pude realizar. O estágio curricular foi enriquecido com atividades que se dividiram entre sessões de avaliação e reabilitação, implementação de um programa de estimulação cognitiva grupal, formação aos profissionais da equipa multidisciplinar da instituição em questão, e reuniões de orientação e supervisão. Esta parte do relatório pretende relatar, de forma detalhada, estas atividades.

1. Atividade Inicial

O estágio curricular no HMP iniciou-se com uma visita às instalações para conhecer melhor o espaço físico onde se iriam desenrolar as atividades pré-definidas pelo orientador. Os primeiros dias na instituição restringiram-se à leitura do regulamento interno da UCC do HMP. Pretendia-se que ficasse a conhecer o modo de funcionamento da unidade e as regras pela qual se regia. Esta etapa tinha como objetivo observar as interações entre os intervenientes, ou seja, observar toda a dinâmica institucional, proporcionando uma reflexão entre a teoria aprendida e prática exercida. Além disso, nesta fase inicial, foi ainda explicado, pelo Dr. Duarte, a forma como estavam organizadas todas as informações que me seriam úteis, nomeadamente informações referentes ao processo individual dos utentes; à forma de preenchimento da anamnese disponível na unidade (Anexo A); como também, à forma como deveríamos redigir um relatório tendo em conta as especificidades de funcionamento duma UCC, ou seja, uma vez

que o trabalho é realizado em equipa multidisciplinar, torna-se relevante que estes relatórios sejam redigidos de forma simples e acessível para todos os profissionais, sendo, portanto, livres de termos técnicos. Ainda neste período de adaptação foi-me dado a conhecer o tipo de patologia mais frequente na unidade – o acidente vascular cerebral (AVC) – permitindo-me, desta forma, fazer uma pesquisa bibliográfica acerca desta temática, e ficar mais familiarizada com o tipo de consequências a nível motor, sensorial, cognitivo e emocional.

Um AVC é caracterizado por uma perda de funções neurológicas como resultado de um distúrbio no fluxo sanguíneo cerebral causado por isquemia ou hemorragia. Dependendo da duração deste distúrbio cerebrovascular, um AVC pode causar danos neurológicos permanentes, incapacidades ou mesmo a morte (Mestre, 2004; Maia, Correia & Leite, 2009). Em Portugal, o AVC é a primeira causa de morte e uma causa importante de internamento hospitalar. Um terço dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com incapacidade importante, e 10% ficam incapacitados de viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros, em geral devido a uma combinação de falta de apoios sociais e incapacidade grave, muitas vezes incluindo demência (Pereira, Coelho & Barros, 2004).

A presença de danos nas funções neurológicas origina défices a vários níveis: alterações motoras (alterações do tónus muscular, perda do mecanismo de controlo postural), alterações da função sensorial (alteração da sensibilidade superficial, disfunções perçetivas, distúrbios visuais), alterações da comunicação (e.g. disartria, afasia), alterações da cognição (podem ser gerais ou num domínio específico), e distúrbios emocionais (depressão, ansiedade e labilidade emocional são os mais frequentes) (Brass, 1992; Visser-Keizer, 2004; Hackett & Anderson, 2005; Cancela, 2008). Estas informações permitiram-me fazer uma reflexão sobre as adversidades que poderia encontrar nas futuras avaliações e, de certa forma, preparar-me para descobrir alternativas para realizá-las de forma mais qualitativa, uma vez que, os défices físicos que os doentes poderiam apresentar iriam dificultar a aplicação de várias provas de avaliação. Em relação ao processo de reabilitação, este caracteriza-se por ser contínuo e ativo. Pode iniciar-se durante o período de hospitalização e prolongar-se à fase de retorno à comunidade (Maia et al., 2009). Contudo, no contexto em que estava inserida apenas foi possível acompanhar os doentes na fase de internamento, havendo, somente, a oportunidade de fornecer informações e algum material de suporte para doentes e familiares, a ser utilizado no período pós-alta. De salientar ainda que, apesar das sequelas cognitivas, são as sequelas físicas que assumem maioritariamente mais relevância social. Assim, Gresham (Gresham et al., 1997, cit in. Maia et

al., 2009) acrescentam a necessidade de o doente atingir uma estabilidade médica para posteriormente promover níveis de funcionamento básicos e se apoiar no processo de adaptação à nova condição. De facto, aquilo que observei no HMP foi exemplo disso mesmo. Apesar de muitos doentes apresentarem défices cognitivos (e até bastante severos), na sua maioria a prioridade prendia-se com a recuperação da condição física. Deste modo, precedentemente a qualquer processo de avaliação das funções cognitivas, tornou-se essencial dar primazia ao estado físico dos doentes, sendo uma das minhas principais funções o auxílio à adaptação.

2. Observação

Depois dos primeiros dias, que consistiram na integração da informação acerca do funcionamento da unidade hospitalar, foi-me permitido pôr em prática todos os conhecimentos teóricos acumulados ao longo dos anos. Assim, juntamente com o meu colega de estágio, deu-se início às avaliações neuropsicológicas na unidade. Foi um período que se revelou bastante difícil e amedrontado, uma vez que era expetável, da minha parte, ter um período inicial de observação de consultas. Porém, isso não aconteceu. O Dr. Duarte deu-nos a possibilidade de cometer erros, ganhar defesas e desenvolver competências ao permitir que as coisas se desenrolassem desta forma. Foi, sem dúvida, um período crítico para mim, porém, ultrapassado com sucesso. Numa fase inicial, trabalhamos em conjunto até ganharmos autonomia suficiente para começarmos a realizar sessões individualmente. A experiência de poder realizar consultas com o meu colega de estágio foi bastante enriquecedora, uma vez que, havia partilha de ideias, receios, expetativas, discussão de formas de avaliação e intervenção e troca de críticas construtivas, que nos permitiram evoluir. A partir do mês de janeiro começamos a trabalhar individualmente, embora fossemos acompanhando alguns casos em conjunto. De referir ainda que, no decorrer do estágio, tive oportunidade de observar algumas sessões do meu colega de estágio. Estas sessões de observação permitiram-me perceber que, doentes com a mesma patologia, apresentam comportamentos completamente distintos e, analogamente, refletir sobre a forma de atuação do neuropsicólogo clínico em contexto hospitalar.

3. Avaliação Neuropsicológica

Tal como foi referido anteriormente, uma das atividades com que iniciei o estágio foi a avaliação neuropsicológica. O pedido das avaliações era realizado sempre pelo Dr. Duarte,

aliás, era ele quem distribuía os doentes pelos diversos estagiários a seu cargo. De salientar ainda que, no meio hospitalar em que me encontrava, é o psicólogo que vai ao encontro dos doentes, não havendo, portanto, marcação de consultas e, as sessões decorrerem, na sua grande maioria, nos quartos dos doentes, salvo algumas exceções em que foi possível levá-los para uma sala mais privada. Na primeira sessão, com os doentes e/ou familiares, pretende-se que estes tomem conhecimento da existência do serviço de psicologia/neuropsicologia, e o que este serviço lhes pode oferecer. O tempo de sessão variava consoante o doente, a sua patologia, a sua motivação e o grau de colaboração. Em geral, as sessões não ultrapassavam 1 hora e 15 minutos, nem eram inferiores a 20 minutos. O número de sessões que eram necessárias para realizar uma avaliação completa a um doente também oscilava mediante diversos fatores.

As sessões de avaliação começavam sempre com uma recolha anamnésica, ou seja, com a colheita de informações sobre a história de vida do doente (história familiar, profissional, ocupacional, educacional, conjugal e clínica). A recolha destas informações era possível através do uso da entrevista clínica¹, nomeadamente do tipo semi-diretiva. Neste tipo de entrevista, o clínico tem presentes algumas questões que correspondem a temas sobre os quais se propõe a explorar, não de forma hierarquizada ou ordenada, mas sim num momento oportuno da entrevista clínica (Benony & Chahraoui, 2002; Leal, 2008). Posteriormente, estas informações eram organizadas e procedia-se ao preenchimento da ficha anamnésica da UCC. Porém, nem sempre esta ficha era arquivada nos processos dos doentes, uma vez que, poderia conter informações confidenciais, ficando apenas a guardo do psicólogo/neuropsicólogo. Após este primeiro contacto com o doente e, mediante as informações recolhidas, eram ou não, administradas algumas provas para avaliar as funções cognitivas de forma quantitativa.

Descrição das Provas/Testes utilizados

Os instrumentos de avaliação utilizados não foram pré-estipulados, ou seja, não existia uma bateria fixa a utilizar com todos os doentes, à exceção do *Mini-Mental State Examination*, que fazia parte das provas protocolo a aplicar na instituição. Assim, existia alguma flexibilidade da minha parte para escolher os testes a utilizar com cada doente, tendo em conta

¹ Em psicologia, a entrevista clínica é um conjunto de técnicas de investigação, dirigida por um investigador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, numa relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspetos pessoais, relacionais ou sistémicos (indivíduo, casal, família, rede social), num processo que visa fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de investigação em benefício das pessoas entrevistadas (Tavares, 2000).

as suas características. De seguida, passo a descrever, de forma mais pormenorizada, algumas das provas mais administradas, nomeadamente as que foram usadas para a avaliação do estudo de caso, assim como os instrumentos que foram aplicados aos doentes que participaram no programa de estimulação cognitiva.

Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

O MMSE é um teste breve, para avaliação global das funções cognitivas, muito usado internacionalmente (Strauss, Sherman & Spreen, 2006). Funciona como teste de rastreio, sendo necessária uma posterior avaliação detalhada para estabelecer conclusões definitivas (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009). É de utilização fácil e cotação simples, com uma administração que dura aproximadamente 10 minutos (Folstein et al., 1975; Strauss et al., 2006), tempo que pode variar consoante o estado cognitivo e o grau de colaboração do sujeito, como acontece aliás na aplicação de qualquer ferramenta de avaliação cognitiva (Massano, 2009). O MMSE avalia vários domínios cognitivos numa escala de 30 pontos: orientação (10 pontos), retenção e evocação (6 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), linguagem oral e escrita (8 pontos) e habilidade construtiva (1 ponto) (Cockrell & Folstein, 2002; Strauss et al., 2006). Guerreiro e os seus colegas (Guerreiro et al., 1990, cit in. Massano, 2009) validaram o MMSE para a população portuguesa acima dos 40 anos na década de 1990. Nesta versão, considera-se a existência de deterioração cognitiva (défice cognitivo) se as pontuações (finais) forem: ≤ 15 pontos (indivíduos analfabetos), ≤ 22 pontos (indivíduos com escolaridade entre 1 e 11 anos) e ≤ 27 pontos (indivíduos com escolaridade superior a 11 anos).

Num estudo mais recente, realizado por Morgado e os seus colegas (Morgado et al., 2009), sobre os valores normativos do MMSE para a população portuguesa, foi possível verificar que os resultados revelaram uma boa fidelidade, enquanto que a consistência interna determinada apresentou um valor moderado (alfa de *Cronbach* = 0,464). Os autores justificam este valor apontando os diferentes domínios cognitivos avaliados pelo teste como principal causa. As normas neste instrumento têm sido sucessivamente aperfeiçoadas considerando variáveis como a idade, escolaridade e a definição de pontos de corte. Existe evidência empírica de que os resultados no MMSE são progressivamente menos discriminativos uma vez que os seus itens são relativamente simples e fáceis, sobretudo para sujeitos (cada vez) mais escolarizados. A escolaridade tem aliás um significado importante, uma vez que, numa das pesquisas mais recentes, explica 24% da variância nos resultados (Simões, 2012). Importa sublinhar que uma

pontuação elevada no MMSE não exclui a possibilidade de demência, aliás este é um teste sensível à presença de Demência de Alzheimer (DA), embora perca validade na detecção de défices mais ligeiros (Strauss et al., 2006).

Teste de Fluência Verbal (Cavaco et al., 2013)

A fluência verbal (FV) corresponde a uma tarefa cognitiva complexa que pretende avaliar a capacidade de produção de palavras específicas, num período de tempo limitado (Santos, 2006; Lopes, Brucki, Giampaoli & Mansur, 2009; Wysokiński et al., 2010). Concretamente, consiste em pedir ao sujeito que diga, num minuto, o maior número de palavras possível, tendo em conta uma determinada característica (Santos, 2006).

Este teste é composto por uma prova de FV semântica (consiste em pedir ao sujeito palavras relacionadas com uma determinada categoria semântica, neste teste a categoria é animais), e uma tarefa de FV fonética (em que é pedido a evocação de palavras começadas por determinadas letras, neste teste concretamente pelas letras M, P e R) (Cavaco et al., 2013). Os resultados são analisados a partir do número de palavras evocadas, da frequência e tipo de erros e perseverações (Strauss et al., 2006). Em relação às características psicométricas, o teste de FV apresenta uma elevada consistência interna. Especificamente, o teste de FV fonética apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.89, de acordo com o estudo realizado por Cavaco e os seus colegas (Cavaco et al., 2013). De referir ainda que, o desempenho no teste de FV declina com a idade e aumenta com a escolaridade, não se tendo verificado alterações significativas relacionadas com a variável sexo (Cavaco et al., 2013).

Os estudos realizados no âmbito da neuropsicologia têm demonstrado que as tarefas de FV são bons indicadores de disfunção cerebral, uma vez que envolvem processos linguísticos, mnésicos e executivos (Santos, 2006; Rodrigues, Yamashita & Chiappetta, 2008). Os resultados nos testes de FV podem ser reveladores de disfunção do lobo frontal. Neste caso, a FV aparece alterada, particularmente, em lesões frontais esquerdas ou bilaterais (Baldo, Shimamura, Delis, Kramer & Kplan, 2001; Wysokiński et al., 2010). Lopes e colegas (Lopes et al., 2009) afirmam que, esta prova tem uma elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demências (nomeadamente demência do tipo Alzheimer ou frontotemporal), sendo ainda útil para detetar declínio cognitivo. Rodrigues e colegas (Rodrigues et al., 2008) acrescentam ainda que a FV encontra-se alterada em perturbações psiquiátricas como a esquizofrenia e a depressão, existindo ainda, estudos também relacionados à doença de

Parkinson, avaliação dos efeitos da anestesia geral em idosos, verificação das habilidades cognitivas em sujeitos muito idosos, e estudos com dependentes de cocaína.

INECO Frontal Screening (IFS; Caldeira, Baeta & Peixoto, 2011)

O IFS é um teste breve com o intuito de avaliar as funções executivas em contexto de demência (Caldeira et al., 2011; Fiorentino et al., 2013), e como tal, é de aplicação simples e rápida (10 minutos) (Moreira, 2012). A construção do instrumento foi realizada de modo a incorporar, de uma forma sucinta, o máximo de componentes possíveis de três grupos específicos: inibição e alternância de resposta, capacidade de abstração e memória de trabalho (Caldeira et al., 2011). O IFS é constituído por oito sub-provas que avaliam diferentes aspetos do funcionamento executivo: programação motora (séries motoras de Luria – 3 pontos), instruções conflituosas (sensibilidade à interferência – 3 pontos), Go-No-Go (controlo inibitório – 3 pontos), memória de trabalho para dígitos (*digit span* inverso – 6 pontos), memória de trabalho verbal (meses do ano de forma inversa – 2 pontos), memória de trabalho espacial (adaptação dos cubos de *Corsi*, em ordem inversa – 4 pontos), capacidade de abstração (interpretação de provérbios – 3 pontos), controlo inibitório verbal (teste *Hayling* – 6 pontos). O índice total obtido, que varia entre 0 e 30, resulta da soma da cotação de cada um dos subtestes (Caldeira et al., 2011; Moreira, 2012).

No que concerne às características psicométricas, a consistência interna obtida na versão portuguesa do IFS foi boa, tendo-se verificado um alfa de *Cronbach* de 0,83. Perante um ponto de corte de 19 pontos, este teste apresenta uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 94,7%, para quadros demenciais. Conclui-se ainda que, perante um ponto de corte de 8 pontos, o IFS apresenta uma sensibilidade de 83,3% e uma especificidade de 46,2%, na diferenciação de quadros de DA e demência frontotemporal (Caldeira et al., 2011). De facto, o IFS é uma ferramenta útil para deteção de disfunção executiva associada a doenças neurodegenerativas, podendo também auxiliar no diagnóstico diferencial entre DA e demência frontotemporal (Torralva, Roca, Gleichgerrcht, López & Manes, 2009).

Escala de Avaliação da Demência – 2 (DRS-2; Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011)

A DRS-2 fornece uma medida geral da capacidade cognitiva para adultos com alterações neurológicas corticais ou subcorticais de tipo degenerativo (Simões, 2012). Foi desenvolvida

para medir níveis de funcionamento cognitivo baixos; é abrangente em termos de funções cognitivas superiores avaliadas; e, permite discriminar diferentes níveis de capacidade em doentes com demência, sendo um dos instrumentos de avaliação de demências mais utilizados, internacionalmente, na prática clínica (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011).

A DRS-2 é composta por cinco subescalas: atenção (8 tarefas), iniciação/perseveração (11 tarefas), construção (6 tarefas), conceptualização (6 tarefas), e memória (5 tarefas). A pontuação bruta máxima da DRS-2 para indivíduos com mais de dois anos de escolaridade é de 144 pontos, enquanto que, para indivíduos analfabetos (com menos de 3 anos de escolaridade) é de 129 pontos (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011; Simões, 2012). O tempo de aplicação pode variar entre 10 a 15 minutos para idosos saudáveis, e entre 30 a 45 minutos no caso dos idosos com demência (Strauss et al., 2006). Existe uma relação entre o desempenho na DRS e a idade e escolaridade. Assim, os resultados devem ser interpretados a partir do cálculo de pontuações ajustadas à idade e escolaridade (que permitem obter pontuações escalares e percentis para todas as subescalas e para a pontuação total) ao invés de serem interpretados a partir de pontos de corte (Strauss et al., 2006; Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011). Outra das vantagens que este instrumento permite é o facto de este cálculo ser possível, também, para sujeitos com menos de dois anos de escolaridade.

A validade concorrente e preditiva dos resultados totais é boa, havendo uma correlação significativa entre DRS e MMSE no estudo da validação para a população portuguesa. O mesmo foi verificado num estudo realizado por Fernandez e Scheffel (2003). Em relação à validade clínica, Cavaco e Teixeira-Pinto (2011) verificaram que a DRS-2 é um instrumento importante para a deteção de défice cognitivo na doença de Parkinson, tal como o estudo realizado por Villeneuve e os seus colegas (Villeneuve et al., 2011), que concluíram que a DRS-2 é uma prova sensível para deteção de comprometimento cognitivo leve na patologia anteriormente referida. Além disso, esta prova revela-se igualmente útil na diferenciação entre idosos normais e idosos com DA (Strauss et al., 2006).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003)

A GDS, versão portuguesa de Barreto (Barreto et al., 2003), traduzida e aferida a partir da *Geriatric Depression Scale* (Yesavage et al., 1983), é um importante instrumento para avaliação dos sintomas depressivos na população idosa. É uma escala de autorrelato composta por 30 itens, com resposta dicotómica (sim ou não) (Castro, 2011). 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” (Barreto et al., 2003). O tempo de administração pode variar entre os 5 e os 10 minutos (Strauss et al., 2006).

Esta escala possui propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para o despiste da depressão no idoso, sendo a escala mais utilizada com este tipo de população. O estudo realizado por Yesavage e os seus colegas (Yesavage et al., 1983) revelou que este instrumento é uma medida confiável e válida. Os resultados apontaram para um grau elevado de consistência interna (alfa de *Cronbach* = 0,94) (Yesavage et al., 1983), dados corroborados por outros autores em outros estudos realizados (Castro, 2011; Greenberg, 2012). Contudo, Montorio e Izal (1996) concluíram, no estudo por eles efetuado, que apesar da relevância de GDS para avaliação da depressão em idosos, e apesar das suas adequadas características psicométricas, esta escala perde a sua validade para avaliação da depressão em idosos com demência, especialmente nas fases leve e moderada.

Além dos instrumentos acima referidos, ao longo do estágio tive ainda a oportunidade de trabalhar com o *Trail Making Test* (TMT; adaptado por Cavaco et al., 2013; avalia a capacidade de atenção visuo-espacial, velocidade de processamento, capacidade de sequenciação e flexibilidade cognitiva), o Teste do Relógio (Shulman, Shedletsky & Silver, 1986; é sensível a várias funções cognitivas: memória, funções executivas, processos visuo-perceptivos, visuo-constructivos e visuo-motores, percepção visual, linguagem, atenção, concentração, pensamento abstrato, representação simbólica e grafo-motora), a *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (BADS; Wilson, Alderman, Burgess, Esmlie, & Evans, 1996; avalia a existência de síndrome disexecutiva), subprovas do Teste de Barcelona (Penã-Casanova, 1990; avalia as funções cognitivas superiores), subprovas da Bateria de Lisboa para Avaliação das Demências (BLAD; Guerreiro, 1998; utilizada no exame psicológico de adultos idosos com suspeita de deterioração cognitiva - demência), subprovas da Escala de Memória de Wechsler (WMS-III; Wechsler, 2008; usada na identificação de pessoas em risco de deterioração cognitiva), subprovas do PALPA-P (adaptado por Castro, Caló & Gomes, 2007; avaliação da linguagem e da afasia), e ainda subprovas da *Birmingham Object Recognition Battery* (BORB; Riddoch & Humphreys, 1993; avalia aspetos particulares do processamento e do reconhecimento visual de objetos).

Apesar dos vários instrumentos mencionados, com os quais tive a oportunidade de trabalhar, e que serviram para avaliação quantitativa, houve ainda oportunidade de realizar avaliação qualitativa. De uma forma geral a avaliação qualitativa está sempre presente ao longo das sessões e é ela que nos ajuda a compreender os dados quantificados. Em alguns casos, ou porque o doente estava fisicamente debilitado, por questões de motivação ou até mesmo baixo grau de colaboração, não houve a oportunidade de aplicar escalas/testes para avaliação mais detalhada dos défices cognitivos. Desta forma, eram utilizados métodos de avaliação qualitativa. Os métodos qualitativos baseiam-se na interpretação naturalista dos assuntos ou temas em questão. A avaliação realizada vai ao mais ínfimo pormenor dos fenómenos, ou seja, dos comportamentos, conversas, movimentos, sentimentos e até pensamentos. Morse e Field (1995, cit in Turato, 2005), definem o método qualitativo como sendo um método de pesquisa indutivo, holístico e subjetivo, utilizado para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenómenos.

Avaliações Realizadas

As avaliações foram realizadas nas duas UCC existentes no HMP, e tinham como principal objetivo definir um perfil cognitivo, emocional e comportamental, tal como foi mencionado anteriormente. Na unidade de convalescença estas informações seriam úteis para, por exemplo, programar uma intervenção pós-alta, com uma equipa especializada ou com um técnico em contexto privado. Já na unidade de média duração e reabilitação, os dados recolhidos poderiam ser usados para implementar um programa de reabilitação no próprio contexto hospitalar, prolongando-se até à data de alta.

Em relação à unidade de convalescença, ao todo, avalei nove doentes, cinco do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Os doentes têm idades compreendidas entre os 58 e os 91, sendo a média de idades igual a 74 anos. A média de anos de escolaridade é de 4, enquanto que a patologia mais comum foi o AVC (8 doentes). Apenas um doente beneficiou de reabilitação neuropsicológica, uma vez que, ao contrário dos restantes, o tempo de internamento iria se prolongar muito mais para além dos 30 dias. Foi ainda possível realizar consulta motivacional com uma doente que, de modo semelhante ao caso anteriormente referido, viu o seu período de internamento prolongado. De seguida, são apresentadas as avaliações realizadas a todos os doentes na unidade de convalescença (Tabela 1):

Identificação	Dados Clínicos
<p>Doente: A.R Sexo: F Idade: 76 anos Escolaridade: sem escolaridade</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário(s): AVC córtico-subcortical fronto-têmporo-parieto-insular da ACM² direita Avaliação: entrevista; MMSE; subprovas do Barcelona e BORB Resultados: heminegligência numa fase aguda, revertendo-se ao longo do tempo; sem aparentes alterações cognitivas Seguimento: consulta motivacional</p>
<p>Doente: E.B Sexo: M Idade: 91 anos Escolaridade: 5</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário(s): fratura trocantérica à esquerda; DCV³; síndrome demencial Avaliação: entrevista; avaliação qualitativa Resultados: desorientação alopsíquica, défice na memória recente, sem evidência de sintomatologia psicoemocional Seguimento: supervisão do estado psicológico e motivacional até à data de alta</p>
<p>Doente: J.R Sexo: F Idade: 76 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário(s): enfarte cerebral na ACM direita; AIT⁴ Avaliação: entrevista; MMSE Resultados: sem aparentes alterações cognitivas ou do estado psicoemocional Seguimento: sem necessidade de intervenção</p>
<p>Doente: A.D Sexo: M Idade: 66 anos Escolaridade: 9</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário(s): AVC hemorrágico frontal direito; rutura de MAV (malformação artério-venosa) há 31 anos; recidiva de hemorragia 2 anos depois; 2 episódios de crise epilética Avaliação: entrevista; avaliação qualitativa Resultados: discurso pouco fluente, dificuldades de compreensão, de repetição, de nomeação e cálculo – afasia global Seguimento: alta</p>
<p>Doente: L.T Sexo: F Idade: 87 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário(s): AVC isquémico cerebeloso esquerdo; síndrome demencial Avaliação: entrevista; MMSE; avaliação qualitativa Resultados: desorientação alopsíquica, confusão em relação a alguns dados autobiográficos; défice na evocação; discurso obsessivo; psicoemocionalmente evidenciou agitação e ansiedade, sem consciência do estado de saúde Seguimento: alta</p>

² Artéria Cerebral Média

³ Doença Cerebrovascular

⁴ Acidente Isquémico Transitório

Identificação	Dados Clínicos
Doente: M.M Sexo: F Idade: 63 anos Escolaridade: 4	Diagnóstico Principal e Secundário(s): AVC isquémico ACM esquerda; história prévia de síndrome depressiva; DCV Avaliação: avaliação qualitativa Resultados: afasia global, aparentemente com humor deprimido Seguimento: alta
Doente: F.C Sexo: M Idade: 62 anos Escolaridade: 4	Diagnóstico Principal e Secundário(s): enfarte cerebral lacunar direito; hábitos alcoólicos, tabagismo, antecedentes de AVC Avaliação: entrevista; MMSE; Teste do Relógio; Teste de FV; Linguagem Automática/Controlo Mental; Dígitos (diretos e invertidos); Memória Lógica (I e II - WMS-III), TMT (parte A e B); BADS Resultados: défice no funcionamento executivo (no trabalho supervisor da atenção para alternância e inibição, e dificuldades na capacidade de planeamento) e défice na memória (imediata e diferida) Seguimento: reabilitação neuropsicológica + inserido no PEC ⁵
Doente: J.L Sexo: F Idade: 58 anos Escolaridade: 4	Diagnóstico Principal e Secundário(s): hemorragia intracerebral espontânea; epilepsia vascular Avaliação: entrevista; MMSE Resultados: sem aparentes alterações cognitivas ou do estado psicoemocional Seguimento: sem necessidade de intervenção
Doente: M.V Sexo: M Idade: 85 anos Escolaridade: 4	Diagnóstico Principal e Secundário(s): AVC isquémico fossa posterior Avaliação: entrevista; MMSE Resultados: sem aparentes alterações cognitivas ou do estado psicoemocional Seguimento: supervisão do estado psicológico e motivacional até à data de alta

Tabela 1. Avaliações realizadas na unidade de convalescença

Em relação à unidade de média duração e reabilitação, tive a oportunidade de avaliar nove doentes (com exceção do estudo de caso), cinco do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Os doentes têm idades compreendidas entre os 47 e os 92, sendo a média de idades igual a 76 anos. A média de anos de escolaridade é de 5, enquanto que as patologias mais comuns foram o AVC (3 doentes) e a fratura trocantérica (3 doentes). Dois dos doentes beneficiaram de

⁵ Programa de Estimulação Cognitiva grupal realizado no HMP

intervenção direta, enquanto que, apenas um favoreceu de intervenção indireta. De seguida, são apresentadas as avaliações realizadas a todos os doentes na unidade de média duração e reabilitação (Tabela 2):

Identificação	Dados Clínicos
<p>Doente: C.S Sexo: F Idade: 81 anos Escolaridade: 3</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): miopatia de desuso no seguimento de internamento prolongado; AVC ACM esquerda 2004</p> <p>Avaliação: entrevista; MMSE; Teste de Fluência Verbal; subtestes do PALPA-P e Barcelona</p> <p>Resultados: declínio cognitivo geral; ligeiros défices de compreensão</p> <p>Seguimento: sem intervenção por falta de motivação e colaboração</p>
<p>Doente: M.C Sexo: M Idade: 67 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): AVC ACM esquerda; DCV</p> <p>Avaliação: entrevista; MMSE; Linguagem Automática/Controlo Mental; Memória de Dígitos (diretos e invertidos); Teste de FV; INECO <i>Frontal Screening</i>; subprovas referentes à dimensão memória da BLAD</p> <p>Resultados: desorientação temporal; défice no funcionamento executivo (atenção, iniciação, flexibilidade mental e na memória de trabalho); dificuldades de evocação semântica; alteração ligeira/moderada na capacidade mnésica; sem sintomatologia psicoemocional aparente</p> <p>Seguimento: alta</p>
<p>Doente: C.P Sexo: F Idade: 87 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): fratura trocantérica esquerda; síndrome demencial</p> <p>Avaliação: entrevista; MMSE</p> <p>Resultados: desorientação alopsíquica; dificuldades na evocação; ligeira sintomatologia depressiva</p> <p>Seguimento: alta</p>
<p>Doente: J.M Sexo: M Idade: 71 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): AVC isquémico direito</p> <p>Avaliação: entrevista; MMSE; DRS-2; GDS; subprovas referentes à dimensão memória da BLAD</p> <p>Resultados: alteração moderada da capacidade mnésica com restantes funções aparentemente preservadas; presença de sintomatologia depressiva</p> <p>Seguimento: estimulação cognitiva individual + inserido no PEC</p>

Identificação	Dados Clínicos
<p>Doente: J.R Sexo: M Idade: 76 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): vítima de atropelamento - com TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico) Avaliação: qualitativa Resultados: apático, não emite resposta verbal, não cumpre ordens simples, compreensão aparentemente preservada Seguimento: supervisão do estado do doente até à data de alta</p>
<p>Doente: M.F Sexo: F Idade: 92 anos Escolaridade: 17</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): fratura trocantérica esquerda, corrigida cirurgicamente Avaliação: entrevista; MMSE; TMT parte A e B; DRS-2 Resultados: desorientação temporal; dificuldades na atenção e flexibilidade mental; perseveração; défice na evocação semântica; défice moderado/grave memória recente Seguimento: intervenção indireta; alta</p>
<p>Doente: J.P Sexo: M Idade: 47 anos Escolaridade: sem escolaridade</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): cirrose hepática descompensada; hepatite aguda alcoólica; degenerescência hepatocerebral e encefalopatia de múltiplas etiologias; utilização de drogas endo-venosas no passado; tabagismo Avaliação: qualitativa Resultados: desorientação temporal, com discurso lentificado e com períodos de incoerência; sem consciência do estado de saúde Seguimento: alta</p>
<p>Doente: D.M Sexo: F Idade: 76 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): enfarte cerebral ACM direita; AIT em 2012 Avaliação: entrevista; MMSE; Teste de FV; INECO <i>Frontal Screening</i>; avaliação das gnosias de forma qualitativa Resultados: défices visuo-contrutivos, alteração moderada/grave da atenção auditivo-verbal, evidência de défices executivos (memória de trabalho e capacidade de inibição); défice na evocação semântica; impossibilidade de realizar uma avaliação mais aprofundada a outros domínios por falta de motivação Seguimento: consulta motivacional</p>
<p>Doente: M.A Sexo: F Idade: 84 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Diagnóstico Principal e Secundário (s): fratura trocantérica esquerda Avaliação: entrevista; MMSE Resultados: sem aparentes alterações cognitivas ou do estado psicoemocional Seguimento: sem necessidade de intervenção</p>

Tabela 2. Avaliações realizadas na unidade de média duração e reabilitação

Após o processo de avaliação estar completo era redigido um relatório com a súmula dos resultados, sendo posteriormente, arquivado no processo individual dos doentes. Era, também, realizada uma devolução aos doentes/familiares sobre os dados recolhidos. A linguagem utilizada para comunicar a informação deve ser simples, uma vez que, estamos perante pessoas que desconhecem os termos técnicos utilizados em psicologia, sendo, igualmente importante, estar atento à linguagem verbal e não-verbal, por parte dos doentes/familiares, que evidencie que não estão a perceber a informação transmitida (Green, 2000). Contudo, esta devolução nem sempre era realizada com a família, uma vez que em alguns casos não havia familiares ou pessoas significativas próximas ao doente.

A experiência de poder realizar diversificadas avaliações e utilizar variados instrumentos estimulou em mim o gosto pela pesquisa e procura bibliográfica. Saber qual o melhor teste a utilizar nem sempre foi fácil e, muitas vezes, cheguei a iniciar avaliações com algumas provas mas que, de certa forma, não eram as mais apropriadas para aplicar ao doente em questão, tendo, necessariamente, de as interromper. Só após um estudo mais detalhado sobre os testes/baterias e a sua função, e, com certeza, com ajuda do supervisor e orientador de estágio, estes problemas se foram extinguindo. Esta atividade permitiu-me, sem dúvida, desenvolver aptidões para a prática avaliativa.

4. Reabilitação Neuropsicológica

Outras das atividades que tive oportunidade de realizar no HMP foi a reabilitação neuropsicológica. Após a avaliação realizada, e depois se ter definido um perfil geral do doente, era definida uma intervenção, mediante as necessidades de cada um. De uma forma geral, a intervenção realizada dividiu-se em direta e indireta. A intervenção direta consistia na atuação com o doente, ou seja, o neuropsicólogo programava sessões para trabalhar juntamente com o doente no HMP, enquanto que na intervenção indireta, o neuropsicólogo fornecia algum apoio/informação/material para outros (familiares/cuidadores) realizarem com o doente (na instituição ou fora deste contexto). De seguida, são exemplificadas as intervenções que tive oportunidade de realizar (Tabela 3):

Identificação	Dados Clínicos
<p>Doente: A.R Sexo: F Idade: 76 anos Escolaridade: sem escolaridade</p>	<p>Objetivos de Intervenção: consulta motivacional devido ao reduzido grau de motivação para colaborar no plano de intervenção definido, nomeadamente em atividades como a fisioterapia Número de Sessões: 7 sessões (até à data de alta) Resultados: melhoria significativa no desempenho das atividades realizadas diariamente no HMP</p>
<p>Doente: M.F Sexo: F Idade: 92 anos Escolaridade: 17</p>	<p>Objetivos de Intervenção: intervenção indireta (realizada sessão com a família para fornecimento de material e devida explicação sobre a sua utilização, com o objetivo de efetuar estimulação cognitiva no domicílio), adicionalmente foi realizada 1 sessão com a doente no sentido de exemplificar o tipo de exercícios que iriam ser usados Resultados: dada alta, impossibilitando o conhecimento sobre o seu desempenho</p>
<p>Doente: F.C Sexo: M Idade: 62 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Objetivos de Intervenção: treino das funções cognitivas comprometidas (funcionamento executivo e capacidade mnésica); estimulação de funções preservadas; promoção da atividade social Número de Sessões: 32 sessões individuais intercaladas com 10 sessões de estimulação em grupo Resultados: ligeira melhoria ao nível do funcionamento executivo, com maior ênfase na capacidade atencional e memória de trabalho; melhoria no funcionamento interpessoal e comunicacional</p>
<p>Doente: J.M Sexo: M Idade: 71 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Objetivos de Intervenção: treino da função cognitiva comprometida (memória); estimulação de funções preservadas; incentivo ao uso de estratégias compensatórias (utilização de ajudas externas); melhoria do estado psicoemocional e promoção da atividade social Número de Sessões: 4 sessões de estimulação individual intercaladas com 10 sessões de estimulação em grupo Resultados: melhorias significativas na capacidade mnésica e no estado de funcionamento cognitivo geral; sem evidência de sintomatologia depressiva</p>
<p>Doente: D.M Sexo: F Idade: 76 anos Escolaridade: 4</p>	<p>Objetivos de Intervenção: consulta motivacional devido ao reduzido grau de motivação e colaboração para a recuperação Número de Sessões: 4 sessões até à data de alta (teve alta por não colaborar no plano de intervenção) Resultados: sem melhorias significativas</p>

Tabela 3. Exemplo das intervenções realizadas

Em relação à doente M.F, não houve possibilidade de realizar uma intervenção direta, uma vez que se aproximava a data de alta. Porém, visto que os familiares/cuidadores eram bastante presentes e dispostos a colaborar no plano de cuidados da doente foi proposta uma intervenção no domicílio que seria realizada pelos próprios. Esta intervenção consistia na estimulação das funções cognitivas, nomeadamente dos três grandes grupos que estavam afetados: a atenção, a memória e as funções executivas. Assim, numa sessão com os familiares, foram fornecidos diversos exercícios para estimular as funções anteriormente mencionadas. Estes exercícios foram retirados dos livros “Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação: volume 1 e 2” (Nunes & Pais, 2006, 2007), e foram acompanhados por um guia prático para cuidadores e familiares, onde estavam presentes todas as informações necessárias para utilização dos exercícios em questão. Adicionalmente, foram fornecidos horários semanais. O objetivo era que a família, juntamente com a doente, programassem as atividades a realizar durante a semana. As três atividades propostas foram: ler (uma atividade realizada pela doente diariamente no período prévio à institucionalização), realizar os exercícios de estimulação e escrever no diário os acontecimentos vividos durante o dia (esta atividade foi implementada ainda no decorrer do internamento no HMP e revelou-se um exercício útil para a doente). Estas tarefas seriam, então, divididas pelos três períodos do dia (manhã, tarde e noite). Foi ainda realizada uma sessão de estimulação com a doente, que serviu também de explicação sobre a nova rotina que iria ter. O *feed-back* dado pela doente foi positivo, uma vez que esta possuía autocrítica sobre os seus défices, e demonstrava motivação para a intervenção.

No que concerne às doentes A.R e D.M, o tipo de intervenção proposta foi a consulta motivacional, uma vez que estas doentes se encontravam desmotivadas em participar no plano de intervenção que tinha sido delineado inicialmente, e que esta desmotivação estava a interferir de forma negativa na sua prestação por exemplo, na fisioterapia, atrasando o processo de recuperação e, tendo conseqüentemente, influência negativa sobre o estado psicoemocional das doentes. A consulta/entrevista motivacional é uma ferramenta útil na abordagem terapêutica. É um método de comunicação, centrado no doente porque considera a pessoa como centro e ator da sua própria mudança (Britt, Hudson & Blampied, 2004; Cunha, 2008). A maneira como falamos com os doentes sobre a sua saúde pode influenciar substancialmente a sua motivação pessoal para mudar o seu comportamento. Nenhuma pessoa é completamente desmotivada. Todos temos metas e aspirações. É possível fazer a diferença e ter uma influência duradoura sobre a saúde do doente. A entrevista motivacional não é uma técnica para levar as

peessoas a fazer algo que não querem fazer. Pelo contrário, é um estilo clínico habilidoso para evocar dos doentes as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da própria saúde (Rollnick, Miller & Butler, 2009). A entrevista motivacional é guiada por uma série de princípios: **(1)** expressar empatia, através do uso da escuta reflexiva; **(2)** desenvolver discrepâncias entre o comportamento atual do doente e os seus valores, objetivos e desejos; **(3)** evitar a argumentação, assumindo que o doente é responsável pela decisão de mudar; **(4)** desviar-se da resistência⁶, ao invés de a confrontar ou opor-se a ela; **(5)** propiciar a autoeficácia, ou seja, a confiança do doente em ser capaz de resolver os seus próprios problemas (Emmons & Rollnick, 2001; Resnicow et al., 2002).

No que diz respeito ao doente J.M, foi realizada estimulação cognitiva. Esta intervenção tinha como objetivo primordial maximizar o desempenho das funções cognitivas superiores (em especial o domínio memória) e, conseqüentemente, atuar no estado depressivo evidenciado pelo doente, uma vez que, esta sintomatologia foi interpretada como sendo um sintoma secundário ao estado físico e cognitivo atual do doente. Desta forma, foram realizadas sessões individuais, com recurso a materiais audiovisuais e exercícios de papel e lápis, e foi também inserido no programa de estimulação em grupo. Ao longo das sessões de estimulação o doente permaneceu motivado e colaborante, realizava as atividades propostas com sucesso, tendo aumentado a sua *performance* ao longo das sessões, inclusive nas tarefas que eram realizadas em grupo. Manteve persistência em exercícios de grau de dificuldade mais elevados e não desistia com facilidade. Foi possível ainda verificar uma evolução favorável em relação ao seu estado psicoemocional, apresentando-se progressivamente com mais autoestima, confiante e com boas expectativas em relação ao período pós-alta.

Em relação do doente F.C, a intervenção implementada incidiu sobretudo ao nível dos défices executivos e de memória, e foi estruturada de forma a ser o mais ecológica possível. As tarefas realizadas ao longo das sessões pretendiam estimular a atenção, memória de trabalho, flexibilidade mental, o juízo crítico, trabalhar o comportamento em situações sociais, o planeamento e sequência de atividades diárias. O grau de complexidade dos exercícios foi aumentando sempre que o doente conseguia realizar uma tarefa simples e de forma autónoma. O material utilizado durante as sessões variou entre atividades de cariz verbal (e.g. leitura e análise de notícias recentes, para estimular memória de trabalho e juízo crítico), de papel e

⁶ Resistência designa as respostas dos doentes que apresentam (1) argumentos a favor do estado atual, (2) desvantagens de uma mudança, (3) a intenção do doente de não querer modificar o próprio comportamento ou (4) um pessimismo em relação a uma mudança (Cunha, 2008).

lápiz (exercícios variados para diversas funções cognitivas, por exemplo, utilização do “mapa da mercearia” – analogamente ao mapa do zoo da BADS, pretende-se que o doente planeie o caminho a percorrer para visitar os lugares indicados e respeitando as regras impostas), uso de cartas (para exercitar memória de trabalho visual e espacial; funcionamento executivo) e através do computador, nomeadamente com recurso ao *power-point* e a um programa informático com exercícios de estimulação cognitiva diversificados. Propôs-se ainda a inclusão deste doente no programa de estimulação cognitiva em grupo de forma a trabalhar não só as funções cognitivas, mas também, a desenvolver as suas capacidades sociais. Em geral, este doente era o que se encontrava com maior défice cognitivo, de entre os restantes que participaram no PEC, porém foi o que mais se destacou, uma vez que, tinha adquirido algumas estratégias para resolução dos exercícios, treinadas nas sessões individuais, fazendo as tarefas com maior eficácia, comparativamente com os restantes colegas. Contudo, o grande ponto negativo desta intervenção foi o facto de não existir grande probabilidade de se verificar a generalização das novas aquisições. A generalização pode ser definida como a capacidade que o doente terá para transpor as aquisições feitas na reabilitação em ambiente de consultório para contextos da vida real. Para promover a generalização, as matérias utilizadas em reabilitação devem ser o mais próximas possíveis daquelas que o doente irá encontrar em variados contextos no quotidiano (Otero & Scheitler, 2001). Devido ao contexto social em que o doente se encontrava anteriormente (sem abrigo), e uma vez que a sua estadia no HMP se iria prolongar por muito tempo, e tendo ainda em conta que, após alta, o doente seria encaminhado para um lar, por falta de autonomia nas AVD's⁷, espera-se que não faça o uso das competências que adquiriu na reabilitação neuropsicológica realizada. Além disso, este doente só mantinha um bom desempenho se a estimulação fosse realizada com regularidade, ou seja, espera-se que o funcionamento cognitivo que o doente adquiriu vá diminuindo com o tempo, se o doente não realizar tarefas que o estimulem.

As intervenções que realizei nem sempre foram como esperava que fossem. Muitas das vezes não havia colaboração dos familiares, ou o tempo não era suficiente para se verificarem melhorias significativas. Porém, permanece o sentimento de dever cumprido, uma vez que fiz o que estava ao meu alcance para melhorar o estado cognitivo e/ou emocional dos doentes. De todas as atividades que tive oportunidade de realizar, esta em conjunto com o programa de estimulação cognitiva e a formação aos profissionais, foram as que mais me desafiaram. A

⁷ Atividades de Vida Diárias

reabilitação neuropsicológica estimulou a minha capacidade de raciocínio e, principalmente, a minha criatividade.

5. Programa de Estimulação Cognitiva – “Ativa-Mente”

Ainda no decorrer do estágio curricular foi-nos dada a possibilidade de realizar estimulação cognitiva em grupo.

5.1. Fundamentação Teórica

O processo de envelhecimento está associado ao declínio cognitivo que é descrito como sendo a diminuição do rendimento das funções intelectuais ou cognitivas (Luque, Carrasco, Peña, Blázquez & León, 2010). Alguns estudos revelam que este declínio não é consequência de uma componente puramente biológica, existem outros fatores como o nível educacional, laboral e motivacional, o estado de saúde, a personalidade e o estilo de vida que podem influenciar este processo (Castro, 2011). Luque e colegas (Luque et al., 2010) especificam que algumas causas do declínio cognitivo passam pelas demências degenerativas, depressão, doenças cerebrovasculares, alcoolismo, traumatismo craniano, entre outros. De facto, a idade avançada constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento da maioria das patologias anteriormente mencionadas (García-Sánchez, Estévez-González, & Kulisevsky, 2002). Como consequência, os problemas mais frequentemente associados ao declínio cognitivo na terceira idade são: isolamento social; perda da autonomia; inatividade; perda de reputação; problemas financeiros; deslocação residencial; e ainda, alterações do funcionamento geral (Castro, 2011). O melhor meio para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento (normal e patológico) é através da estimulação cognitiva (Castro, 2011; Moreno-Carrilo & Lorepa-Restrepo, 2010), que é importante para a promoção da independência e autonomia do idoso, proporcionando um aumento da qualidade de vida (Silva et al., 2011; Fernández-Calvo, Contador, Serna, Lucena & Ramos, 2010). Várias investigações têm levado à conclusão que a estimulação cognitiva tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos com deterioração, nomeadamente em idosos com demência (Spector et al., 2003; Luque et al., 2010; Woods, Aguirre, Spector & Orrell, 2012; Palau et al., 2012). A estimulação cognitiva é descrita, segundo Palenzuela e colegas (Palenzuela, García, López, Cervantes & Sabiote, 2012), como uma componente da reabilitação neuropsicológica, onde se aplicam estratégias de intervenção ou técnicas, que têm como objetivo reduzir os défices cognitivos e aprender

estratégias e sistemas compensatórios para favorecer, o máximo tempo possível, a independência. A prevenção ou diminuição do declínio das capacidades cognitivas e funcionais das pessoas idosas pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC's) (Luque et al., 2010). Tem sido comprovado que os PEC's têm um efeito benéfico na melhoria e manutenção dos processos cognitivos e, em muitos casos, verifica-se uma diminuição do prejuízo cognitivo, bem como uma diminuição dos sintomas depressivos, característicos na população idosa (Fernández-Calvo et al., 2011; Pires, 2008 cit in Gonçalves, 2012).

5.2. Implementação de um PEC no HMP

No decurso das atividades de estágio, surgiu a oportunidade de implementar um PEC na instituição. O PEC desenvolvido denominou-se de “Ativa-Mente” e teve como objetivo primordial a estimulação de múltiplos domínios cognitivos de uma maneira global, e, especificamente, as funções atenção, memória e funcionamento executivo, complementando-se ainda, com a realização de atividades recreativas com o propósito de reduzir o impacto da deterioração cognitiva a nível emocional, comportamental e funcional. Como objetivos específicos pretendia-se: **(1)** desenvolver um treino das funções cognitivas comprometidas; **(2)** ensinar formas alternativas de realizar atividades que estavam dependentes da função cognitiva lesada; **(3)** melhorar o estado funcional do idoso nas suas atividades de vida diária; e, **(4)** promover a atividade social, o envelhecimento ativo e bem-sucedido e o bem-estar físico e mental.

Esta atividade seria realizada apenas com doentes da unidade de média duração e reabilitação (uma vez que teriam um tempo de internamento de aproximadamente três meses). Inicialmente estava prevista a realização de 12 sessões, contudo houve necessidade de reduzir o número de sessões para 10, para que existisse a possibilidade de realizar uma avaliação pré e pós PEC. As sessões duravam entre uma hora e hora e meia, e eram realizadas uma a duas vezes por semana, ao longo de dois meses. Tal como referido, foi realizada uma avaliação pré e pós estimulação, com o intuito de verificar a eficácia do PEC no desempenho cognitivo e nos sintomas depressivos. Assim, foram seleccionadas como provas de avaliação a DRS-2 e a GDS e os doentes teriam de cumprir com os critérios de inclusão, que serão mencionados à frente. As sessões de estimulação foram realizadas com recurso a atividades lúdicas e dinâmicas, utilizando materiais audiovisuais e ainda um caderno de atividades que foi

entregue aos idosos. Existiram exercícios que foram pré-estipulados antes de iniciar o PEC, contudo, estes foram remodelados tendo em conta a população em questão e as suas limitações. Os objetivos e as atividades realizadas em cada sessão encontram-se resumidos no plano das sessões, no Anexo B. Cada sessão de estimulação foi dividida em três momentos. A introdução, iniciando-se com o acolhimento dos participantes no local reservado para as sessões de estimulação (sala de convívio), seguindo-se da atividade de orientação temporal e espacial; o desenvolvimento da sessão de estimulação, com a realização de diferentes atividades que pretendem estimular funções cognitivas gerais; e a conclusão, em que era realizado um resumo das atividades executadas e das principais funções cognitivas estimuladas. Os exercícios realizados basearam-se em “Taller de Memória” (Maroto, 2000), “Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação: volume 1 e 2” (Nunes & Pais, 2006, 2007), “Volver a Empezar – Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer” (Tárraga, 2000), “Ativar a Mente” (Cordeiro, 2011) e “La memoria: programa de estimulación y mantenimiento cognitivo” (Maroto, 2002).

5.3. Caracterização do Grupo de Estimulação

Para selecionar os doentes, de entre todos os que estavam institucionalizados na unidade de média duração e reabilitação do HMP, procedeu-se à leitura dos processos individuais para saber se cumpriam alguns dos critérios de inclusão definidos. Os critérios de inclusão foram: doentes de ambos os sexos, institucionalizados no HMP e com idade igual ou superior a 60 anos. A avaliação realizada teria de evidenciar que estes doentes possuíam défices cognitivos (em um ou mais domínios, evidenciados pela administração da DRS-2), que seriam causa de envelhecimento patológico, de etiologia vascular ou degenerativa. Os critérios de exclusão foram: a existência de défices motores severos, de linguagem, auditivos ou visuais, que impeçam a participação e realização das atividades, e ainda, doentes com antecedentes psiquiátricos. Após esta análise inicial, foram selecionados nove doentes para realizar a avaliação pré-estimulação. No final, o número de participantes ficou reduzido a três, uma vez que todos os outros foram excluídos principalmente devido à gravidade dos défices físicos que os impediam de participar no PEC. Contudo, pretendia-se que este fosse um grupo aberto, ou seja, caso houvesse novas admissões no HMP e os doentes cumprissem com os critérios delineados poderiam integrar o programa mesmo após já se ter iniciado. Aos três doentes que foram selecionados, foi aplicado um questionário geral para obtenção dos dados

sociodemográficos (Anexo C). Os participantes tinham as seguintes idades: 62, 71 e 88 anos, sendo a média de idades igual a 74. Dois eram do sexo masculino enquanto que um era do sexo feminino. Obteve-se uma homogeneidade em relação ao grau de escolaridade, sendo a média de anos igual a 5. No que diz respeito ao grau de declínio, dois dos participantes apresentavam défices gerais muito semelhantes, destacando-se um doente que apresentava declínio apenas num domínio específico. Os resultados da avaliação realizada encontram-se na tabela seguinte (Tabela 4).

Prova / Dimensão		Média / Desvio-Padrão
DRS-2	Atenção	35,33/1,25
	Iniciação/Perseveração	23,67/5,90
	Construção	5,67/0,47
	Concetualização	26,33/2,62
	Memória	13,00/3,27
	Total	104,33/13,22
GDS		16,33/9,57

Tabela 4. Resultados do ponto de vista neurocognitivo e da depressão da avaliação pré-estimulação

5.4. Descrição das Sessões de Estimulação

A intervenção teve início no dia 18 de abril de 2013, e o seu término foi a 13 de junho de 2013. De seguida, é realizada a descrição sucinta das dez sessões de estimulação efetuadas.

A *primeira sessão* teve início com o acolhimento aos idosos, seguindo-se da sua apresentação, bem como a apresentação dos estagiários. Posteriormente, procedeu-se à apresentação do PEC, onde foram debatidas questões relacionados com o envelhecimento e o declínio das funções cognitivas (Anexo D1), fazendo sempre a ponte entre a teoria e a prática. Nesta sequência, foram realizados alguns exercícios para exemplificar o tipo de atividades que iriam ser efetuadas no programa e, simultaneamente, para reduzir os níveis de ansiedade dos doentes, evitando que estes criassem ideias erróneas em relação aos níveis de exigência e

ao tipo de exercícios que iriam ser praticados durante as sessões. Estes exercícios pretendiam ainda ser interativos, para que os doentes pudessem comunicar com os restantes colegas e, portanto, socializar. As atividades realizadas nesta sessão foram: “Procura das Estrelas” (Anexo D2), “Completamento de Histórias” (Anexo D3) e o “Jogo da Mímica” (Anexo D4). Estes exercícios pretendiam, sobretudo, estimular a capacidade atencional. As tarefas eram sempre supervisionadas e, ao mesmo tempo, eram ensinadas estratégias para as realizar de forma eficaz, um procedimento que se implementou em todas as sessões. De uma forma geral, os doentes não evidenciaram grandes dificuldades na execução destes exercícios e revelaram uma atitude bastante recetiva às atividades propostas. Como conclusão desta sessão, foram lembradas as tarefas realizadas e as áreas cognitivas estimuladas.

Todas as sessões que se seguem iniciaram e cessaram-se sempre da mesma forma. Inicialmente, era realizado o acolhimento aos idosos, seguindo-se a orientação temporal e espacial. Continuamente, eram distribuídos os cadernos de atividades e eram realizadas as tarefas programadas para a sessão. No fim, era efetuado um resumo das atividades realizadas e áreas cognitivas estimuladas; eram lembradas as estratégias a utilizar para realizar com sucesso os exercícios; encerrando a sessão com a recolha dos cadernos de atividades. Assim sendo, passo de seguida a enumerar, de uma forma breve, os exercícios que foram efetuados em cada sessão e o desempenho dos doentes na realização dos mesmos.

Na *segunda sessão*, foram realizadas as seguintes atividades: “Procura das Bolas” (Anexo D5), “Sopa de Letras” (Anexo D6) e “Salada de Palavras” (Anexo D7). Foi possível observar o uso das estratégias ensinadas na sessão precedente para a realização do primeiro exercício. De salientar ainda, que os doentes tiveram maior dificuldade na realização da sopa de letras.

A primeira atividade da *terceira sessão* foi a técnica orientada para a realidade, uma atividade que pretendia sobretudo estimular fluência verbal e memória autobiográfica. A pertinência do uso desta técnica será descrita mais à frente, na parte IV deste relatório. Os temas propostos foram os “Meios de Comunicação” (Anexo D8) e os “Meios de Transporte” (Anexo D9). Para tornar a sessão mais interativa, procedeu-se à apresentação de imagens alusivas à temática em questão, através do *power-point*. Os doentes revelaram-se bastante comunicativos fazendo a ponte entre o passado e o presente, alcançado, assim, os objetivos inerentes a esta técnica. A sessão prosseguiu com a realização do exercício “Figuras Iguais” (Anexo D10).

Para a *quarta sessão* estavam preparadas três tarefas. A primeira era o “Jogo das Frutas” (Anexo D11), a segunda era “Que emoção sentiria” (Anexo D12), terminando com o “Jogo das Palavras” (Anexo D13). Estes exercícios pretendiam estimular a atenção, reconhecimento e regulação das emoções e fluência verbal, respetivamente. De salientar a eficácia com que os doentes realizaram a prova alusiva à atenção, possivelmente devido ao treino deste domínio em sessões anteriores. Pelo contrário, os idosos tiveram bastantes dificuldades no exercício seguinte, onde se pretendia que identificassem as emoções sentidas pelas personagens nas diferentes situações. De facto, estas dificuldades vão ao encontro daquilo que a literatura descreve. Os estudos realizados recentemente revelam que a capacidade de reconhecimento de emoções é afetada pela idade, nomeadamente o reconhecimento de emoções negativas. O reconhecimento de emoções é um aspeto importante para a interação social. Os défices no reconhecimento emocional podem culminar com um mau funcionamento interpessoal e comunicacional, juntamente com a redução da qualidade de vida e comportamento social inapropriado (Sullivan & Ruffman, 2004; Mill, Allik, Realo & Valk, 2009; Mannava, 2012). Daí a necessidade de criar exercícios que estimulem esta capacidade.

Na *quinta sessão* pretendia-se estimular funções inerentes ao funcionamento executivo, tais como, a atenção, capacidade de abstração, flexibilidade mental, planeamento, resolução de problemas e fluência verbal. Para tal, foram realizadas as seguintes atividades: “Imagens Incompletas” (Anexo D14), “O que faria nesta situação?” (Anexo D15), “Jogo das Diferenças” (Anexo D16) e “Letras do Abecedário” (Anexo D17). De uma forma geral, nesta sessão, os doentes não evidenciaram grandes dificuldades na execução dos exercícios propostos.

Na *sexta sessão*, a atividade principal foi a estimulação dos cinco sentidos. Punwar e Peloquin (2000) afirmam que os benefícios da estimulação sensorial, realizada em grupo, passam pelo aumento da capacidade de atenção e concentração, melhorias ao nível do autoconceito e o aumento da socialização. Para realizar esta sessão recorreu-se a alguns materiais (Anexo D18), e foram debatidas questões relacionadas com a importância dos sentidos no dia a dia. A sessão finalizou-se com o exercício “Diferenças entre Colunas” (Anexo D19), onde se verificou uma maior dificuldade na compreensão do objetivo do exercício, do que propriamente na sua execução.

A *sétima sessão* iniciou-se com o “Jogo das Diferenças” (Anexo D20), e prosseguiu com a técnica da reminiscência, tendo como principal tema – as recordações. Tal como a terapia de

orientação para a realidade, também o propósito para a utilização desta técnica será abordado mais à frente. Para a sessão foram utilizados objetos, tais como, uma cassete de vídeo, um pião, um relógio despertador a corda, fotos a preto e branco, e ainda recorreu-se a músicas antigas. De uma forma geral, verificou-se uma boa adesão por parte de todo o grupo na execução desta atividade criando um bom ambiente entre todos os elementos, e estimulando a interação social. Por fim, foi executado o exercício “Fluência Verbal” (Anexo D21). Os doentes não evidenciaram grandes dificuldades na concretização desta tarefa, porém quando surgiam dúvidas verificava-se a entreatajuda no grupo.

Na *oitava sessão* foram executadas quatro atividades: “Qual é o intruso?” (Anexo D22), “Cálculo” (Anexo D23), “Que emoção é esta?” (Anexo D24), e “Diz-me o nome de...” (Anexo D25). Na generalidade dos exercícios executados, os doentes apenas tiveram dificuldades na realização da tarefa alusiva ao reconhecimento de emoções, tal como foi verificado num exercício realizado numa sessão anterior.

A *nona sessão* iniciou-se com o exercício “Lista de Compras”. Era apresentada uma lista com os seguintes alimentos: arroz, leite, atum, maçãs, pão, massa, alface, laranjas, peixe, sumos, e era pedida a evocação imediata desta lista, e evocação após alguns minutos, com o intuito de estimular a memória. Os exercícios seguintes foram: “Que imagens consegue identificar?” (Anexo D26), “Sopa de Letras” (Anexo D27), e “O que têm em comum” (Anexo D28). Foi possível observar, que de facto, os doentes utilizam as estratégias ensinadas para realizar as tarefas, fazendo-as de forma autónoma e praticamente sem a intervenção dos estagiários. No geral, apenas se observaram ligeiras dificuldades para evocar espontaneamente todos os produtos da lista de compras. Porém esses produtos eram corretamente evocados após facultadas pistas sobre o alimento ou mediante o reconhecimento.

Para a *décima sessão* foram preparados os seguintes exercícios: “Quem sou eu?” (Anexo D29), “Ordenar Frases” (Anexo D30), “Palavras Soltas” (Anexo D31) e “Palavras Encadeadas” (Anexo D32). A prestação dos doentes nestas últimas sessões tem sido, sem dúvida, muito positiva. Nesta sessão o desempenho dos doentes não foi exceção, e realizaram todas as atividades sem relativa dificuldade. Por se tratar da última sessão, pediu-se aos doentes para descreverem o impacto que este programa teve no seu quotidiano. Foram ainda discutidas questões relacionadas com o tipo de exercícios realizados, o grau de exigência, o que mais e menos gostaram e o que mudariam neste PEC. O programa de estimulação

finalizou-se com a entrega dos certificados de participação aos doentes (Anexo E), que funcionou como um reforço positivo pelo seu empenho ao longo das sessões e também como um incentivo para dar continuidade à estimulação cognitiva.

5.5. Observação das Sessões de Estimulação

O PEC realizado foi de encontro aos objetivos propostos inicialmente, tendo-se verificado uma notória evolução. Os dados que serão apresentados de seguida não revelam o real impacto que a nível funcional esta estimulação provocou nos doentes. Ao fazer uma comparação comportamental entre a primeira e a última sessão, nota-se, de facto, uma significativa diferença em termos positivos. Os dados obtidos na reavaliação, após a conclusão do PEC, encontram-se na Tabela 5.

Prova / Dimensão		Pré-estimulação Média / Desvio-Padrão	Pós-estimulação Média / Desvio-Padrão
DRS-2	Atenção	35,33/1,25	35,67/0,47
	Iniciação/Perseveração	23,67/5,90	31,33/4,50
	Construção	5,67/0,47	6,00/0,00
	Concetualização	26,33/2,62	35,00/1,63
	Memória	13,00/3,27	16,00/4,97
	Total	104,33/13,22	124,00/7,07
GDS		16,33/9,57	11,33/6,94

Tabela 5. Resultados do ponto de vista neurocognitivo e da depressão da avaliação pré e pós-estimulação

Ao analisar os resultados obtidos, podemos concluir que houve uma melhoria nos domínios iniciação/perseveração, conceptualização e memória, embora este último tenha resultado numa melhoria mais ligeira em relação aos outros dois domínios referidos. Foi ainda possível verificar uma redução da sintomatologia depressiva. Além disso, observou-se uma maior interação social e uma participação mais ativa dos doentes em outras atividades

realizadas na instituição. No final do PEC, o *feed-back* obtido por parte dos doentes, foi bastante positivo. Apesar de só ter a possibilidade de poder trabalhar com três idosos, a experiência que me foi proporcionada é indiscutível. Todo o trabalho realizado não foi em vão, muito pelo contrário, foi aproveitado, e tenho esperança que esse trabalho continue a ser realizado no período pós-alta, mas pelos próprios doentes, uma vez que, ganharam autonomia suficiente para se autoestimularem.

6. Ação de Formação – Dirigida aos Profissionais de Saúde

Outra das atividades desenvolvidas no HMP foi a formação aos profissionais, uma das funções inerentes ao neuropsicólogo clínico na instituição em questão.

6.1. Pertinência do Tema

O tema escolhido para apresentar aos profissionais foi “Da lesão à Reabilitação”. Pretendia-se explicar os processos que ocorrem no cérebro desde que ocorre uma lesão, até à reabilitação dos défices resultantes dessa mesma lesão. A opção surge em conformidade com o orientador de estágio, no sentido de dar continuidade à formação que foi realizada no ano precedente. Assim sendo, seriam abordados alguns dos défices cognitivos mais frequentes na unidade hospitalar em questão, e explicadas técnicas simples e acessíveis, a todos os profissionais, para realizarem com os doentes, aquando a sua intervenção, de forma a melhorar o estado de funcionamento geral dos mesmos.

6.2. Objetivos da Ação de Formação

A ação de formação teve como objetivo principal possibilitar aos formandos o reconhecimento de alguns défices cognitivos e alterações do estado emocional nos doentes com lesões/disfunções cerebrais bem como capacitá-los, mediante a explicação de estratégias de intervenção a utilizar, para minimizar estas dificuldades no quotidiano dos doentes. Pretende-se, de igual modo, transmitir um conjunto de conhecimentos acerca da temática em questão, tendo como principal finalidade a formação dos técnicos, centrada em aspetos neuropsicológicos relacionados com as suas intervenções na prestação de cuidados diários.

Como objetivos específicos desta ação de formação, pretendeu-se: **(1)** aumentar o nível de conhecimentos sobre os aspetos biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais inerentes a uma

lesão/disfunção cerebral; **(2)** ilustrar a importância do trabalho em equipa multidisciplinar para o programa de reabilitação neuropsicológica; **(3)** transmitir e clarificar técnicas utilizadas para melhorar os níveis de orientação, atenção e memória dos doentes; **(4)** consciencializar sobre os efeitos positivos dessas técnicas para o estado emocional dos doentes; e, por fim, **(5)** esclarecer a importância dessas técnicas para o desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos, para a aprendizagem de novos hábitos e rotinas e, conseqüentemente, para alcançar a autonomia.

6.3. Descrição da Formação

A ação de formação foi realizada no dia 28 de junho de 2013 e teve a duração de 60 minutos. Foi ministrada pelos dois estagiários de neuropsicologia clínica e teve como população-alvo os profissionais de saúde das diferentes áreas. No que concerne à planificação da sessão, foi programada tendo em conta os objetivos propostos e, como tal, organizou-se pela seguinte estrutura (ver plano da sessão – Anexo F): **(1)** breve introdução do tema e apresentação de um caso clínico que servirá como exemplo prático ao longo de toda a sessão; **(2)** apresentação dos conteúdos relacionados com o que acontece no cérebro quando existe uma lesão (definição de conceitos, fatores que afetam o desempenho cerebral, formas de lidar com o problema, mecanismos de recuperação); **(3)** apresentação de alguns défices cognitivos que resultam de lesão/disfunção cerebral (desorientação, défices atencionais, dificuldades na capacidade mnésica); **(4)** definição de orientação, sinais de desorientação, apresentação de recursos e estratégias de intervenção: terapia de orientação para a realidade, terapia da validação e uso de ajudas externas; **(5)** definição de atenção, identificação de dificuldades atencionais/concentração, apresentação de recursos e estratégias de intervenção: treino da atenção, uso de estratégias e suportes ambientais, uso de auxiliares externos; **(6)** definição dos diferentes tipos de memória, identificação de dificuldades mnésicas, apresentação de recursos e estratégias de intervenção: treino da memória, uso de estratégias e suportes ambientais, uso de auxiliares externos, terapia da reminiscência e musicoterapia; **(7)** apresentação de algumas alterações a nível emocional frequentes após lesão cerebral; **(8)** importância do riso e da terapia do riso como forma de intervenção nessas alterações emocionais; **(9)** súmula dos conteúdos apresentados na ação de formação e pertinência das temáticas abordadas para os profissionais auxiliarem os doentes a alcançarem a autonomia nas atividades de vida diária.

Relativamente ao método utilizado foi, sobretudo, o método expositivo para facilitar a integração do tema com base em referências teóricas e, ao mesmo tempo, despertar o interesse dos participantes pelo tema. A sessão de formação foi realizada com recurso a conteúdos audiovisuais e o *power-point* utilizado encontra-se no Anexo G.

O *feed-back* recebido no final da formação foi indicativo de que cumprimos com os objetivos que foram propostos, uma vez que, disponibilizamos informação aos participantes para alcançarem um conhecimento razoável sobre a temática em questão, e que com esse conhecimento tivessem a oportunidade de colocar em prática algumas das técnicas abordadas no seu contexto de trabalho. No entanto, apesar de ter sido adotada uma linguagem acessível, para melhor compreensão por parte dos profissionais, apercebi-me que o conteúdo da informação transmitida não se revelou útil para todos, nomeadamente para o serviço social, que atua principalmente com as famílias ao invés dos doentes. Por último, convém refletir sobre a importância que esta formação teve para o meu crescimento profissional. Revelou-se, sem dúvida, uma mais-valia na medida em que me permitiu conjugar a teoria com a prática contribuindo como um momento de aprendizagem para próximas ações.

7. Reuniões

O trabalho que desenvolvi ao longo destes meses no HMP foi rigorosamente supervisionado, tanto no ISCS-N como na instituição hospitalar onde estive inserida, contribuindo, desta forma, para o meu desenvolvimento enquanto clínica e pessoa.

O processo de supervisão/orientação é visto como uma tarefa complexa, que exige um compromisso constante de disponibilidade e partilha, tanto por parte do supervisor/orientador, como por parte do aluno/estagiário (Abiddin, Hassan & Ahmad, 2009). O supervisor/orientador tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades dos profissionais em início de carreira nos seus próprios ambientes clínicos. Ele deve, também, estimular a aplicação da teoria na prática; estimular o novo profissional no processo de aprendizagem; estimular o desenvolvimento dos conhecimentos e competências dos alunos/estagiários; e, estimular a prática reflexiva. Além disso, o seu papel passa também pelo aconselhamento, formação, suporte, desenvolvimento pessoal e profissional (Botti & Rego, 2008; Abiddin et al., 2009). Assim sendo, os estagiários/alunos, com o auxílio da supervisão/orientação, adquirem maior autoconfiança e tornam-se mais capacitados a estabelecer relações mais autênticas com os doentes e a assumir maior responsabilidade no

cuidado dos mesmos (Botti & Rego, 2008). Ao longo do estágio curricular tive reuniões de orientação e, paralelamente reuniões de supervisão, que passo de seguida a descrever:

Reuniões de Orientação

O estágio decorreu sob a orientação do Dr. Duarte Pacheco, psicólogo clínico no HMP. As reuniões com o orientador eram realizadas com uma periodicidade semanal, e consistiam na discussão de casos clínicos, na troca de informações sobre a elaboração de planos de avaliação e reabilitação, assim como na organização de outras atividades a realizar no local estágio. O Dr. Duarte revelou sempre uma atitude de apoio ao desenvolvimento das minhas competências clínicas, incentivando a promoção da minha autonomia.

Reuniões de Supervisão

A supervisão das atividades de estágio esteve a cargo do Prof. Dr. Bruno Peixoto, e decorreu nas instalações do ISCS-N. As reuniões eram realizadas com uma periodicidade variável, de acordo com a necessidade de supervisão mediante as atividades desenvolvidas. Nestas reuniões, à semelhança das reuniões de orientação, e juntamente com outros colegas estagiários, foram discutidas abordagens para avaliação e intervenção de casos clínicos apresentados, sendo ainda, fornecido material de apoio relevante. Paralelamente, foram pedidos alguns trabalhos no decorrer do estágio curricular. Inicialmente, foi pedida a descrição do local de estágio e o papel do neuropsicólogo na instituição; posteriormente, foi realizada uma apresentação, aos alunos do primeiro ano de mestrado em neuropsicologia clínica, sobre a avaliação realizada a um caso clínico acompanhado no HMP; seguidamente, foi efetuada uma descrição detalhada das sessões de reabilitação efetuadas até ao momento desse mesmo caso clínico; tendo ainda sido pedido, por fim, que fosse elaborado um esquema de reabilitação grupal para implementar no HMP. O objetivo destes trabalhos, e em especial das reuniões, era partilhar experiências, dúvidas e receios, suscitar o interesse pela constante pesquisa bibliográfica e expansão de conhecimentos, culminando com o desenvolvimento de competências para a prática clínica bem como o crescimento a nível pessoal. A intervenção do Prof. Dr. Bruno Peixoto revelou-se sempre pertinente e foi uma mais-valia ao longo de todo o período de estágio e não só. Ajudou a perceber a função do neuropsicólogo através dos seus conselhos, exemplos e orientações; a encontrar alternativas para realizar algumas atividades que, devido ao contexto em que estava inserida, não seriam possíveis de executar na instituição; mas sobretudo, estimulou em mim o gosto pela profissão.

PARTE IV

Estudo de Caso

“Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença.”

William Osler, 1849

Para que o leitor perceba, de forma mais pormenorizada, o trabalho que foi desenvolvido no HMP, dedico esta parte do relatório a uma detalhada análise de um caso clínico. O motivo para a escolha deste estudo de caso prende-se com o facto da senhora L. ter sido uma das doentes em que tive a oportunidade de avaliar e intervir. Além disso, esta doente evidenciava uma enorme vontade de se expressar e comunicar, e apresentou-se sempre colaborante e motivada para realizar as atividades propostas.

1. Identificação

A senhora L. é de nacionalidade portuguesa, nasceu a 21 de maio de 1943, tem 69 anos, é dextra e católica praticante. É casada há 48 anos e tem oito filhos. É natural da cidade de Paredes, onde reside com o marido, dois filhos e duas netas portadoras de deficiência. Com 12 anos concluiu o 2º ciclo do ensino básico, equivalente a seis anos de escolaridade, e trabalhou como agricultora. Atualmente encontra-se reformada.

2. Motivo

A avaliação neuropsicológica da senhora L. está inserida num conjunto de avaliações requeridas pelo Dr. Duarte aquando a admissão de novos utentes na unidade. Além disso, a doente estava internada noutra instituição para recuperação funcional de défices sequelares a AVC isquémico em território da ACM esquerda, e a ser acompanhada por um profissional do ramo da psicologia, que descreveu no relatório que a doente beneficiaria da continuidade do

acompanhamento, visando a “*promoção da estabilidade anímica e adaptação à condição presente*” (sic.).

3. Anamnese – História de Vida

Os dados anamnésicos foram recolhidos apenas com a senhora L., existindo ainda alguns registos no seu processo referentes à situação psicossocial do agregado familiar. Dada a impossibilidade de corroborar os dados com os familiares, uma vez que o horário de visita destes não coincidia com o meu horário de estágio, a veracidade da informação transmitida pela senhora L. é posta em causa, isto porque a doente evidenciou alguma confusão sobre datas, idades e acontecimentos, chegando a confundir graus de parentesco e, conseqüentemente, a transmitir informações erradas sobre os mesmos. Para tentar ultrapassar esta dificuldade, eram colocadas as mesmas questões ao longo de várias sessões para verificar se a informação era coerente com os dados que tinham sido transmitidos anteriormente.

3.1. História Familiar

A senhora L. nasceu na freguesia de Castelões de Cepeda, cidade de Paredes, e provém de uma família de nível socioeconómico baixo. Nasceu em casa, de uma gravidez de termo e parto sem intercorrências conhecidas. A senhora L. tem uma irmã gémea, e, em conjunto com esta, são as mais novas de uma fratria de sete irmãs (três das quais já faleceram, a mais velha devido “*a um mal ruim*” (sic.), outra irmã porque tinha problemas cardíacos, e quanto à outra não soube especificar o motivo, apenas que faleceu em bebé, ainda com poucos meses de vida). Relativamente à infância, o relato da senhora L. parece indicar que, tanto a própria como as irmãs, não tiveram problemas desenvolvimentais, incluindo apenas as doenças características da idade. Não sabe ao certo as idades e profissões das irmãs, afirmando apenas que a mais velha faz uma diferença de quinze anos, que tem uma irmã que era freira e outra enfermeira. Atualmente, as irmãs estão reformadas. A senhora L. realçou que, apesar da diferença de idades, “*sempre houve uma grande união e cumplicidade entre todas*” (sic.), que ainda hoje se mantém.

O pai da senhora L. faleceu por volta dos 40 anos, quando esta tinha 9 meses. Afirma com tristeza não ter tido a oportunidade de o conhecer. Quando questionada sobre o motivo do falecimento do pai, diz que “*perdeu o juizinho (choro)...por causa do emprego e da situação em que a mãe se encontrava*” (sic.). O pai da senhora L. “*fazia caixões*” (sic.) e era o único

que trabalhava nesse ramo naquela zona, porém ao longo dos anos foram aparecendo novos postos de trabalho nessa área, e a oferta por parte dos novos empreendedores era melhor. Nesta sequência de acontecimentos, o pai da senhora L. acabou por ficar desempregado. Pouco tempo depois do pai ter ficado desempregado, a mãe da senhora L., que trabalhava como agricultora na quinta onde moravam, foi internada no Conde de Ferreira “*porque perdeu o juizinho*” (sic.). Logo após o internamento da mãe da senhora L., o pai começou a “*ficar doente da cabeça (choro)...tal como a minha mãe*” (sic.), e acabou por falecer. Refere não ter conhecimento de como tudo aconteceu, só sabe o que lhe foi transmitido pelas irmãs. Refere que a sua mãe esteve internada no hospital psiquiátrico cerca de dois a três anos “*até ficar boa de vez...e de facto ficou mesmo curada*” (sic.). Nessa altura, a senhora L. e as suas irmãs ficaram sem o cuidado dos progenitores, o pai tinha falecido, e mãe estava hospitalizada. Como ainda eram todas menores de idade, foram morar com “*pessoas ricas que cuidaram de nós até a minha mãe voltar para casa*” (sic.). Refere não ter muitas memórias sobre estes acontecimentos porque ainda era muito pequena. Quando a mãe regressou a casa, a senhora L. e todas as suas irmãs voltaram a morar juntas. Descreve a mãe como “*trabalhadora, lutadora e carinhosa (choro)...era sem dúvida boa pessoa*” (sic.). Com o passar dos anos, as irmãs da senhora L. foram saindo de casa, “*e eu lá continuei...fiquei a viver com a minha mãe e a cuidar dela*” (sic.). Por volta dos 60 e poucos anos, a mãe da senhora L. acabou por falecer devido a problemas de saúde física, que não soube especificar.

3.2. História Educacional

Relativamente ao percurso escolar, a senhora L. refere que ingressou na escola aos 6 anos de idade e que sempre foi “*uma aluna muito aplicada e estudiosa, tirava boas notas e gostava das matérias todas*” (sic.). Afirma nunca ter manifestado problemas ao nível da aprendizagem e com 10 anos concluiu a 4ª classe. Continuou os estudos e com 12 anos concluiu o 2º ciclo do ensino básico. Salientou que mantinha boas relações interpessoais com os colegas e em particular com a sua irmã gémea, que a acompanhava sempre. Apesar do bom desempenho escolar, a situação financeira da família da senhora L. não permitiu que continuasse a estudar. Refere com alegria que algumas irmãs tiveram a oportunidade de tirar um curso superior, e não sente mágoa por não ter tido a mesma oportunidade, afirmando que “*foi melhor para todos...eu precisava de trabalhar para ajudar a minha mãe que fazia muito sacrifício*” (sic.).

3.3. História Profissional e Ocupacional

A senhora L. iniciou a sua vida laboral por volta dos 12/13 anos, após concluir os estudos, e foi trabalhar juntamente com a mãe, como agricultora. Refere que é um trabalho duro e de muito sacrifício, porém, *“era o que eu sabia fazer melhor”* (sic.). Por volta dos 60 anos reformou-se, devido a problemas de saúde, e apesar de ter ficado condicionada fisicamente, continuava a ajudar no que podia nos afazeres da quinta. Explicou que houveram algumas complicações associadas aos seus antecedentes clínicos, como a hipertensão arterial, e ficou condicionada na realização de algumas atividades diárias, necessitando de ajuda para alguns autocuidados. Ao nível das atividades de vida diária, a higiene pessoal era assegurada por uma filha, e a alimentação era da responsabilidade do cônjuge. Referiu ainda, nunca ter tido problemas de saúde graves ou internamentos anteriores.

Relativamente à vida social, a senhora L. revela que nunca teve muitos amigos, e que a sua rede de apoio restringe-se apenas à família. Salientou que quando era adolescente chegou a integrar num grupo coral, onde permaneceu durante algum tempo, porque além de gostar de fazer parte desse grupo, era e é católica praticante.

No que diz respeito aos tempos livres, a senhora L. refere que, *“sempre fui muito caseira e quando saía era para ir às festas da aldeia ou às vindimas dos vizinhos...mas sempre na companhia da minha mãe e da minha irmã”* (sic.). Atualmente, são ocupados a ver televisão, a fazer renda e a ler, *“quando os livros são bons”* (sic.).

3.4. História Conjugal

Recuemos um pouco na história de vida da senhora L., quando esta tinha cerca de 18/19 anos de idade. Foi numa vindima, de um vizinho que morava perto de sua casa, que conheceu aquele que se viria a tornar o seu marido, *“quando acabou a vindima, viemos a conversar durante o caminho e gostámos de nos conhecer”* (sic.). O marido da senhora L. tem idade semelhante à sua, 69 anos, e trabalhava como militar das forças armadas (marinha). Quando o marido da senhora L. deixou a tropa, com 22 anos, decidiram casar e ficaram a morar na quinta com a mãe. Algum tempo depois, a mãe da senhora L. faleceu.

O marido da senhora L. passou a ser agricultor, e o trabalho no campo passou a ser o negócio da família. Cerca de 9 meses após o enlace, a senhora L. teve o seu primeiro filho, e todos os outros seguiram-se com uma diferença de cerca de um ano de idade. Dos oito filhos que a senhora L. teve, nenhum foi planeado, mas afirma com alegria que *“foram uma bênção”*

(sic.). As gestações decorreram sem qualquer complicação e, relativamente à infância dos filhos, relata que estes tiveram um desenvolvimento normal. Com a família a crescer, a senhora L. e o seu marido resolveram mudar de casa, porque a quinta onde habitavam não tinha muitas condições para criar todos os filhos. Neste sentido, alugaram uma quinta, na freguesia da Madalena, onde reside atualmente, também ela pertencente à cidade de Paredes. Dos oito filhos que a senhora L. teve, três são raparigas e os restantes cinco são rapazes (Figura 3).

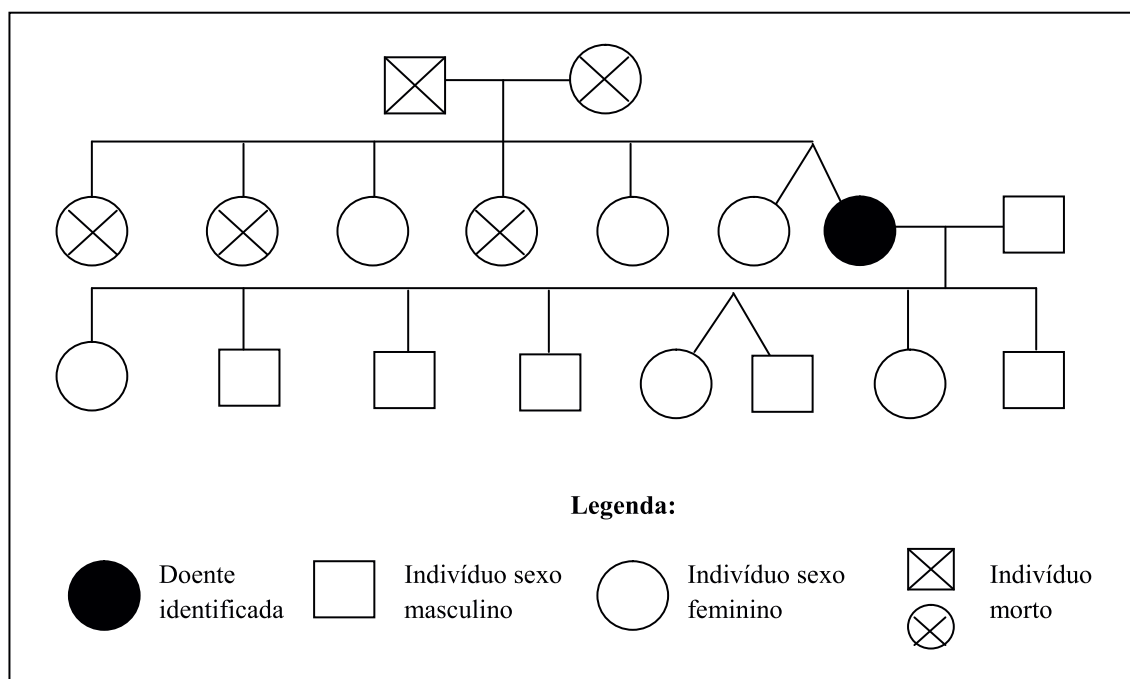


Figura 3. Genograma da senhora L.

Como não sabe ao certo as idades dos filhos, pensa-se que o mais velho terá 40 e poucos anos e o mais novo estará na casa dos 30 anos. Cinco deles já estão casados, uma filha é divorciada, e dois são solteiros. Salienta ainda a existência de 10 netos, a mais velha terá cerca de 17 anos, e o mais novo perto de 2 anos de idade. Todos os filhos estão ativos profissionalmente, não sabe especificar a profissão de todos eles, apenas que “*são muito trabalhadores, quando algum fica desempregado arranja logo emprego noutra sítio*” (sic.). Ao longo das várias sessões a senhora L. não se cansa de realçar e elogiar “*os maravilhosos filhos que Deus me deu*” (sic.). Também o marido da senhora L., apesar de se encontrar reformado, está a dar continuidade ao negócio agrícola trabalhando na quinta, sendo ele também bastante ativo diariamente. Atualmente, a senhora L. reside com o marido, um filho

solteiro, a filha divorciada, e duas netas portadoras de deficiência. Os restantes filhos residem nas proximidades e têm convívio regular com o casal.

Esta parte da recolha anamnésica foi bastante complicada, uma vez que a senhora L. confundia os seus filhos com os filhos da sua mãe, os empregos das irmãs com o dos seus filhos, fazia confusão relativamente às idades dos mesmos e ao estado civil. De seguida, passo a descrever um exemplo ilustrativo desta dificuldade. Ao longo de quase todas as sessões, a senhora L. afirmou que tinha oito irmãs e nove filhos (três raparigas e seis rapazes). O discurso da senhora L. era tão convincente, pela forma tão pronta com que transmitia estas informações em todas as sessões, que eu própria fiquei surpreendida quando li nos registos da informação relativa à segurança social, que a senhora L. não tinha nove, mas sim oito filhos. Desta forma, sempre que estava com a senhora L. pedia-lhe para me dizer os nomes dos filhos e também o nome das suas irmãs. Notei que havia sempre um nome de uma irmã que faltava, e dos seus filhos, o nome de um rapaz que não se lembrava. Quando confrontada com esta situação dizia estar baralhada, *“acho que são 9...ou 8...não eu tenho 9 filhos, três meninas e seis meninos (choro)...não sei já não estou a confundir tudo”* (sic.). Tal como estas informações que a senhora L. me transmitiu estavam erradas, muitas outras descritas anteriormente também podem estar, desta forma apenas descrevi a história de vida da senhora L. da forma como ela a vê.

4. História Clínica e da Problemática Atual

No dia 3/01/2013 pelas 18 horas, a senhora L. teve um episódio de queda *“estava na varanda e comecei a sentir-me mal...chamei o meu marido para me ajudar porque estava a ficar sem forças”* (sic.). Os familiares notaram diminuição da força muscular à direita e desvio da comissura labial, precedido de alteração da linguagem. Algum tempo depois, foi visível a recuperação da força muscular dos membros, mas com persistência do desvio da comissura, pelo que foi trazida ao Serviço de Urgência (SU). À chegada ao SU do Hospital Padre Américo, a senhora L. estava bem acordada e atenta; cumpriu ordens verbais; apresentou um discurso verbal adequado e orientado; não apresentou alterações ao nível da linguagem; sem disartria; sem alterações da campimetria e sem alterações da oculomotricidade; discreta paralisia facial inferior direita; força muscular dos quatro membros preservada; sem dismetria da prova dedo-nariz e sem alterações da sensibilidade. Para complementar o diagnóstico foi realizada uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) e um Eco-doppler. A TAC revelou

um padrão de leucoencefalopatia isquêmica microangiopática crônica evoluindo com desmielinização da substância branca profunda periventricular; seqüela isquêmica temporoparietal direita cortico-subcortical, traduzida por área de encefalomalacia e enfarte isquêmico lacunar antigo caudado-capsular esquerdo. No Eco-doppler realizado identificam-se apenas pequenas placas em ambos os bolbos carotídeos e sem perturbações significativas do fluxo. Mediante os resultados dos exames realizados e tendo em conta os antecedentes clínicos (Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM II), hipertensão arterial (HTA), doença vascular cerebral sem sequelas motoras, mas com períodos confusionais), a senhora L. foi diagnosticada com um enfarte cerebral da artéria cerebral média esquerda, sendo posteriormente internada na unidade de AVC para tratamento, vigilância e esclarecimento etiológico. No decorrer do internamento, no dia 8/01/2013, a senhora L. apresentou agravamento dos défices neurológicos com desvio do olhar para a esquerda e hemiparesia direita de grau 1. Foi realizada uma TAC cerebral e o resultado do exame foi sobreponível ao realizado anteriormente, tendo o restante internamento decorrido sem intercorrências. A 24/01/2013 a senhora L. deu entrada na unidade de cuidados continuados de média duração da Clínica Radelfe, proveniente do serviço de medicina interna do hospital Padre Américo com o objetivo de reabilitação funcional após enfarte cerebral em território da ACM esquerda. Contudo, logo após a sua admissão nesta clínica foi feito um pedido de mobilidade na rede, sendo transferida para a unidade de média duração e reabilitação do HMP no dia 14/02/2013, por se situar mais próximo da sua residência. À data de admissão no HMP a avaliação inicial feita pela equipa de enfermagem revelou que a senhora L. apresentou-se consciente e orientada, com hemiparesia à direita, com períodos de labilidade emocional e completamente dependente para a realização dos autocuidados. As informações da área da Psicologia presentes no processo da senhora L., sobre a sua institucionalização na Clínica Radelfe, referem que a doente era comunicativa, e colaborante; apresentava défices de atenção e concentração, retenção e memória de curta duração comprometidas; com alterações de humor, com presença de psicopatologia depressiva e ansiosa associada; labilidade emocional com crises de choro; em processo de aceitação da sua condição atual, demonstrando capacidade de adaptação e integração a novos contextos.

Atualmente, a senhora L. faz a seguinte medicação: omeprazol, enoxaparina, metformina, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, valsartan, fenitoina, amlodipina e sertralina.

5. Avaliação Neuropsicológica

O processo de avaliação neuropsicológica desenrolou-se ao longo de quatro sessões. A primeira sessão ocorreu no dia 22 de fevereiro de 2013. Os objetivos pré-definidos para esta sessão eram, primariamente, estabelecer o primeiro contacto, proporcionando um clima de empatia, segurança e confiança, permitindo à senhora L. toda a liberdade para se expressar de forma verbal e não-verbal. Os outros objetivos prendiam-se com o esclarecimento do funcionamento geral desta e das próximas sessões de avaliação, e ainda, conhecer melhor a doente no sentido de esclarecer algumas queixas e preocupações. Assim, procedeu-se à realização de uma entrevista clínica do tipo semi-diretiva, com o intuito de se proceder à recolha de informação geral sobre a doente, da sua história e funcionamento familiar, educacional, profissional/ocupacional, conjugal e da sua história clínica. Para tal, foram realizadas questões abertas e fechadas que se centravam em cada uma das áreas mencionadas. Para facilitar a obtenção da informação desejada, foram usadas algumas técnicas de entrevista como o questionamento, a exploração, a clarificação, a reformulação e ainda a focagem.

Nesta primeira sessão, a doente apresentou-se consciente e vígil, desorientada no tempo mas aparentemente bem orientada espacialmente e com labilidade emocional (choro fácil). A senhora L. apresentava uma expressão triste e abatida, e os sinais de inquietação eram evidentes. No sentido de conhecer o seu percurso vivencial, perceber as queixas e angústias da doente, pedi à senhora L. para me falar de si e explicar o motivo que originou o seu internamento. Esta sessão revelou-se bastante difícil, talvez a mais complicada de todas as sessões que fiz com esta doente. A senhora L. logo no início começou imediatamente a chorar e assim permaneceu durante quase toda a sessão, chegando a afirmar “*não sei porque estou a chorar...não consigo parar*” (sic.). Era notória a necessidade de se expressar e querer dar a conhecer a sua história de vida e a sua problemática atual. Apresentava um discurso verborreico, pouco coerente, com períodos de confusão e com desorientação temporo-espacial associada. A sequência de acontecimentos que a senhora L. ia descrevendo não fazia sentido. Foi também evidente a forte dependência afetiva da família, em especial do seu cônjuge. Todo o discurso da senhora L. era em torno do seu marido, e da saudade que tinha dos filhos. No final da sessão, e uma vez que a doente, embora mais calma, ainda evidenciava alguns sinais de desconforto emocional, decidiu-se que a sessão terminaria por ali.

Nos dias 26 de fevereiro, 1 e 8 de março foram realizadas as restantes sessões de avaliação. O objetivo definido para estas sessões centrava-se na avaliação formal de funções

cognitivas superiores, para além da recolha de dados anamnésicos e o esclarecimento de algumas informações sobre a história de vida da senhora L. que tinham sido transmitidas de forma pouco coerente.

A aplicação dos instrumentos de avaliação não foi previamente definida, com a exceção do teste de *screening* MMSE. Os resultados deste teste de avaliação do funcionamento cognitivo geral, e os dados qualitativamente avaliados nas sessões iriam determinar o tipo de provas a aplicar. Contudo, desde início já haveria indicação de algumas funções cognitivas que poderiam estar comprometidas, fruto da avaliação psicológica a que a senhora L. foi submetida na instituição onde esteve previamente internada. Assim sendo, já existia da minha parte um cuidado especial voltado para as áreas que foram descritas como mais deficitárias.

O número de sessões de avaliação também não foi pré-estabelecido, uma vez que, dada a condição emocional e cognitiva em que a doente se encontrava, a aplicação de provas de avaliação que, em média duram 15 minutos, com esta doente prolongavam-se para além dos 50 minutos, não sendo possível prever o tempo que a senhora L. demoraria a concluir as tarefas pedidas e, conseqüentemente, de quantas sessões seriam necessárias para concluir a avaliação. Desta forma, a avaliação formal da senhora L. teve a seguinte sequência: na segunda sessão de avaliação aplicou-se o MMSE e o teste de fluência verbal; na terceira sessão administrou-se o INECO *Frontal Screening*, e na quarta sessão de avaliação as subprovas atenção, memória e conceptualização da DRS-2. De uma forma geral as sessões de avaliação tiveram duração média de hora e meia e foram realizadas no quarto da doente.

Relativamente à avaliação do estado mental da senhora L., ao longo de processo de avaliação, pode-se referir que esta apresentou-se com um nível de consciência vígil e alerta aos estímulos do meio exterior; moderadamente desorientada no tempo mas espacialmente bem orientada; apresentou-se com uma aparência simples, saudável e informal; a sua idade aparente coincidia com a idade real; manteve contacto ocular, e quanto à sua posição, estava sentada na cadeira de rodas e com uma postura natural, mostrando-se sempre colaborante ao longo do processo de avaliação. No que diz respeito à atividade psicomotora, na sessão inicial demonstrou-se um pouco agitada, enquanto que, nas restantes, manteve uma atividade motora normal. De salientar que a senhora L. ainda não deambula uma vez que tem uma hemiparesia direita de grau 1 (que é a mais grave), encontrando-se muito limitada em termos de mobilidade, necessitando de ajuda para realizar todos os autocuidados. Não tem perturbações do sono, e quanto à alimentação também não se verificaram alterações de apetite, em

comparação com o seu estado pré-mórbido. Apresentou labilidade emocional (choro fácil) alternada com riso excessivo, que foi evoluindo favoravelmente ao longo das sessões. Possui uma evidente carência afetiva. Apresenta um discurso obsessivo relacionado com a família, e direcionado sempre para assuntos do seu interesse. Não revelou perturbação do curso ou conteúdo do pensamento, nem da percepção. No que diz respeito à linguagem, a senhora L. tem um discurso espontâneo fluente, inicialmente com períodos pouco perceptíveis e com pouca coerência, que foi evoluindo de forma positiva ao longo das sessões. Não apresentou esforço produtivo, alterações da prosódia ou parafasias. Não aparenta dificuldades auditivas, tem a visão ligeiramente reduzida, mas não usa correção, e não evidenciou grandes dificuldades na realização das tarefas de leitura que lhe foram pedidas. Apresentou, inicialmente, uma reduzida capacidade de *insight* em relação aos défices cognitivos, mantendo-se consciente do estado de saúde física e das limitações que tem, embora apresentasse crenças irrealistas sobre uma melhoria rápida e completa.

5.1. Instrumentos de Avaliação

Inicialmente, a senhora L. foi submetida a uma avaliação *screening*, através do MMSE (Anexo H), onde obteve 20/30 pontos. De salientar que as subprovas referentes à escrita e à habilidade construtiva não foram administradas devido ao défice motor que a doente apresenta. Através desta prova foi possível verificar a desorientação temporal da senhora L., que revelou ainda algumas dificuldades na capacidade de cálculo e evocação, enquanto que a linguagem, aparenta ser a área que se mantém mais preservada. Seguem-se os resultados obtidos nas diferentes subprovas (Tabela 6):

Dimensão Avaliada	Pontuação
Orientação	7/10
Retenção	3/3
Atenção e Cálculo	2/5
Evocação	1/3
Linguagem	7/8
Construção	Não Aplicada

Tabela 6. Resultados obtidos nas subprovas do MMSE

Foi notória a dificuldade de concentração da doente para realizar este teste. A cada momento de pausa, a senhora L. mudava de assunto, descentralizando-se da avaliação que estava a ser efetuada e começava com o discurso obsessivo sobre o marido e a família. Só na parte final da aplicação do MMSE, é que a senhora L. aparentava estar mais focalizada e atenta às questões que lhe estavam a ser colocadas. Desta forma, e para aproveitar o momento, que me parecia oportuno para dar continuidade à avaliação, optei pelo Teste de Fluência Verbal (Anexo I), que é uma prova bastante sensível a alterações da cognição e de aplicação simples. Os resultados desta prova (Tabela 7) evidenciaram, de facto, alterações significativas de algumas funções superiores.

Característica Lexical	Percentis
Animais	3-5
Letra M	2
Letra P	3-5
Letra R	2

Tabela 7. Resultados obtidos no Teste de Fluência Verbal

Relativamente à fluência verbal semântica, a senhora L. evocou oito nomes de animais, cingindo-se apenas ao tipo de animais que tinha na sua quinta, não se conseguindo abstrair desse contexto. No que diz respeito à fluência verbal fonética, a senhora L. evidenciou dificuldades atencionais e um claro défice executivo, como é demonstrado na passagem de texto abaixo.

Estagiária – “*Senhora L. diga-me palavras começadas por M.*”

Senhora L. – (olhar em redor) “*Máquinas...*” (pausa)

E. – “*Sim...vá dizendo mais...*”

Senhora L. – “*Máquinas para cortar erva, máquinas de cortar lenha...*”

E. – “*Diga-me outras palavras que comecem por M, já disse máquinas, e que outras palavras existem?*”

Senhora L. – “*Não sei mais...*”

E. – (após ter terminado 1 minuto) “*E agora quero que me diga palavras que comecem pela letra P.*”

Senhora L. – (após alguns segundos) “*Peras*”

E. – “*Exato...e que mais palavras existem?*”

Senhora L. – “*Maçãs*”

E. – “*Diga-me palavras começadas só pela letra P.*”

Senhora L. – “*Pinheiros*”

E. – “*E mais...*”

Senhora L. – “*Cavacos*”

E. – “*Só palavras que comecem por P*”

Senhora L. – (olha em redor) “*Não sei mais...*”

E. – (após 1 minuto) “*Olhe e que palavras começadas por R é que conhece? Diga-me todas que se lembrar...*”

Senhora L. – (após algum tempo) “*Regar*”

E. – “*Sim...e mais palavras começadas por R?*”

Senhora L. – “*Regar água, regar para dar frutas, mas lá no meu quintal dão poucas...*”

E. – “*Senhora L. que palavras começadas por R conhece mais?*”

Senhora L. – (olha em redor e após algum tempo) “*Não há mais...*” (terminou o tempo).

Este teste permitiu concluir que a senhora L. apresenta dificuldades de atenção, de iniciativa, no controlo inibitório e flexibilidade mental e ainda na organização mental e evocação semântica.

Para avaliar de uma forma mais consistente estes défices executivos e de memória de trabalho, e ainda outras capacidades que não foram satisfatoriamente avaliadas, foi pensada na DRS-2, que avalia diversas funções cognitivas e que é composta por provas simples e ideais para administrar à doente, uma vez que esta revela dificuldades de concentração e fadiga após curtos períodos de tempo em que lhe é pedida atenção. Porém, existem algumas subprovas da DRS-2 que não poderiam ser administradas, tal como a dimensão construção e uma parte referente à iniciação/perseveração – séries motoras, que implicaria a utilização das duas mãos, o que nesta doente é impossível.

Assim, para a memória de trabalho e funcionamento executivo administrou-se o INECO *Frontal Screening* (Tabela 8), e foram selecionadas provas referentes às dimensões atenção, memória e conceptualização da DRS-2 (Tabela 9) para completar a avaliação.

Dimensão Avaliada	Pontuação
Programação	1/3
Sensibilidade à Interferência	0/3
Controlo Inibitório	0/3
Dígitos Inversos	0/6
Memória Trabalho Verbal	0/4
Memória Trabalho Espacial	0/2
Provérbios	0/3
Teste <i>Hayling</i>	0/6

Tabela 8. Resultados obtidos no INECO *Frontal Screening*

Esta prova permitiu perceber a severidade dos défices executivos da senhora L. que num total de 30 pontos, obteve apenas 1 ponto, revelando bastantes dificuldades na realização da prova, e demonstrando um comportamento perseverante. Os défices evidenciados são ao nível da memória de trabalho (verbal e espacial), planeamento, capacidade inibitória e raciocínio abstrato (Anexo J – respostas da senhora L. dadas no INECO).

Dimensão Avaliada	Percentis
Atenção	2-5
Memória	< 1
Conceptualização	1-2

Tabela 9. Resultados obtidos nas subprovas da DRS-2

Os resultados obtidos na DRS-2 (Anexo K) evidenciam o comprometimento das três dimensões avaliadas, embora em diferentes graus. Foi possível verificar a existência de um défice ligeiro/moderado na atenção (auditiva e visual). Relativamente à capacidade de conceptualização, a senhora L. revelou um défice moderado/grave, evidenciando maior dificuldade na realização dos exercícios referentes às diferenças e semelhanças. No que concerne à capacidade mnésica, a doente apresentou um défice acentuado, revelando dificuldades em provas como a orientação, evocação verbal, reconhecimento verbal e memória visual.

De forma a realizar uma avaliação o mais completa possível das funções superiores, foi ainda avaliada a possível existência de apraxias. Esta avaliação não foi quantificada, apenas avaliada qualitativamente. Foi pedido à senhora L. para: deitar a língua de fora, soprar, benzer-se e fazer a continência. Foi ainda pedido que demonstra-se (sem objeto) como comer a sopa e martelar um prego, e, com recurso a objeto, para beber por um copo e pintar com um pincel, provas executadas apenas com a mão esquerda. A senhora L. realizou todas estas tarefas de forma correta, não evidenciando presença de apraxia. Foi ainda possível verificar a aparente integridade da capacidade gnósica. Ao longo das sessões de avaliação e de estimulação, e mediante os estímulos e materiais utilizados, a senhora L. não revelou qualquer dificuldade em reconhecer/identificar estímulos previamente apreendidos.

5.2. Resultados da Avaliação

Os resultados da avaliação neuropsicológica permitem-nos definir um perfil da senhora L. De uma forma resumida, as provas administradas permitiram concluir que, a nível cognitivo, a doente apresenta: um comprometimento moderado da orientação temporal; dificuldades de concentração; alteração da capacidade atencional; dificuldades no cálculo mental; alterações na memória de trabalho (visual, auditivo-verbal e espacial); défice na memória semântica; comprometimento severo das funções executivas, nomeadamente, na capacidade de iniciativa, no controlo inibitório, no planeamento e raciocínio abstrato, apresentando ainda, inflexibilidade mental e perseveração. As capacidades que aparentam estar preservadas são: a linguagem (leitura, nomeação e repetição), compreensão de ordens simples e complexas, as praxias, as gnósias e a memória episódica. A escrita e a capacidade visuo-construtiva não foram possíveis avaliar devido aos graves défices motores. A nível emocional a doente apresenta: uma ligeira sintomatologia depressiva e labilidade emocional (choro fácil alternado com riso excessivo). No que diz respeito ao estado de funcionamento geral, a senhora L. apresenta-se dependente para a realização de todas as AVD's.

6. Conceptualização do Caso

Devido à idade da doente, as comorbilidades médicas (HTA, DM tipo II e AVC's prévios), os meios complementares de diagnóstico e de neuroimagem (lesões isquémicas difusas), e a avaliação neuropsicológica realizada (défices cognitivos em diversas áreas e alterações emocionais), podemos afirmar que o quadro clínico apresentado é sugestivo de

Demência Vascular (DV). A DV é a segunda causa mais frequente de demência, a seguir à DA. A sua prevalência tem aumentado com o envelhecimento da população, aparecendo habitualmente depois dos 40 anos de idade. É mais comum nos homens e cerca de nove vezes mais elevada em indivíduos com antecedentes de AVC (Lopes, Moldes, Pinto & Fernandes, 2011; Román & Pascual, 2012; Santos, Cavancati, Souza, Costa & Tristão, 2012). A DV reflete uma complexa interação que compreende as alterações isquémicas ou hemorrágicas (DCV e AVC), associadas a fatores de risco vascular (HTA, DM II, obesidade, tabagismo, sedentarismo, entre outras), a fatores relacionados com os doentes (sexo, idade avançada e baixo nível educativo), à cognição e aos fatores genéticos. Para se estabelecer um diagnóstico de DV é necessário demonstrar a existência de um quadro demencial e de lesões vasculares cerebrais, e estabelecer uma relação causal entre eles (Caramelli & Barbosa, 2002; Lopes et al., 2011). De acordo com o DSM-IV (2002), os critérios de diagnóstico para esta patologia são os seguintes:

- A)** Diminuição da memória (diminuição da capacidade de aprender novas informações ou de recordar informação previamente aprendida);
- B)** Uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - 1. Afasia (perturbação da linguagem);
 - 2. Apraxia (diminuição da capacidade de desenvolver atividades motoras apesar da função motora permanecer intacta);
 - 3. Agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos apesar da função sensorial permanecer intacta);
 - 4. Perturbação na capacidade de execução (planeamento, organização, sequenciação e abstração).
- C)** Os défices cognitivos referidos nos critérios A) e B) provocam alterações significativas no funcionamento social e ocupacional, representando um declínio significativo em relação a um nível de funcionamento prévio;
- D)** Sinais e sintomas neurológicos focais ou evidência laboratorial de doença vascular estão relacionadas etiologicamente com a perturbação;
- E)** Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um *delirium*.

De facto, a senhora L. preenche os critérios A e B4, os resultados da avaliação realizada comprovam o comprometimento da memória e do funcionamento executivo. Também o critério C está presente, uma vez que a senhora L., que era previamente semiautónoma,

encontra-se de momento, totalmente dependente de terceiros, e incapacitada de fazer as atividades que realizava anteriormente. Os resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados pela doente permitem afirmar que o critério D também está presente. E por último, a senhora L. também preenche o critério E para diagnóstico de DV.

No que diz respeito à classificação clínica e patológica da DV, esta pode ser causa de comprometimento dos grandes vasos, comprometimento dos pequenos vasos, lesão vascular isquémica por hipoperfusão e lesão vascular hemorrágica (Román et al., 2002). O quadro clínico de DV mais frequente está ligado ao comprometimento dos pequenos vasos, também conhecida como DV subcortical, e representa cerca de 50% dos casos. O perfil global obtido através da avaliação neuropsicológica à senhora L. parece enquadrar-se neste subtipo de DV, vejamos porquê. O tipo subcortical está ligado a enfartes predominantemente lacunares ou lesões isquémicas focais e difusas da substância branca subcortical, núcleos da base e tronco cerebral. As manifestações clínicas apresentadas são, na sua maioria, alterações neurológicas focais como défices motores ou sensitivos, disartria e incontinência urinária. A nível cognitivo verifica-se a diminuição da capacidade de atenção e concentração, alterações mnésicas (menos graves em comparação com a DA), menor velocidade no processamento mental, comprometimento da fluência verbal e défices acentuados ao nível do funcionamento executivo. Em relação ao estado emocional, as alterações relativamente frequentes são a depressão e labilidade emocional (Román et al., 2002; Lopes et al., 2011; Engelhardt et al., 2011; Kwon, 2012; Román & Pascual, 2012).

7. Intervenção

Uma vez que não existe um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada pela demência, os tratamentos atualmente disponíveis, visam minimizar sintomas cognitivos e comportamentais por meio de medicação e técnicas cognitivas de reabilitação. O doente demenciado mantém certa capacidade de neuroplasticidade, de aprendizagem ou capacidades de reserva que podem ser estimuladas com a finalidade de otimizar a sua adaptação ao meio, especialmente nos estádios leve e moderado, em que o processo neurodegenerativo não está tão avançado. Neste período de declive, existe ainda uma capacidade de aprendizagem para novos comportamentos, adequação a novos estímulos e ambientes, melhoria das capacidades instrumentais abandonadas pelo desuso e aquisição de novos esquemas e estratégias úteis para o dia a dia (Boada, 2003).

7.1. Objetivos de Intervenção

Após a avaliação que foi realizada à senhora L., e após serem identificadas as funções comprometidas e as preservadas, foi delineado um programa de intervenção, adequado ao nível intelectual e cultural da doente (Camões, Pereira & Gonçalves, 2005), que assenta nos seguintes objetivos terapêuticos (Tabela 10):

Área a Intervir:	Objetivos Pretendidos / Estratégias a Utilizar
Funções Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adotar técnicas de comunicação, que promovam uma melhor interação com a doente e facilitem a estimulação das capacidades cognitivas; ▪ Potencializar a orientação temporal, espacial e pessoal por meio de técnicas de orientação à realidade; ▪ Estimulação de funções cognitivas gerais, com recurso a técnicas de reminiscência; ▪ Treino de capacidades diminuídas; ▪ Estimular as capacidades preservadas;
Perturbações Psicológicas e do Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimizar a ansiedade e evitar reações psicológicas adversas; ▪ Promover a estabilidade anímica; ▪ Promover e facilitar a expressão emocional; ▪ Estimular a própria identidade, autoestima e autoconfiança.
Atividades Ocupacionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementar a autonomia pessoal nas atividades de vida diária.

Tabela 10. Objetivos de intervenção com a senhora L.

7.2. Estratégias de Intervenção Utilizadas

Para levar a cabo os objetivos pretendidos foram delineadas algumas estratégias de intervenção que passo de seguida a descrever. Para estimulação das funções cognitivas foram programados vários exercícios para cada um dos seguintes domínios: *orientação* (o objetivo de intervenção é manter os dados básicos de informação pessoal e reforçar os dados a nível temporal e espacial. Para tal recorreu-se à Terapia de Orientação para a Realidade, que tem como objetivo reduzir a desorientação e confusão nos doentes; visa orientar o doente no tempo e no espaço, lembrando com ele, por meio de pistas ou auxílios externos, o dia do

mês, o ano, e o local onde está (Ávila & Miotto, 2002). As informações são sempre passadas de forma clara e objetiva, utilizando a comunicação pessoal e através de objetos (relógios, calendários, revistas, figuras, entre outros); *atenção e concentração* (pretende-se manter, estabelecer e/ou reforçar a atenção, concentração e a atividade dos sistemas perceptivos através de variados exercícios para o efeito), *linguagem* (os objetivos gerais são estimular a linguagem expressiva, através da conversação com a doente, promovendo a interação interpessoal. Pretende-se também estimular a doente em outras vertentes, tais como, a repetição e retenção de diversos elementos verbais (e.g. uma lista de compras), estimulação da compreensão (através de ordens verbais que a doente deve cumprir) e estimulação do reconhecimento e nomeação, através da apresentação de estímulos visuais); *memória* (objetivo da intervenção é estimular as recordações pessoais e sociais; orientar a doente e promover a autoestima. Recorreu-se a materiais como objetos, imagens, sons, entre outros, capazes de induzir reminiscências. Pretendia-se assim que, com a entrada sensorial (verbal, visual, auditiva), a doente tenha acesso à semântica e associações com a memória episódica a longo prazo (Peña-Casanova, 1999). Para alcançar este objetivo pode-se recorrer, por exemplo, à Terapia da Reminiscência. É uma técnica utilizada em contextos demenciais, e tem como objetivo principal trabalhar a memória remota da doente, recorrendo a factos significativos da sua história de vida como canções, hábitos antigos (Camões, Pereira & Gonçalves, 2005), entre outros), *leitura* (o objetivo principal é potencializar a capacidade de leitura e compreensão escrita, através de exercícios supervisionados combinados com situações de interação e comentário de textos, notícias e revistas), *cálculo* (o principal objetivo neste ponto de intervenção é estimular o conhecimento e a manipulação numérica, facilitando o cálculo e o raciocínio, assim como solução de problemas simples), *praxis* (o principal objetivo é estimular a atividade gestual manipulativa, através de situações de interação interpessoal e realização de atividades de forma autónoma. Para tal recorreu-se a objetos utilizados na vida diária e imagens de objetos), *gnosias* (o objetivo é estimular a discriminação e perceção visual, auditiva e tátil), e, por fim, as *funções executivas* (os objetivos primordiais em relação a este ponto são estimular a capacidade de raciocínio, de abstração, de planificação e execução, através de tarefas dirigidas e supervisionadas da vida diária). A estimulação das funções executivas permitiu ao mesmo tempo treinar atividades semelhantes às realizadas no dia a dia, de forma a incrementar a autonomia da senhora L.

Assim, foram realizadas tarefas tais como: preparar um almoço para a família ou ir às compras, fazer pagamentos, dar e receber o troco.

Paralelamente, à estimulação das funções cognitivas e ao treino de atividades de vida diária, foi essencial fazer um acompanhamento psicológico à senhora L. tendo em conta a sintomatologia psicoemocional revelada. De facto, era notório que muitos dos exercícios realizados ajudavam a atenuar o sofrimento da doente, contudo, foi também fundamental realizar psicoterapia de apoio ao longo das sessões. A psicoterapia de apoio é descrita como uma forma particular de psicoterapia, que tem como objetivo principal, promover a saúde mental. Para isso, o psicólogo deve ajudar o doente a restabelecer o melhor do seu funcionamento prévio, tendo em consideração as limitações da doença, os fatores biológicos, eventos e circunstâncias de vida. Além do objetivo descrito anteriormente, esta técnica visa ainda, melhorar a adaptação, aumentar a motivação, o senso de responsabilidade, a integração e manutenção da personalidade (Elzirik, Aguiar & Achestatsky, 2005). O psicólogo deve manter um relacionamento terapêutico e uma aliança de trabalho baseados na realidade, oferecendo apoio, esclarecimento e auxílio na solução de problemas (Cordioli, 2008). Assim, procurou-se proporcionar apoio à doente para superar alguns défices, adaptar-se a outros, e promover a motivação e o envolvimento da senhora L. no plano de intervenção multidisciplinar delineado.

7.3. Estruturação das Sessões de Estimulação

Mediante o tempo de internamento que restaria à senhora L., e tendo em conta a data de alta prevista e os objetivos pretendidos, foi planeada uma intervenção que assentaria em doze sessões de estimulação, que teriam início a 15/03/2013 e que durariam até 18/04/2013. Foram realizadas sessões semanais (2 a 3 vezes por semana), com a duração média de uma hora cada. As atividades desenvolvidas nas sessões de estimulação com a senhora L. foram planeadas tendo em conta as suas dificuldades e limitações, as funções preservadas, a sua condição emocional e a dependência física. Foram ainda pensados em alguns exercícios que poderiam ser realizados de forma contínua ao longo das sessões. Além da orientação temporal/espacial, foi ainda estipulada outra atividade a desenvolver em todas as sessões. Foi utilizado o livro da memória – história de vida (adaptado de “*El libro de la memoria – Historia de vida*” de Peña-Casanova) (Anexo L), com objetivo de abordar um tema relativo à história de vida da senhora L. Revelou-se crucial implementar atividades relacionadas com a

família da senhora L. e a sua história de vida, uma vez que esta era a sua motivação principal, e a qual mais gostava de falar. Estes exercícios, além de pretenderam estimular vários domínios cognitivos ambicionavam ainda ajudar na estabilidade anímica da doente.

O desenrolar das sessões de estimulação seguia sempre a mesma sequência de exercícios de forma a criar alguma estabilidade. Assim sendo, a sessão iniciava-se sempre com a orientação temporal e espacial, com ajuda do calendário; posteriormente era abordada uma temática específica do livro da memória – história de vida; procedia-se à realização de alguns exercícios para estimular diferentes áreas cognitivas, e terminava com o debate de um tema que era escolhido para cada sessão. Os exercícios que foram selecionados inicialmente, aquando a programação das atividades a desenvolver nas sessões, foram muitas vezes substituídos por outros, assim este plano de estimulação caracterizou-se principalmente por ser flexível, havendo necessidade de redefinir os objetivos pretendidos para cada sessão, mediante as dificuldades que a senhora L. ia apresentando. Neste sentido, as tarefas a realizar em cada sessão foram programadas mediante a prestação da doente na sessão anterior. Os objetivos específicos para cada sessão de estimulação e as respetivas atividades realizadas encontram-se no Plano de Sessões de Estimulação – Anexo M, enquanto que, os diversos exercícios realizados ao longo das 12 sessões, e a respetiva explicação, encontram-se no Anexo N. O material utilizado ao longo das sessões variou entre exercícios de cariz verbal; papel e lápis, embora algumas tarefas que implicassem a escrita fossem realizadas por mim sob ordem da doente, uma vez que a sua mão dominante estava afetada; recorreu-se ainda a objetos reais e a material audiovisual.

7.4. Obstáculos à Intervenção

Os principais obstáculos identificados foram: a limitação do tempo de intervenção; falta de informação por parte dos familiares; impossibilidade de ter conhecimento sobre o tipo de limitações que a senhora L. apresentava quando passava os fins-de-semana no domicílio; impossibilidade de transportar a doente para uma sala mais privada de modo a realizar a estimulação num ambiente mais calmo e livre de estímulos distratores.

7.5. Observação das Sessões de Estimulação

A senhora L. mostrou-se bastante recetiva à proposta de intervenção apresentada, relevando uma atitude colaborante e motivada para a execução das atividades propostas. Ao

longo das primeiras sessões de estimulação, manteve-se moderadamente desorientada no tempo, e revelou algumas dificuldades na memorização da data, pelo que era solicitado que a repetisse várias vezes até dizer sozinha de forma correta, inicialmente com ajuda do calendário e, posteriormente, sem nenhuma ajuda externa. Para ajudar à memorização do ano, foi utilizada a técnica de aprendizagem sem erros, uma vez que, quando perguntava o ano, a senhora L. iniciava sempre a sua resposta dizendo “*mil novecentos e....deixe lá ver...*” (sic.). Desta forma, quando fazia essa questão, e antes da senhora L. dar a sua resposta dizia, “*Estamos em dois mil e...*”. Esta repetição ao longo de sucessivas sessões surtiu efeito, uma vez que, já no final da reabilitação a senhora L. dizia o ano corretamente e quase que de uma forma automática. A aprendizagem sem erros refere-se a uma condição que envolve a eliminação de erros durante o processo de aprendizagem. Ao eliminar os erros, a resposta mais forte será a resposta correta (Pitel et al., 2010).

No que diz respeito às funções cognitivas, ao longo das sessões de estimulação a senhora L. apresentou um aumento da capacidade de concentração nas tarefas que eram executadas, obtendo um bom desempenho nos exercícios de atenção. Também em relação à capacidade mnésica, verificaram-se ligeiras melhorias. O funcionamento executivo era a função que se encontrava mais comprometida, e foi a que se revelou mais difícil de estimular. A doente evidenciou grandes dificuldades em realizar exercícios como a confeção de um prato, pôr a mesa, ou outras tarefas de planeamento e sequenciação de ações, bem como resolução de problemas. Para ajudar a ultrapassar esta dificuldade, alguns exercícios foram realizados com recurso a objetos reais, estimulando ainda a realização de atividades da vida diária. Ainda no domínio executivo, a senhora L. evidenciou alguma dificuldade ao nível da fluência verbal, abstração e no controlo inibitório, revelando ainda comportamentos de perseveração, que se mantiveram quase sempre ao longo de todas as sessões.

A estabilidade anímica foi, sem dúvida, um dos principais focos de intervenção. Para isso, recorreu-se à psicoterapia de apoio e não só. Era importante que a senhora L. tivesse uma maior capacidade de controlo emocional, pois só assim a reabilitação cognitiva poderia causar efeito. Desta forma, foi explicado à doente que era importante debater assuntos relacionados com a família, explorar as questões que a angustiavam e de que tinha medo, mas também era importante debater outros assuntos relacionados com o mundo. Assim, a senhora L. sabia que haveria sempre espaço em todas as sessões para falar do assunto mais importante da vida dela, a família, reduzindo, de forma progressiva os níveis de ansiedade ao longo das sessões e,

obter satisfação no debate de questões alheias à família, aumentando os níveis de atenção e concentração para a realização das tarefas. A introdução de exercícios especificamente relacionados com a sua história de vida teve, também, implicações positivas no discurso da doente, verificando-se uma redução do discurso obsessivo que a caracterizava inicialmente.

Foi também notória a reduzida capacidade de *insight* que a doente apresentava em relação aos seus défices cognitivos (comportamento de indiferença quando não sabia/não conseguia responder aos exercícios apresentados, como se fosse algo normal) e às limitações físicas (crenças irrealistas sobre uma melhoria física rápida e completa). Ao longo das sessões, a doente começou a adquirir esta capacidade de crítica e revelou alguma sintomatologia depressiva, apresentando-se bastante triste e frustrada. Foi, então, essencial proceder à explicação dos vários motivos que estariam na origem dessas dificuldades cognitivas, através da psicoeducação. Este método tem como finalidade fornecer informações sobre o problema, esclarecer como lidar com os sintomas ou com as limitações deles decorrentes, e explicar como podem ser obtidas as mudanças, e qual o papel do doente e do neuropsicólogo neste processo (Cordioli, 2008). Foi explicado à senhora L. o motivo que estava na origem dos seus défices físicos e cognitivos. Claramente, a sua limitação em termos de mobilidade era o que mais constrangia a senhora L. Assim, foi explicado que a recuperação física era demorada, mas se se esforçasse na fisioterapia e realizasse todos os exercícios pedidos, aos poucos iria recuperar. Em todas as sessões, após os exercícios de orientação, a doente era questionada sobre o seu desempenho na fisioterapia, e reforçada sempre que revelasse um comportamento desejável. A psicoeducação teve um efeito positivo ao nível da motivação, adesão ao tratamento, permitindo ainda, adotar crenças realistas em relação ao processo de recuperação, bem como a adaptação à doença.

Foi ainda fundamental atuar sobre a autoestima da doente, diminuindo o grau de dificuldade das tarefas para que esta as pudesse completar com sucesso e com o mínimo de ajuda possível, sendo reforçada sempre que realizasse corretamente uma atividade proposta.

Em relação às atividades de vida diária, estas foram trabalhadas principalmente com a equipa de enfermagem e fisioterapia, além dos exercícios que eram realizados nas sessões de estimulação. Os resultados das escalas aplicadas à senhora L., que avaliaram o grau de funcionalidade geral, na admissão e na data de alta, indicaram que, houve uma evolução favorável ao nível das atividades diárias e dos autocuidados, contribuindo de forma positiva para o aumento da autoestima, bem-estar, estabilidade anímica, e principalmente para o gradual desenvolvimento da autonomia da senhora L.

8. Reavaliação

Passados quase dois meses após a primeira sessão de avaliação, no dia 23/04/2013, a senhora L. foi submetida a uma reavaliação (Anexo O). Os resultados encontram-se resumidos na seguinte tabela (Tabela 11):

Instrumentos de Avaliação	Dimensão Avaliada	1ª Avaliação Pontuação	2ª Avaliação Pontuação
Avaliação do Estado Cognitivo Geral (MMSE)	Orientação	7/10	9/10
	Retenção	3/3	3/3
	Atenção e Cálculo	2/5	3/5
	Evocação	1/3	1/3
	Linguagem	7/8	7/8
	Construção	Não Aplicada	Não Aplicada
	Total	20/30	23/30
Teste de Fluência Verbal	Animais	3-5	3-5
	Letra M	2	3-5
	Letra P	3-5	3-5
	Letra R	2	2
Funções Executivas (IFS)	Programação	1/3	1/3
	Sensibilidade à Interferência	0/3	0/3
	Controlo Inibitório	0/3	0/3
	Dígitos Inversos	0/6	1/6
	Memória Trabalho Verbal	0/2	2/2
	Memória Trabalho Espacial	0/4	0/4
	Provérbios	0/3	0/3
	Teste <i>Hayling</i>	0/6	0/6
	Total	1/30	4/30
DRS-2	Atenção	2-5	6-10
	Memória	< 1	6-10
	Concetualização	1-2	1-2

Tabela 11. Resultados das avaliações realizadas à senhora L.

Em geral, os resultados obtidos não revelam um aumento significativo do desempenho cognitivo, mas também não são indicativos de uma diminuição desta funcionalidade, ou seja, a doente conseguiu manter a sua *performance*, obtendo até algumas melhorias em algumas dimensões. Os resultados são sugestivos de uma melhoria significativa ao nível da orientação temporal, e é também notória a melhoria, embora ligeira, da capacidade de memória. O funcionamento executivo e a fluência verbal continuam a ser as áreas mais comprometidas. Esta reavaliação tinha como principal objetivo perceber a eficácia da intervenção realizada com a senhora L. É certo que não era de se esperar uma melhoria significativa no desempenho cognitivo geral, uma vez que o tempo de intervenção com esta doente foi muito reduzido, no entanto, os objetivos inicialmente propostos foram minimamente alcançados.

9. Última Sessão – Devolução

No dia 26/04/2013 foi realizada a última sessão com a senhora L., sessão essa que coincidiu com o último dia de internamento da doente. Nesta sessão, a doente apresentou-se consciente, orientada auto e alopsiquicamente, com humor eutímico e bem-disposta. Inicialmente foi transmitida informação sobre os resultados obtidos na reavaliação, e foi feita uma apreciação geral acerca do seu comportamento ao longo de todas as sessões que estive com a doente. Foi reforçada pelo seu bom desempenho e colaboração, lembrando que, quando existe esforço e dedicação, os resultados surgem, e que, devagar se vai ao longe. Foram ainda abordados assuntos relacionados com a dependência física em que ainda se encontra, das suas expectativas de recuperação, e da necessidade de colaborar com os familiares sempre que estes solicitem a realização de exercícios físicos. Para terminar, foram explicados alguns exercícios simples, mas importantes, para manter e melhorar o funcionamento cognitivo da senhora L. Esta deveria realizar as tarefas no domicílio, e uma vez que não foi possível falar diretamente com os familiares, a doente ficaria encarregue de cumpri-las com alguma regularidade, sendo ainda explicado o benefício para a sua saúde mental (Anexo P).

10. Reflexão Crítica

Terminado este trabalho, é chegada à altura de fazer uma reflexão breve sobre o significado destes nove meses de estágio. A realização do estágio curricular contribuiu para a construção da experiência profissional e para desenvolver competências práticas em contexto

real de trabalho. Foi, sem dúvida, uma experiência muito diversificada na medida em que tive oportunidade de realizar várias atividades, tais como as avaliações neuropsicológicas, a implementação de planos de reabilitação, sendo o mais desafiante o programa de estimulação grupal, e a oportunidade de realizar uma formação aos profissionais de saúde da instituição. De salientar ainda o estudo de caso, que me enriqueceu enquanto pessoa e profissional. A senhora L. foi uma doente com a qual estabeleci uma grande relação de empatia e que me ajudou a ter ainda mais gosto pela profissão. Gostaria ainda de me referir a outra prática muito recorrente ao longo deste período de estágio, a orientação. Ser orientada foi extremamente relevante, na medida em que houve a supervisão da prática, permitindo complementar os conhecimentos já previamente adquiridos, para além da aquisição de novas ferramentas para fazer face neste e noutros contextos profissionais. Houve igualmente bastante interação com a equipa técnica multidisciplinar, descobrindo e expandindo novas formas e competências de mestria da prática clínica. O trabalho em equipa com colegas de estágio da especialidade também proporcionou uma relação de inter-ajuda, que permitiu reflexões e entendimento acerca das problemáticas levantadas em discussão, durante as reuniões.

Embora esta experiência tenha sido enriquecedora em variados domínios, dever-se-á salientar alguns pontos que considero menos favoráveis, nomeadamente a limitação em termos de patologias que predominam no HMP (sendo na sua maioria AVC's e demências) e o tipo de população (maioritariamente idosos). Destaco ainda as dificuldades que tive com o *setting*. Em contexto de internamento hospitalar não existe um consultório, um espaço próprio para as sessões decorrerem, e isto foi sem dúvida o que mais me perturbou na fase inicial do meu estágio, porém com o decorrer do tempo estas dificuldades foram ultrapassadas com sucesso, e tal como diz Simonetti, *“o psicólogo deve estar onde os acontecimentos estão, deve circular pelo hospital e atender o paciente no seu quarto ou andar, deve ver as coisas por si mesmo, deve estar próximo da equipa a ponto de ser solicitado verbalmente para o atendimento. Por outras palavras, deve ir ao encontro do paciente”* (2004, p.157).

Considero que o aliar de todas estas condicionantes, não se sobrepõe à mais-valia retirada deste estágio, uma vez que, por tudo já mencionado, representou um desafio e um aumento de competências essenciais ao profissional de neuropsicologia clínica. Este foi, aliás, o significado que esta fase formativa teve para mim, um desafio e um crescimento profissional e pessoal.

Referências Bibliográficas

- Abiddin, N., Hassan, A., & Ahmad, A. (2009). Research Student Supervision: An Approach to Good Supervisory Practice. *The Open Education Journal*, 2, 11-16.
- Almeida, M., Almeida, A., & Almeida, M. (2010). *Reeducação Psiconeurológica* (1ª ed.). São Paulo: Biblioteca 24 horas.
- Avellar, L. (2011). Atuação do Psicólogo nos Hospitais da Grande Vitória/ES: uma descrição. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 491-499.
- Ávila, R., & Miotto, E. (2002). Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com Demência de Alzheimer. *Revista Psiquiatria Clínica*, 29(4), 190-196.
- Baldo, J., Shimamura, A., Delis, D., Kramer, J., & Kaplan, E. (2001). Verbal and Design Fluency in Patients with Frontal Lobe Lesions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 7, 586-596.
- Balsimelli, S., Duque, M., Mello, A., & Bruscato, W. (2004). A neuropsicologia no hospital geral. Em W. Bruscato, C. Benedetti, S. Lopes (Eds.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp.155-160). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de Depressão Geriátrica: Tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Lisboa: Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Beaumont, J. (2008). *Introduction to Neuropsychology* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Benony, H., & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Black, M. & Stefanatos, G. (2000). Neuropsychological Assessment of Developmental and Learning Disorders. Em M. Black, G. Stefanos (Eds.), *Clinical Practice Guidelines* (pp.425-487). Maryland: ICDL Press.

- Boada, L. (2003). *Cuadernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Botti, S., & Rego, S. (2008). Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 363-373.
- Brass, L. (1992). Stroke. Em B. Zaret, M. Moser, & L. Cohen (Eds.), *Heart Book* (pp.215-233). New York: Yale University School of Medicine.
- Britt, E., Hudson, S., & Blampied, N. (2004). Motivational Interviewing in Health Settings: a Review. *Patient Education and Counseling*, 55, 147-155.
- Buller, I. (2008). Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica en el Contexto de la Atención Pública Terciaria Chilena. *Cuadernos de Neuropsicología*, 2(1), 10-23.
- Caldeira, M., Baeta, E., & Peixoto, B. (2011). Preliminary Validation of the Portuguese Version of the INECO Frontal Screening. *Journal of Neurology*, 258(1), S71.
- Camões, C., Pereira, F., & Gonçalves, A. (2005). *Reabilitação na Doença de Alzheimer*. Acedido em 29 de janeiro de 2013 em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf>.
- Cancela, D. (2008). *O Acidente Vascular Cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação*. Acedido em 23 de março de 2013 em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.
- Caramelli, P., & Barbosa, T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7-10.
- Cavaco, S., & Teixeira-Pinto, A. (2011). *DRS-2 - Escala de Avaliação da Demência 2*. Lisboa: Cegoc-Tea.
- Carvajal-Castrillón, J., Suárez-Escudero, J., & Arbodela-Ramírez, A. (2011). Rehabilitación neuropsicológica de pacientes hospitalizados con trauma encefalocraneano en fase subaguda: estudio piloto en la fundación Instituto Neurológico de Antioquia/Colombia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 6(2), 86-91.

- Castro, A. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41-59.
- Castro, S., Caló, S., & Gomes, I. (2007). *PALPA-P: Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português*. Lisboa: Cegoc-Tea.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Amleida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Semantic Fluency and Phonemic Fluency: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1-10.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Amleida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: regression-based norms for the portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(2), 189-198.
- Cela, J. & Herreras, E. (2005). Rehabilitación Neuropsicológica. *Papeles del Psicólogo*, 90, 15-21.
- Cockrell, J. & Folstein, M. (2002). Mini-Mental State Examination. Em J. Copeland, M. Abou-Saleh, & D. Blazer (Eds.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (2nd ed.) (pp.139-141). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Cordeiro, F. (2011). Ativar a Mente. Em F. Cordeiro (Ed.), *Relatório de Estágio* (pp.24-51). Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte, Gandra.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (3ª ed.). São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Cuidados Continuados. (2010). *Internamento: Unidades de Convalescença*. Acedido em 27 de março de 2013 em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.

- Cunha, M. (2008). *A entrevista motivacional como estímulo de motivação para a aprendizagem: estudo de caso* (Dissertação de mestrado integrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho (2006). Ministério da Saúde Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I série A, nº109 (06-06-06), 3856-3865.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Elliott, T., & Shewchuk, R. (2004). Family adaptation in illness, disease, and disability. Em M. Raczynski, & C. Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Disorders of behavior and health* (pp.379-403). Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/11589-012.
- Elzirik, C., Aguiar, R., & Schestatsky, S. (2005). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. São Paulo: Artemed Editora S.A.
- Emmons, K., & Rollnick, S. (2001). Motivational Interviewing in Health Care Settings: Opportunities and Limitations. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 68-74.
- Engelhardt, E., Tocquer, C., André, C., Moreira, D., Okamoto, I., & Cavalcanti, J. (2011). Demência Vascular. *Dementia e Neuropsychologia*, 5(1), 49-77.
- Estrela-Dias, M., & Pais-Ribeiro, J. (2012, fevereiro). *Psicólogo nos cuidados continuados integrados – intervenção positiva*. Comunicação apresentada no 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Federación Española de la Atención a Personas en Situación de Dependencia y/o com Discapacidad [Aten-D] (2012). *Psicólogos com formación especializada en neuropsicología en la atención de personas com enfermedades neurológicas*. Alicante: Aten-D.

- Fernandez, A., & Scheffel, D. (2003). A study of the criterion validity of the Mattis Dementia Rating Scale. *International Journal of Testing*, 3(1), 49-58.
- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Serna, A., Lucena, V., & Ramos, F. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 15(2), 115-123.
- Filho, E. (2006). *Mecanismos psicológicos mobilizados no paciente submetido à internação hospitalar: uma pesquisa bibliográfica* (Relatório de pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo). Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça.
- Fiorentino, N., Gleichgerrgt, E., Roca, M., Cetkovich, M., Manes, F., & Torralva, T. (2013). The INECO *Frontal Screening* tool differentiates behavioral variant - frontotemporal dementia (bv-FTD) from major depression. *Dementia e Neuropsychologia*, 7(1), 33-39.
- 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, 189-198.
- García-Sánchez, C., Estévez-González, A., & Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demência. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(6), 374-378.
- Goldstein, L., & McNeil, J. (2004). *Clinical Neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Guerreiro, M. (1998). *Contributo da neuropsicologia para o estudo das demências* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Gindri, G., Frison, T., Oliveira, C., Zimmermann, N., Netto, T., Landeira-Fernandez, J.,...Fonseca, R. (2012). Métodos em Reabilitação Neuropsicológica. Em: J. Landeira-Fernandez & S. Fukusima (Eds.), *Métodos em Neuropsicologia* (pp.343-375). São Paulo: Manole.

- Gonçalves, C. (2012). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Acedido em 28 de janeiro de 2013 em www.psicologia.pt.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological Evaluation of the Older Adult*. United States of America: Academic Press.
- Greenberg, S. (2012). *The Geriatric Depression Scale*. Acedido em 2 de setembro de 2013 em: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4.pdf.
- Haase, V., Salles, J., Miranda, M., Malloy-Diniz, L., Abreu, N., Argollo, N.,...Bueno, O. (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira e pesquisadores / clínicos em neuropsicologia. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(4), 1-8.
- Hackett, M., & Anderson, C. (2005). Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(10), 2296-2301.
- Hamdan, A. (2008). Avaliação Neuropsicológica na Doença de Alzheimer e no Comprometimento Cognitivo Leve. *Revista Psicologia Argumento*, 26(54), 183-192.
- Hebben, N., & Milberg, W. (2009). *Essentials of Neuropsychological Assessment* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Klonoff, P. (2010). *Psychotherapy after brain injury: principles and techniques*. New York: The Guilford Press.
- Kwon, O. (2012). Cognitive Features of Vascular Dementia. Em Heinbockel (Ed.), *Neuroscience* (pp.127-138). Croatia: InTech.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Lezak, M., Howieson, D., & Loring, D. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Lopes, M., Brucki, S., Giampaoli, V., & Mansur, L. (2009). Semantic verbal fluency test in dementia. *Dementia e Neuropsychologia*, 3(4), 315-320.

- Lopes, R., Moldes, P., Pinto, A., & Fernandes, L. (2011). Caso de demência vascular. *Psicogeriatrics*, 3(1), 45-49.
- Luque, M., Carrasco, P., Peña, M., Blázquez, M., & León, J. (2010). Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar. *Alzheimer. Real Invest Demenc.*, 46, 5-13.
- Machado, C. (2002). Abordagem multiprofissional. *Revista Brasileira Hipertensão*, 9(4), 379-382.
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica: estudos de casos e instrumentos*. Lisboa: LIDEL.
- Maroto, M. (2000). *Taller de Memoria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maroto, M. (2002). *La Memoria: Programa de Estimulación y Mantenimiento Cognitivo*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Massano, J. (2009). Escalas de avaliação e sua utilização em Neurologia. Em M., Sá (Ed.), *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (pp.597-608). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Mateer, C. (2003). Introducción a la Rehabilitación Cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 21, 11-20.
- Manava, S. (2012). Age-Related Differences in Emotion Recognition Ability: Visual and Auditory Modalities. *Vanderbilt Undergraduate Research Journal*, 8, 1-5.
- Mental Health Commission [MHC]. (2006). *Multidisciplinary Team Working: from theory to practice*. Dublin: MHC.
- Mestre, S. (2004). *Acidente Vascular Cerebral – Que implicações na qualidade de vida, autoeficácia – imagem?* (Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de mestre na especialidade de Psicologia da Saúde). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Mill, A., Allik, J., Realo, A., & Valk, R. (2009). Age-Related Differences in Emotion Recognition Ability: A Cross-Sectional Study. *Emotion, 9*(5), 619-630.
- Montorio, I., & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: A Review of Its Development and Utility. *International Psychogeriatrics, 8*(1), 103-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610296002505>.
- Moreira, H. (2012). *Défices executivos em fases iniciais da demência de alzheimer: contributo da Ineco Frontal Screening (IFS)* (Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Moreno-Carrillo, C., & Loprepa-Restrepo, F. (2010). Efectos de un entrenamiento cognitivo sobre el estado de ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología, 5*(2), 146-152.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do “Mini-Mental State Examination”. *Sinapse, 9*(2), 19-25.
- Nogueira, J., Henriques, I., Gomes, A., & Leitão, A. (2007). *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*. Acedido em 8 de dezembro de 2012 em: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinal.pdf>.
- Nunes, B., & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação: volume 1*. Lisboa: LIDEL.
- Nunes, B., & Pais, J. (2007). *Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação: volume 2*. Lisboa: LIDEL.
- Otero, J., & Scheitler, L. (2001). La rehabilitación de los transtornos cognitivos. *Revista Médica del Uruguay, 17*(2), 133-139.
- Palau, F., Franco, M., Jiménez, F., Bernate, M., Parra, E., Toribio, J., Solis, A., Losada, R., & Cid, T. (2012). Programas psicosociales de intervención cognitiva en población com signos de deterioro leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. *Panamerican Journal of Neuropsychology, 6*(1), 84-102. doi: 10.7714/cnps/6.1.205.

- Palenzuela, N., García, R., López, T., Cervantes, B., & Sabiote, G. (2012). Eficacia de la estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer. Real Invest Demenc.*, 52, 28-34. doi: 10.5538/1242.2012.52.28.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica «Test Barcelon»*. Barcelona: Masson S.A.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer: Fundamentos y principios generales*, Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Pereira, S., Coelho, F., & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 187-192.
- Pitel, A., Perruchet, P., Vabret, F., Desgranges, B., Eustache, F., & Beaunieux, H. (2010). The advantage of errorless learning for the acquisition of new concepts labels in alcoholics. *Psychological Medicine*, 40(3), 497-502.
- Pontes, L., & Hubner, M. (2008). A reabilitação neuropsicológica sob ótica da psicologia comportamental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 6-12.
- Prigatano, G. (1999). *Principles of Neuropsychological*. New York: Oxford University Press.
- Punwar, A., & Peloquin, S. (2000). *Occupational Therapy: Principles and practice* (3rd ed.). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quemada, J., & Echeburúa, E. (2008). Funciones y formación del neuropsicólogo clínico: una propuesta. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 301-306.
- Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational Interviewing in Health Promotion: It Sounds Like Something Is Changing. *Health Psychology*, 21(5), 444-451.
- Riddoch, M., & Humphreys, G. (1993). *BORB: Birmingham Object Recognition Battery*. Birmingham: Lawrence Erlbaum Associates, Ltd., Publishers.
- Rodrigues, A., Yamashita, E., & Chiappetta, A. (2008). Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. *Revista CEFAC*, 10(4), 443-451.

- Rollnick, S., Miller, W., Butler, C. (2009). *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Román, G. (2002). Vascular Dementia Revised: diagnosis, pathogenesis, treatment and prevention. *Medical Clinics of North America*, 86(3), 477-499.
- Román, G., & Pascual, B. (2012). Demencia Vascular y Deterioro Cognitivo de Origen Vascular. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 12(1), 203-218.
- Rufo-Campos, M. (2006). La Neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. *Revista de Neurología*, 43(1), 57-58.
- Salto, M. (2007). O psicólogo no contexto hospitalar: uma visão psicodramática. *Revista Criarp*, 5(39), 12-15.
- Santos, J. (2006). *A fluência verbal na Doença de Parkinson* (Monografia para obtenção do grau de licenciada em Psicologia, no ramo Clínica). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Santos, I., Covita, H., & Pacheco, C. (2011). *Relatório Final: diretório de competências, necessidades formativas, bases para o plano de formação – Identificar necessidades de formação em cuidados continuados*. Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Santos, V., Cavancati, G., Souza, D., Costa, L., & Tristão, C. (2012). Diagnóstico diferencial e etiologias possíveis de demência em idosa internada: estudo de caso. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 1(2), 61-70.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with demencia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- Shulman, K., Shedletsky, R., & Silver, I. (1986). The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1(2), 135-40. doi: 10.1002/gps.930010209.

- Silva, T., Oliveira, A., Paulo, D., Malagutti, M., Danzini, V., & Yassuda, M. (2011). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 65-74.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Simões, M. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *RIDEP*, 34(1), 9-33.
- Sohlberg, M., & Mateer, C. (2001). *Cognitive Rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press.
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Sullivan, S., & Ruffman, T. (2004). Emotion recognition deficits in the elderly. *International Journal of Neuroscience*, 114(3), 403-432. doi:10.1080/00207450490270901.
- Tárraga, L. (2000). *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Fundación ACE.
- Tavares, M. (2000). Recursos básicos para o diagnóstico: A entrevista clínica. Em J. Cunha (Ed.) *Psicodiagnóstico V* (pp.35-56). Porto Alegre: Artemed Editora S.A.
- Titler, M., Cohen, M., & Craft, M. (1991). Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart Lung*, 20(2), 174-182.
- Tonetto, A., & Gomes, W. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipa multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 89-98.
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): a brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(5), 777-86. doi: 10.1017/S1355617709990415.

- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI]. (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua* (1ª ed.). Lisboa: UMCCI.
- Vieira, L. (2011). *A atuação do psicólogo em contexto hospitalar*. Acedido em 20 de março de 2013 em: RedePsi - O seu Portal de Psicologia: <http://www.redepsi.com.br/portal>.
- Villeneuve, S., Rodrigues-Brazète, J., Joncas, S., Postuma, R., Latreille, V., & Gagnon, J. (2011). Validity of the Mattis Dementia Rating Scale to Detect Mild Cognitive Impairment in Parkinson's Disease and REM Sleep Behavior Disorder. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31, 210-217. doi: 10.1159/000326212.
- Visser-Keizer, A. (2004). *The impact of emotional and cognitive changes after stroke: a longitudinal community-based study*. Utrecht: Rijksuniversiteit Groningen.
- Wechsler, D. (2008). *WMS-III: Escala de Memória de Wechsler* (3ª ed.). Lisboa. Cegoc-Tea.
- Wilson, B. (2005). *Neuropsychological Rehabilitation: theory and practice*. United Kingdom: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Wilson, B., Alderman, N., Burgess, P., Esmlie, H., & Evans, J. (1996). *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. Suffolk: Thames Valley Test Company.
- Wilson, B., & Gracey, F. (2009). Background and theory: towards a comprehensive model of neuropsychological rehabilitation. Em B. Wilson, F. Gracey, J. Evans, & A. Bateman (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation: theory, models, therapy and outcome* (pp.1-21). New York: Cambridge University Press.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- Wysokiński, A., Zboralski, K., Orzechowska, A., Gałeczki, P., Florkowski, A., Talarowska, M. (2010). Normalization of the Verbal Fluency Test on the basis of results for healthy subjects, patients with schizophrenia, patients with organic lesions of the chronic

nervous system and patients with type 1 and 2 diabetes. *Archives of Medical Science*, 6(3), 438-446. doi: 10.5114/aoms.2010.14268.

Yeates, G. (2009). Working with families in neuropsychological rehabilitation. Em B. Wilson, F. Gracey, J. Evans, & A. Bateman (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation: theory, models, therapy and outcome* (pp.138-156). New York: Cambridge University Press.

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49.

ANEXOS

ANEXO A

- Ficha de Psicología Clínica -



(vinheta identificativa do utente)

Ficha de Psicologia Clínica

Cama: _____ Data da Admissão: __/__/____ Data da Alta: __/__/____

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____ DN/Idade __/__/____ - ____ anos
Estado Civil: _____ Situação Profissional: _____ Escolarização _____
Proveniência do Utente: _____ Motivo do Internamento: _____

HISTÓRIA ACTUAL
Diagnóstico(s): _____
Início: _____
Medicação psicofarmacológica: _____
Queixas: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA

1) Dados relativos ao doente

1.1) Estado de saúde física _____

1.2) Conhecimento sobre a doença e tratamentos (como descreve os seus conhecimentos – 1 a 5) _____

1.3) Adaptação à doença / incapacidade (sentimentos, mudanças, crenças e fase) _____

1.4) Expectativas em relação à doença (o que pode mudar, necessidades sentidas) _____

1.5) Interações com a família e com os técnicos de saúde _____

1.6) Comportamentos de procura de cuidados _____

1.7) Comportamentos de adesão _____

1.8) Capacidade de controlo de sintomas _____



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS
NOVA SAÚDE PAREDES

2) Dados relativos à Família

2.1) Conhecimento sobre a doença _____

2.2.) Sentimentos em relação ao sujeito doente, à doença e aos tratamentos _____

2.3) Atitudes e expectativas em relação ao sujeito doente, à doença e aos tratamentos _____

2.4) Grau de participação nos cuidados de saúde prestados ao doente _____

2.5) Mudanças no funcionamento familiar introduzidas pela doença _____

3) Dados relativos ao Cuidador Principal

3.1) Estado de saúde _____

3.2) Suporte social _____

3.3) Rendimentos e profissão _____

3.4) Estratégias de coping _____

3.5) Percepção de auto-eficácia e percepção sobre a tarefa do cuidar _____

4) Dados relativos aos técnicos de saúde

4.1) Procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento eventualmente indutores de stress _____

4.2) Sentimentos dos técnicos de saúde em relação ao sujeito e à doença _____

4.3) Atitudes e expectativas dos técnicos de saúde em relação ao sujeito doente / família, à doença e aos próprios
tratamentos _____

HISTÓRIA PESSOAL

Educacional: _____

Profissional: _____

Conjugal: _____

Sexualidade: _____

Socialização: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Directa: _____

Indirecta: _____

ANEXO B

- Plano das Sessões de Estimulação -

Primeira Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Apresentação dos elementos do grupo ▪ Orientação temporal/espacial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do PEC (horário/duração/frequência; objetivos pretendidos; atividades a desenvolver; áreas cognitivas a estimular; apresentação dos cadernos de atividades) ▪ Definição dos conceitos: atenção, memória e funções executivas ▪ Estimular a atenção seletiva e a atenção sustentada ▪ Estimular a atenção, evocação semântica e criatividade ▪ Estimular a atenção sustentada, memória semântica, fluidez verbal e coordenação motora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividade 1 Exemplos de situações do dia-a-dia em que necessitam de dirigir mais a atenção, uso da memória e funções executivas ▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que perante um conjunto de estímulos assinale todas as estrelas ▪ Atividade 3 Pede-se aos doentes que, um por um, completem com as palavras adequadas as frases das histórias lidas ▪ Atividade 4 Pede-se ao doente que faça a mímica da ação pedida para que os restantes colegas possam adivinhar

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Segunda Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Acolhimento▪ Orientação temporal/espacial	<ul style="list-style-type: none">▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimular a atenção seletiva e a atenção sustentada▪ Estimular a atenção seletiva, flexibilidade mental e capacidade de abstração▪ Estimular a atenção sustentada, categorização e memória semântica	<ul style="list-style-type: none">▪ Atividade 1 Pede-se ao doente que procure e assinale todas as bolas que existem na imagem▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que identifique na sopa de letras as palavras pretendidas▪ Atividade 3 Pede-se ao doente que identifique todos os nomes de animais, flores e roupa

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas	<ul style="list-style-type: none">▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Terceira Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Acolhimento▪ Orientação temporal/espacial	<ul style="list-style-type: none">▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimular fluidez verbal, memória semântica e memória autobiográfica▪ Estimular a atenção seletiva e a atenção sustentada	<ul style="list-style-type: none">▪ Atividade 1 TOR – técnica orientada para a realidade: debate sobre os meios de transporte e os meios de comunicação▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que procure e assinale todos os “smiles” que existem na imagem

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas	<ul style="list-style-type: none">▪ Lembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Quarta Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Acolhimento▪ Orientação temporal/espacial	<ul style="list-style-type: none">▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimular atenção seletiva, atenção sustentada, capacidade de abstração▪ Estimular reconhecimento e regulação das emoções▪ Estimular fluidez verbal, memória semântica e flexibilidade mental	<ul style="list-style-type: none">▪ Atividade 1 Pede-se ao doente que identifique os vários tipos de frutas presentes na imagem▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que, mediante a leitura de algumas notícias, indique as diferentes emoções sentidas pelas personagens nas diversas situações▪ Atividade 3 Pede-se ao doente que escreva nomes de palavras começadas pelas letras M, B, L, R, F e D independentemente da categoria

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas	<ul style="list-style-type: none">▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Quinta Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Orientação temporal/espacial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a atenção sustentada, capacidade de abstração e flexibilidade mental ▪ Estimular o planeamento da ação e resolução de problemas ▪ Estimular atenção seletiva, atenção sustentada, capacidade de abstração e planeamento ▪ Estimular fluidez verbal, memória semântica e flexibilidade mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividade 1 Pede-se ao doente que perante a visualização de uma imagem identifique a parte que falta nessa mesma imagem ▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que, mediante a leitura de excertos de notícias / situações diárias, indique o que faria naquela situação ▪ Atividade 3 Pede-se ao doente que assinale as diferenças entre as duas imagens ▪ Atividade 4 Pede-se ao doente que perante o sorteio de uma letra do alfabeto indique um nome próprio, profissão, fruto e animal começado por essa mesma letra

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Sexta Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Acolhimento▪ Orientação temporal/espacial	<ul style="list-style-type: none">▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimular a perceção, reconhecimento de estímulos, memória semântica e episódica, fluência verbal▪ Estimular a atenção dividida	<ul style="list-style-type: none">▪ Atividade 1 Os sentidos: visão, audição, tato, olfato e paladar (debate sobre a importância dos sentidos no dia a dia)▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que compare duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas	<ul style="list-style-type: none">▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Sétima Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Acolhimento▪ Orientação temporal/espacial	<ul style="list-style-type: none">▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimular atenção seletiva, atenção sustentada, capacidade de abstração e planeamento▪ Estimular memória autobiográfica, semântica e episódica▪ Estimular fluidez verbal, memória semântica, flexibilidade mental e categorização de palavras	<ul style="list-style-type: none">▪ Atividade 1 Pede-se ao doente que assinale as diferenças entre as duas imagens▪ Atividade 2 Técnica de Reminiscência – recordações recorrendo a músicas e objetos▪ Atividade 3 Pede-se ao doente que escreva nomes de animais, comida, nomes próprios e de roupa começadas pelas letras T, S, P, C, D, B e L

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas	<ul style="list-style-type: none">▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Oitava Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Orientação temporal/espacial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular capacidade de abstração, flexibilidade mental, memória de trabalho e categorização ▪ Estimular a capacidade de cálculo e raciocínio ▪ Estimular o reconhecimento de emoções, regulação de emoções, memória semântica e autobiográfica e fluidez verbal ▪ Estimular fluidez verbal, memória semântica, flexibilidade mental e categorização de palavras 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividade 1 Pede-se ao doente que indique qual a palavra intrusa no grupo de palavras ▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que complete as peças de dominó para que a soma seja igual a 13 ▪ Atividade 3 Pede-se ao doente que visualize uma face e identifique a emoção expressa; pede-se ainda que relate uma situação em que expressa essa emoção ▪ Atividade 4 Pede-se ao doente que retire um papel aleatoriamente e cumpra com a ordem pedida

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Nona Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Acolhimento▪ Orientação temporal/espacial	<ul style="list-style-type: none">▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimular atenção sustentada, memória imediata e fluência verbal▪ Estimular a atenção seletiva, reconhecimento visual, memória semântica e capacidade de abstração▪ Estimular a atenção seletiva, flexibilidade mental e capacidade de abstração▪ Estimular a categorização, memória semântica e raciocínio indutivo	<ul style="list-style-type: none">▪ Atividade 1 Pede-se ao doente que esteja atento à lista de compras e posteriormente evoque todos os produtos mencionados▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que identifique as imagens sobrepostas de forma a identificar os objetos presentes▪ Atividade 3 Pede-se ao doente que identifique na sopa de letras as palavras pretendidas▪ Atividade 4 Pede-se ao doente que indique o que tem em comum a sequência de palavras apresentada

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">▪ Resumo das tarefas realizadas e áreas cognitivas estimuladas	<ul style="list-style-type: none">▪ Relembrar as estratégias que podemos adotar nas atividades realizadas

Décima Sessão

Introdução (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ▪ Orientação temporal/espacial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escrever local/dia/mês/ano/dia da semana/estação do ano/horas

Desenvolvimento (30 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a memória de trabalho, memória semântica, fluidez verbal, flexibilidade mental e capacidade de abstração ▪ Estimular a capacidade de planeamento, flexibilidade mental, resolução de problemas ▪ Estimular o raciocínio, produção de ideias, planeamento, resolução de problemas ▪ Estimular a atenção sustentada, memória semântica, fluidez verbal e flexibilidade mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atividade 1 Pede-se ao doente que indique qual a profissão, objeto ou animal, mediante a sua descrição ▪ Atividade 2 Pede-se ao doente que ordene as palavras para formar uma frase com sentido ▪ Atividade 3 Pede-se ao doente que, perante o sorteio de cinco palavras, invente uma frase com lógica utilizando essas mesmas palavras ▪ Atividade 4 Pede-se ao doente que escreva uma nova palavra utilizando a última sílaba da palavra anterior

Conclusão (15 minutos)

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saber o impacto das sessões de estimulação nos doentes ▪ Finalização do PEC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pede-se aos doentes a opinião sobre as sessões de estimulação realizadas ▪ Entrega dos certificados de participação

ANEXO C

- Questionário dos Dados Sócio-Demográficos -

Dados Sócio-Demográficos

Nome: _____

Idade: _____ **Data de Nascimento:** ____ / ____ / ____ **Sexo:** _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias:

- Não sabe ler nem escrever _____
- Sabe ler ou escrever _____
- Escolaridade _____

Última profissão: _____

Observações:

ANEXO D

- Atividades Desenvolvidas no Programa de Estimulação Cognitiva -

ANEXO D1

O QUE É SER IDOSO?

Com o avançar da idade...

- Alterações físicas (rugas, manchas na pele, dificuldades de audição e de visão, problemas de saúde...)
- Alterações cognitivas (memória, atenção, concentração...)

Ao longo dos anos tem-se assistido ao aumento da esperança média de vida, ou seja, cada vez as pessoas vivem até mais tarde.

- Além da importância do exercício físico, tem-se tornado importante realizar programas de estimulação com a população mais idosa para preservar a capacidade de atenção e memória de forma a ter um processo de envelhecimento mais saudável –
MENTE SÃ EM CORPO SÃO.

Para isso vão ser realizadas atividades que se vão centralizar nas dificuldades cognitivas que vão aparecendo com o envelhecimento: atenção, memória e as funções executivas.

O que é a atenção?

A atenção pode ser entendida como o processo através do qual o nosso cérebro seleciona informações mais importantes do que outras (prestar atenção ao que nos interessa). *Tipos de atenção:*

- Atenção dividida: prestar atenção a duas coisas ao mesmo tempo (e.g. cozinhar e ver TV ao mesmo tempo; conduzir e a falar ao telemóvel...)
- Atenção seletiva: selecionar a informação que nos interessa no meio de muitas informações (e.g. estamos numa sala com a TV ligada e uma pessoa a falar para nós, estamos a prestar atenção ao que a pessoa diz e por isso temos que ignorar o barulho da televisão)
- Atenção sustentada: capacidade de manter a atenção por um período de tempo (e.g. fazer um exercício, estar numa reunião, estar atento numa aula por uma hora...)

O que é a memória?

A memória refere-se à capacidade que o nosso cérebro tem de reter e evocar informação acerca de nós próprios e do mundo que nos rodeia. *Tipos de memória:*

- Memória imediata: permite reter a informação por um período curto de tempo (apenas alguns minutos) (e.g. um número de telefone)
- Memória recente: é a que permite recordar um acontecimento de vida relativamente recente (e.g. o que jantou ontem, a que horas foi hoje à fisioterapia...).
- Memória remota: é a mais estável e contém os conhecimentos adquiridos ao longo da vida.
- Memória prospetiva: refere-se à memória do futuro (e.g. o que tenho de fazer amanhã)

O que são as funções executivas?

Funções mais importantes do cérebro.

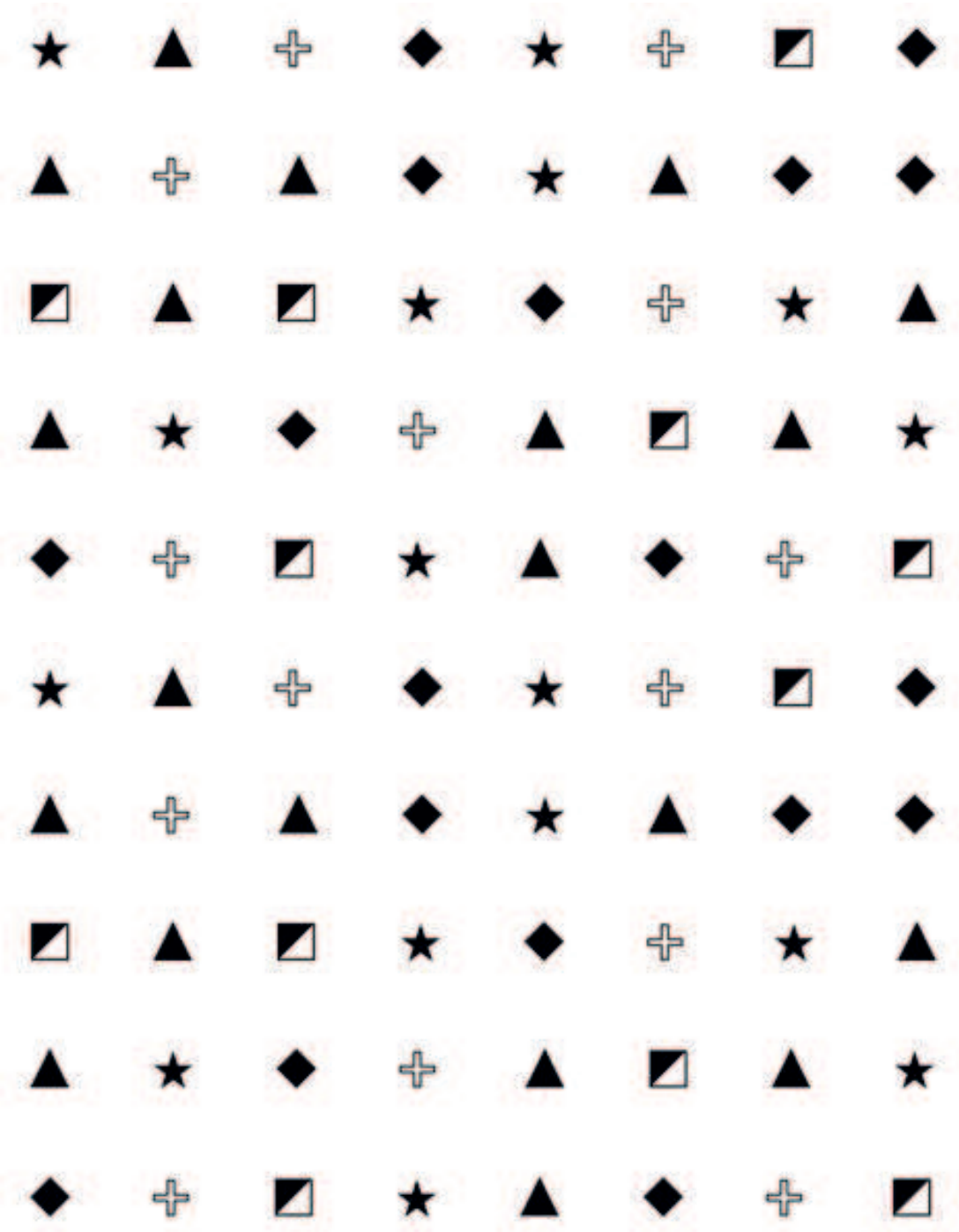
São funções que nos dão capacidade para planear e organizar determinada ação, responsáveis pelo raciocínio, pela produção de ideias.

São também responsáveis pelo controlo do nosso comportamento e pela capacidade de julgamento.

Exemplo: cozinhar (planeamento), comportamento social adequado (e.g. no falecimento de uma pessoa).

ANEXO D2

“Procura das Estrelas” - Procure e assinale todas as ★ estrelas



Número de Estrelas = _____

ANEXO D3

“Completamento de Histórias”

À vez, cada doente deve dizer oralmente a palavra mais correta para completar cada frase das histórias. Não há respostas certas ou erradas.

1ª História

Era domingo e a família Fonseca resolveu dar um _____. Foram até à cidade de _____ e resolveram levar comida para fazer um piquenique. Para comer levaram _____, _____ e para beber levaram _____. Depois do lanche foram _____, e ainda tiveram tempo de ir visitar um _____. Depois dessa visita regressaram a casa. Chegaram por volta das _____.

2ª História

A Joana tem 50 anos, vive em _____ e a sua profissão é _____. Hoje celebra 25 anos de casada e vai organizar um _____ para a família. O marido que se chama _____, escolheu para jantar o seguinte: sopa de _____, o prato principal é _____, e para sobremesa _____. Este casal tem dois filhos, um menino e uma menina. O rapaz chama-se _____ e a menina _____. Como eles não gostavam da comida que o pai escolheu para o jantar resolveram encomendar uma _____. Depois do jantar a família resolveu ir até ao _____ e depois passou pela _____ e ainda tiveram tempo de ir ao _____ antes de chegar a casa. Quando regressaram a casa, o cão que se chama _____ tinha comido os restos do jantar.

ANEXO D4

“Jogo da Mímica”

Cada uma das oito ações está escrita num cartão. Cada doente deve tirar à sorte um dos cartões e realizar a ação pedida, através da mímica, para que os restantes colegas possam adivinhar.

BEBER

PENTEAR O CABELO

ESCREVER

ENCHER UM BALÃO

CONDUZIR

LAVAR AS MÃOS

LAVAR OS DENTES

MARTELAR

ANEXO D5

“Procura das Bolas” - Quantas bolas existem na imagem?



Número de Bolas = _____

ANEXO D6

SOPA DE LETRAS

Procure os nomes dos animais abaixo indicados

E	L	E	F	A	N	T	E
F	H	A	A	G	O	J	C
A	C	Ã	O	P	P	I	A
T	F	O	T	W	A	L	N
P	N	J	U	Q	T	M	Á
R	A	T	O	T	O	E	R
L	G	B	C	O	R	F	I
I	R	U	S	G	A	T	O

▪ **PATO**

▪ **ELEFANTE**

▪ **GATO**

▪ **CÃO**

▪ **CANÁRIO**

▪ **RATO**

ANEXO D7

“Salada de Palavras” - Coloque as palavras na tabela correta

ROUPA	
--------------	--

ANIMAIS	
----------------	--

FLORES	
---------------	--

Saia

Chocolate

Coelho

Tulipa

Malmequer

Calças

Macaco

Feijão

Arroz

Meias

Rosa

Camisola

Pão

Vestido

Cão

Cravo

Gato

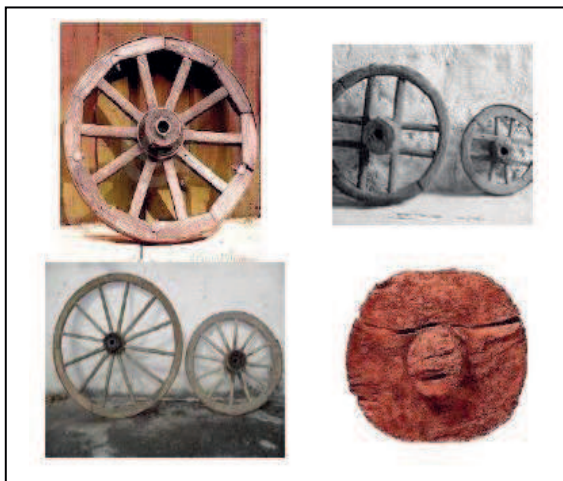
Girassol

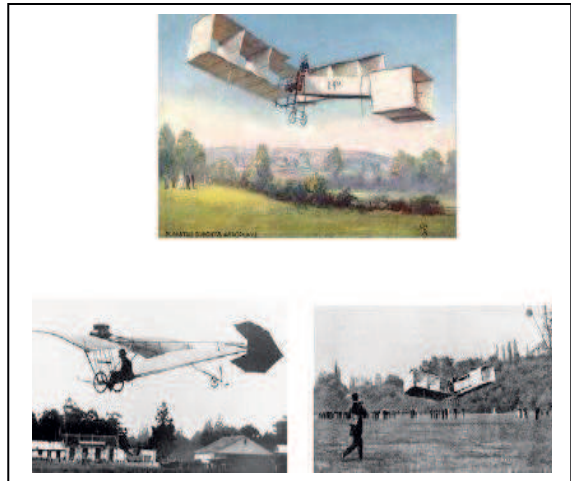
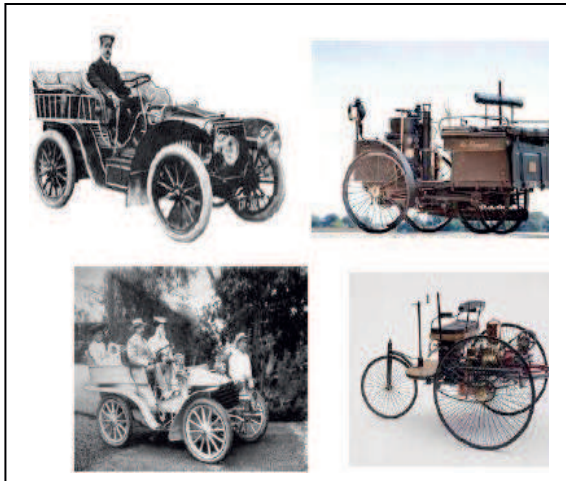
Peixe

Massa

Couve-flor

ANEXO D8



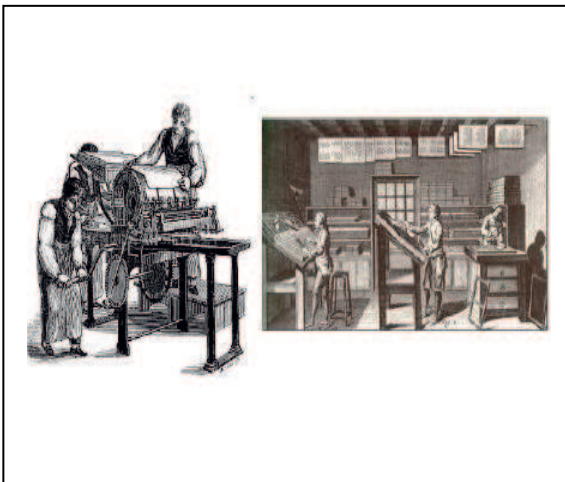
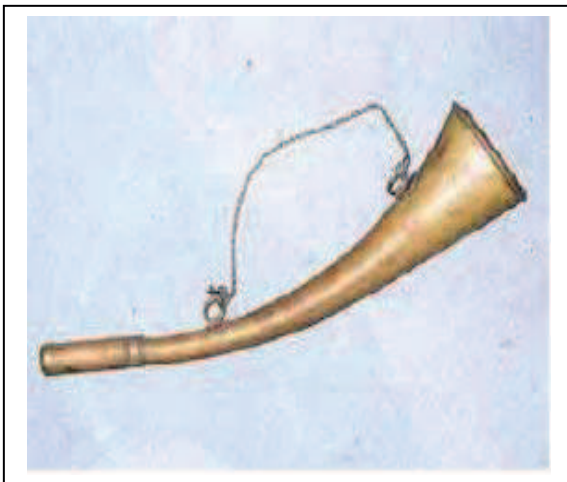




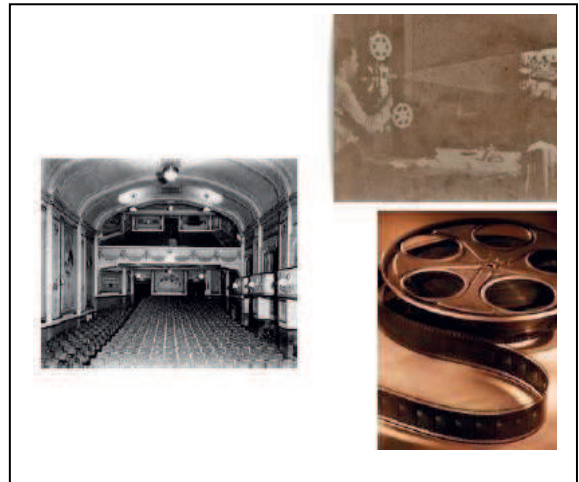
EXEMPLOS DE QUESTÕES COLOCADAS

- O que é e para que serve um meio de transporte?
- Que tipos de meios de transporte conhecem?
- Podemos dividir os meios de transporte em três categorias: meios terrestres, meios aquáticos e meios aéreos.
Deem exemplos de meios de transporte para cada uma das categorias referidas.
- Em que meios de transporte já andaram?
- Qual o que mais e menos gostam?
- Qual acham ser o mais e o menos seguro?
- Qual dos meios de transporte é maior?
E qual é o mais pequeno?
- Qual dos meios de transporte é mais leve?
E qual é mais pesado?
- Qual o primeiro meio de transporte que usaram?
Que idades tinham?
Como é que ele era?
- Qual o meio de transporte que mais usam atualmente?

ANEXO D9





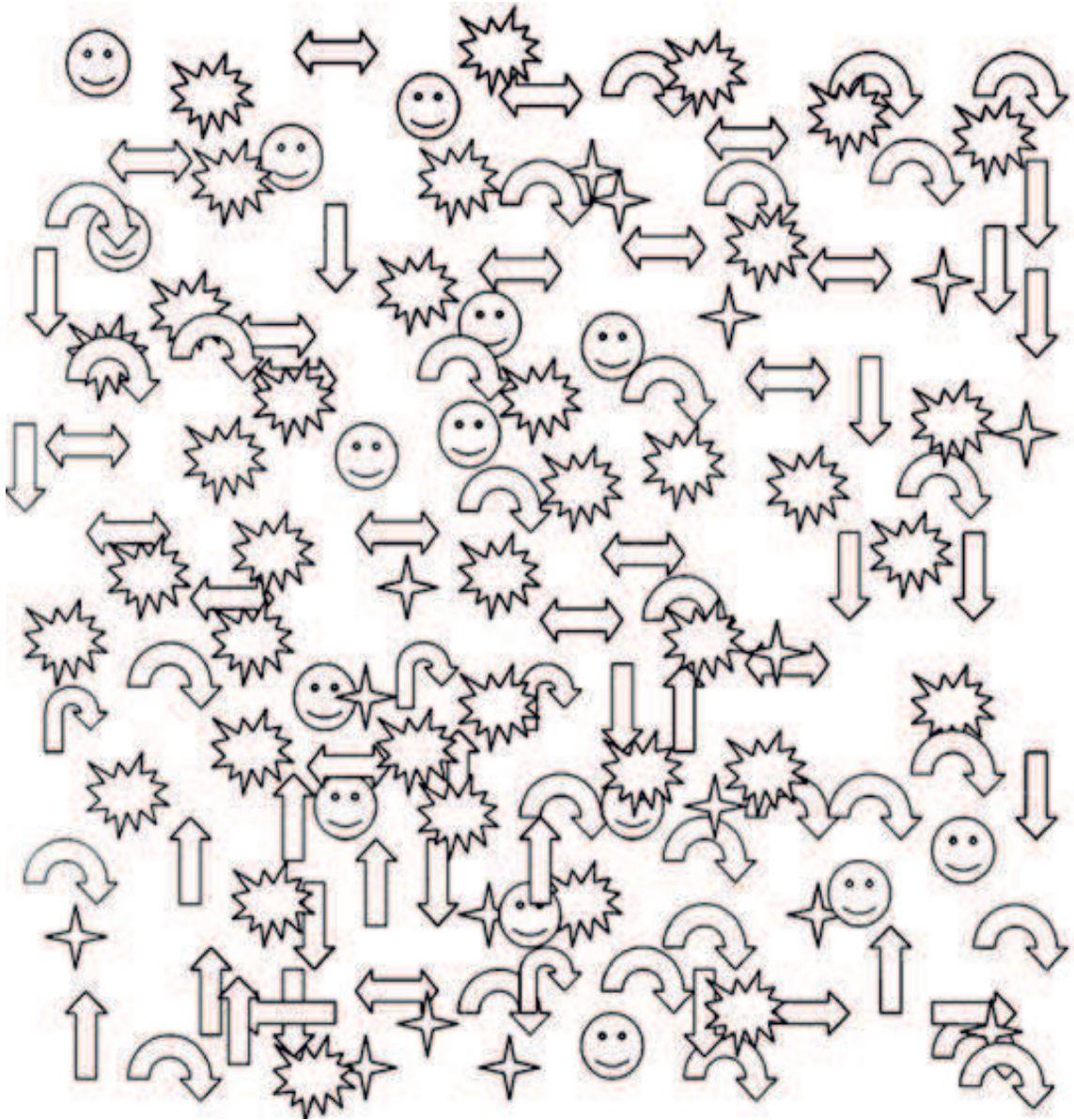


EXEMPLOS DE QUESTÕES COLOCADAS

- O que é e para que serve um meio de comunicação?
- Que tipos de meios de comunicação conhecem?
- Qual o que mais e menos gostam?
- Qual o primeiro meio de comunicação que tiveram/usaram?
Que idades tinham? Como é que ele era?
- Qual o meio de comunicação que mais usam atualmente?

ANEXO D10

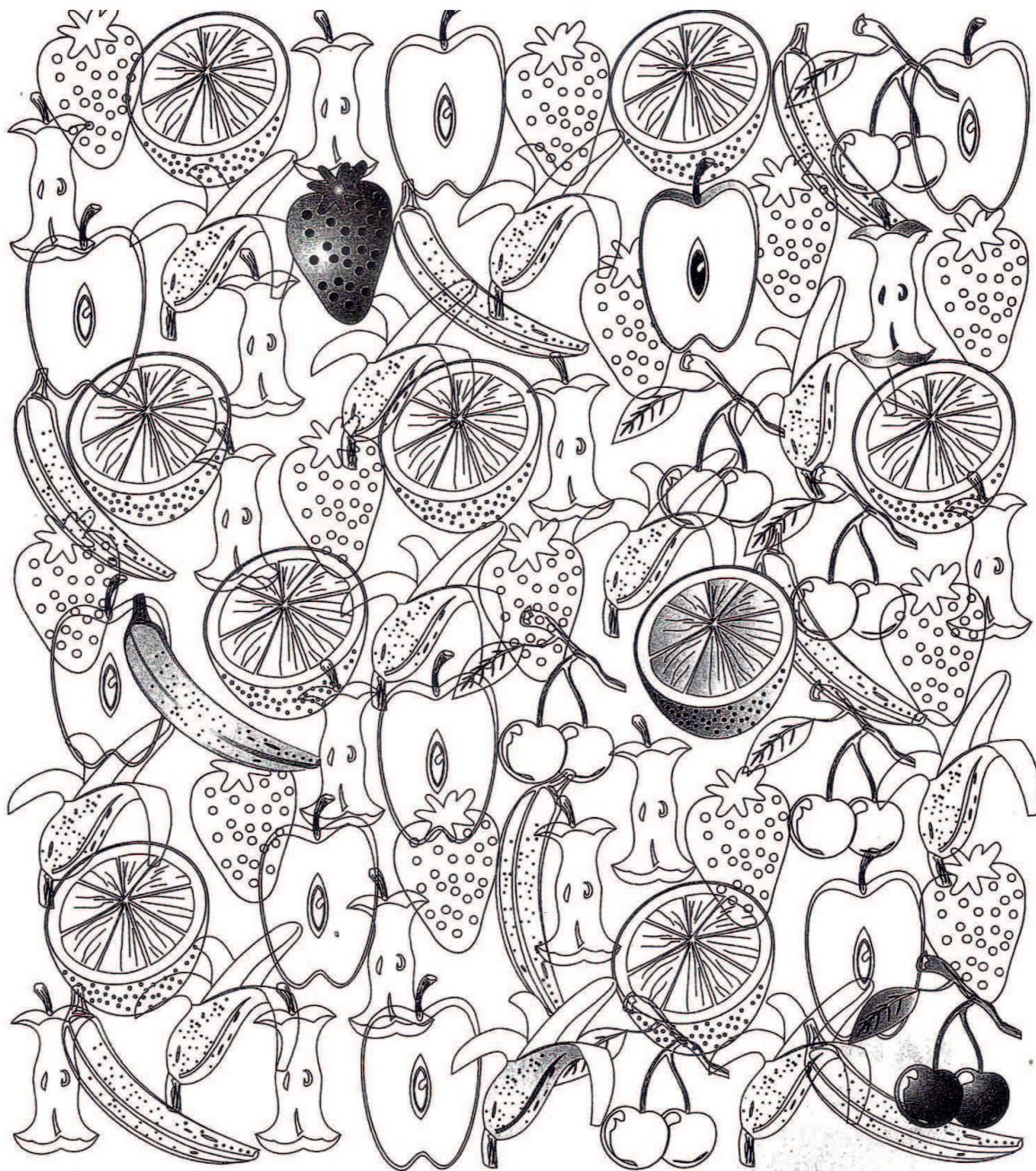
“Figuras Iguais” - Quantas figuras iguais a esta ☺ existem?



Número de Figuras = _____

ANEXO D11

“Jogo das Frutas” - Que tipos de frutas existem nesta imagem?



Tipos de Fruta = _____

ANEXO D12

Que emoção sentiria? (1)

Notícia 1

Uma mulher brasileira foi atingida por um arpão de caça submarina que o marido estava a usar e sobreviveu. Rosa, de 28 anos, foi submetida a uma cirurgia e, dizem os médicos, não deverá ficar com danos. O marido da vítima, estava a fazer a limpeza do dispositivo de pesca submarina quando disparou a arma acidentalmente e perfurou a faringe à mulher, partindo dois dentes e enfiando o arpão através de uma vértebra, na parte superior do pescoço. Remover o objeto foi uma operação muito delicada, considerou o médico, acrescentando que se o marido tivesse atingido a mulher um pouco mais para a direita ou para a esquerda, ela teria ficado paralisada ou morta.

Exemplos de Questões: *Como se sentiria/que tipo de emoções experienciava se estivesse no lugar do marido da vítima? E se fosse a pessoa atingida como acha que teria reagido, que emoções sentiria naquele momento?*

Notícia 2

Um homem conseguiu pagar a conta do supermercado alemão com uma nota falsa de 30 euros. A operadora da caixa não se apercebeu que se tratava de uma nota falsa e até deu troco. A falsificação era muito boa, o papel e o tamanho eram iguais às notas de 20 euros, só que tinha um 30 em vez de um 20. Segundo explicou às autoridades, o homem encontrou notas de 30 euros numa rua na Alemanha. Pensou logo tratarem-se de notas de brincar e guardou uma para mostrar mais tarde à mulher. Horas mais tarde, sem se aperceber usou a nota num supermercado para comprar tabaco. A operadora da caixa do supermercado quando tomou consciência do erro que acabara de cometer ao aceitar uma nota de 30 euros já era demasiado tarde. O homem já tinha ido embora.

Exemplos de Questões: *Como se sentiria/que tipo de emoções experienciava se estivesse no lugar da operadora da caixa do supermercado? E se fosse o homem que entregou a nota falsa, que emoções sentiria quando descobrisse o erro que cometeu?*

Que emoção sentiria? (2)

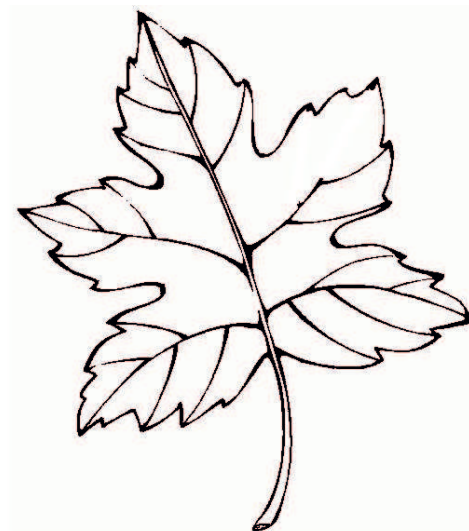
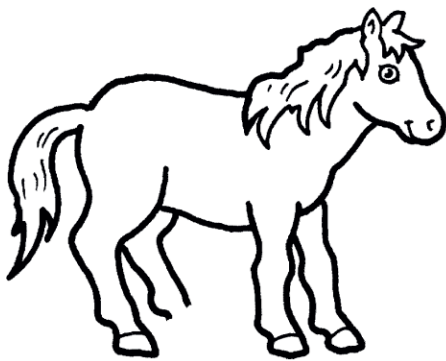
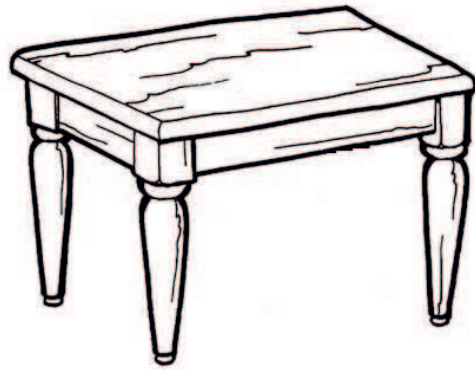
Notícia 3

Uma mulher enterrada entre os escombros do desabamento de um prédio ocorrido há 17 dias foi encontrada com vida. A mulher sobreviveu numa sala de orações muçulmana no porão do edifício de oito andares, onde equipas têm há dias se concentrado na remoção de corpos, não nos resgates. As equipas pediram imediatamente que os tratores e escavadeiras parassem os seus trabalhos para retirar a mulher. "Eu ouvia as vozes dos funcionários há vários dias, e continuava a bater nos escombros com paus e barras para chamar a atenção deles", relatou a mulher. "Ninguém me ouvia, foi muito mau para mim...nunca sonhei que fosse ver a luz do dia novamente". A multidão que acompanhava o caso vibrou quando a mulher foi retirada com vida, 40 minutos após ser localizada. Aparentemente estava bem, mas foi imediatamente levada para o hospital.

Exemplos de Questões: *Que tipo de emoções vivenciava se estivesse no lugar daquela mulher, enterrada nos escombros? E quando o(a) retirassem de lá e estivesse a salvo?*

ANEXO D14

“Imagens Incompletas” – Que parte falta?



ANEXO D15

O que faria nesta situação?

Notícia 1: Sete trabalhadores portugueses agredidos em Berlim

“Sete portugueses que trabalham na construção civil nos arredores de Berlim, na Alemanha, foram agredidos na sexta-feira por um grupo de desconhecidos, permanecendo quatro deles hospitalizados com ferimentos de arma branca. Os trabalhadores com idades compreendidas entre 36 e 55 anos voltavam na sexta-feira a casa quando, pelas 19.30horas, foram espancados e esfaqueados por um grupo de desconhecidos.”

Exemplos de Questões: *Se fosse testemunha deste acontecimento e tivesse visto o ataque: O que é que fazia? Qual a primeira coisa?*

Situação diária 1: Inundação

O que fazia... se chegasse a casa e encontrasse uma inundação provocada por um cano?

Situação diária 2: Incêndio

O que fazia... se reparasse que a casa do seu vizinho estivesse a arder?

Situação diária 3: Objetos perdidos

O que fazia... se encontrasse uma carteira caída na rua onde estava a passar?

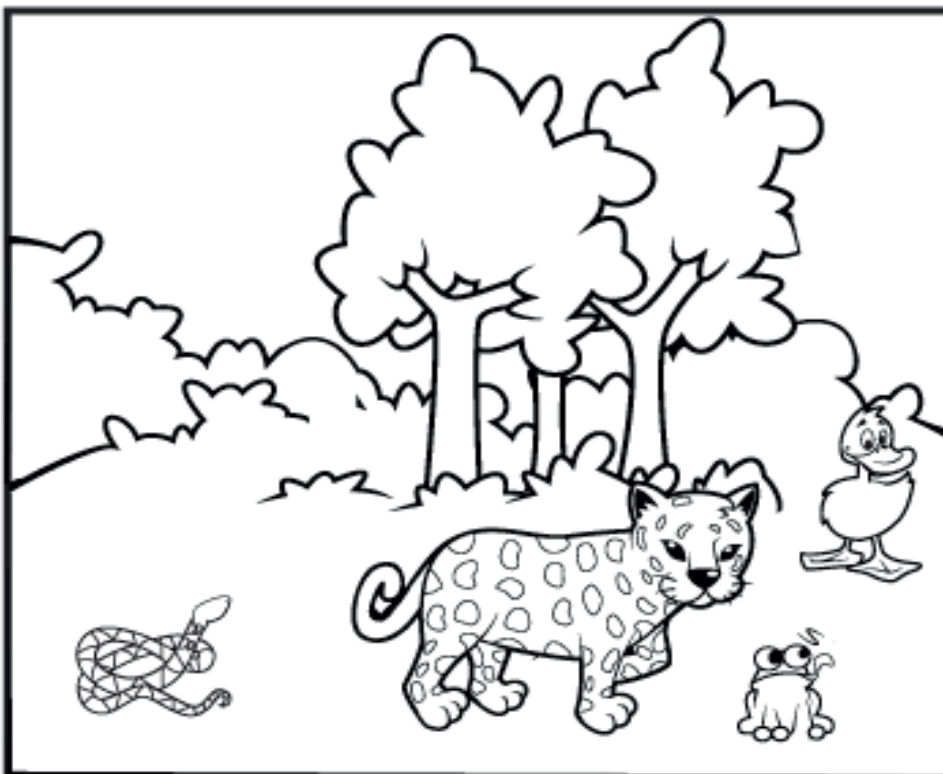
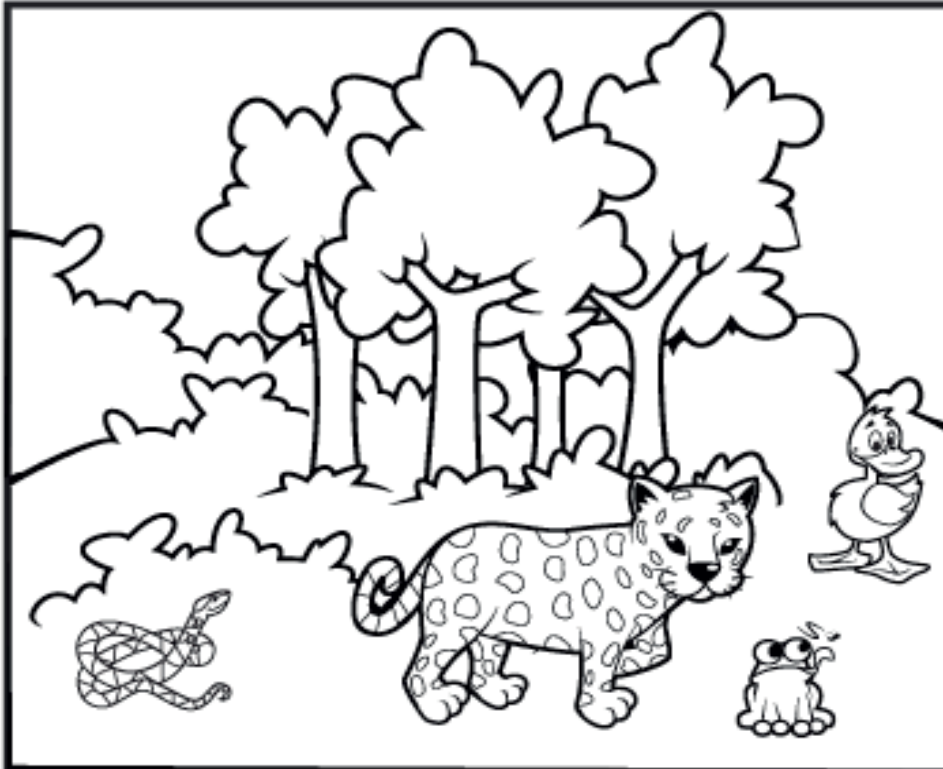
Notícia 2: Polícia tenta resgatar gato numa árvore

“Um polícia quis salvar um gato, no topo de uma árvore, mas quanto mais o polícia subia, mais o gato fugia em direção ao topo da árvore. A população observava, em grande número, a determinação do agente. Até que o polícia acaba por ficar preso, tal como o gato. Solução?”

Exemplos de Questões: *Se estivesse a ver este acontecimento o que é que fazia quando visse que o polícia ficou em perigo no topo da árvore? Qual a primeira coisa?*

ANEXO D16

“Jogo das Diferenças” - Descubra as 7 diferenças entre as 2 imagens



ANEXO D17

“Letras do Abecedário”

Cada cartão tem uma das letras indicadas abaixo. Cada doente deve tirar um cartão e, mediante a letra sorteada deve indicar um nome próprio, profissão, fruto e animal, começados por essa letra.

S

M

F

C

P

L

A

T

B

ANEXO D18

“Os Sentidos”

Olfato

Exemplo de questões: O que é? Para que serve?

Material utilizado: chá, cebola, laranja, kiwi, pera, perfume

Que outros cheiros fortes/bons/maus/suaves existem?

Paladar

Exemplo de questões: O que é? Para que serve?

Material utilizado: uma vez que não houve possibilidade de utilizar alguns alimentos devido às limitações inerentes às restritas dietas dos doentes, procedeu-se à apresentação de imagens com alguns alimentos. Os doentes eram questionados sobre o paladar dos alimentos apresentados (picantes, doces, amargos...)

Que outros alimentos doces/salgados/amargos/picantes existem?

Tato

Exemplo de questões: O que é? Para que serve?

Material utilizado: mola, algodão, pedra, caneta

Que outras coisas quentes/frias/macias/ásperas existem?

Audição

Exemplo de questões: O que é? Para que serve?

Material utilizado: vários sons (telefone, pássaros, água, sinos, entre outros); o objetivo era os doentes adivinharem a que pertencia o som que ouviam.

Que outros sons fortes/suaves/bons/maus existem?

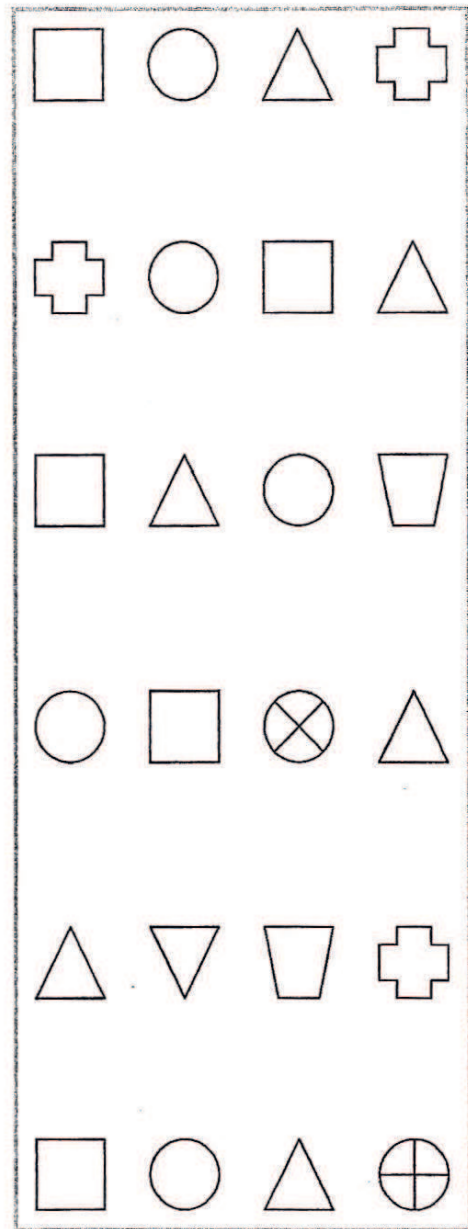
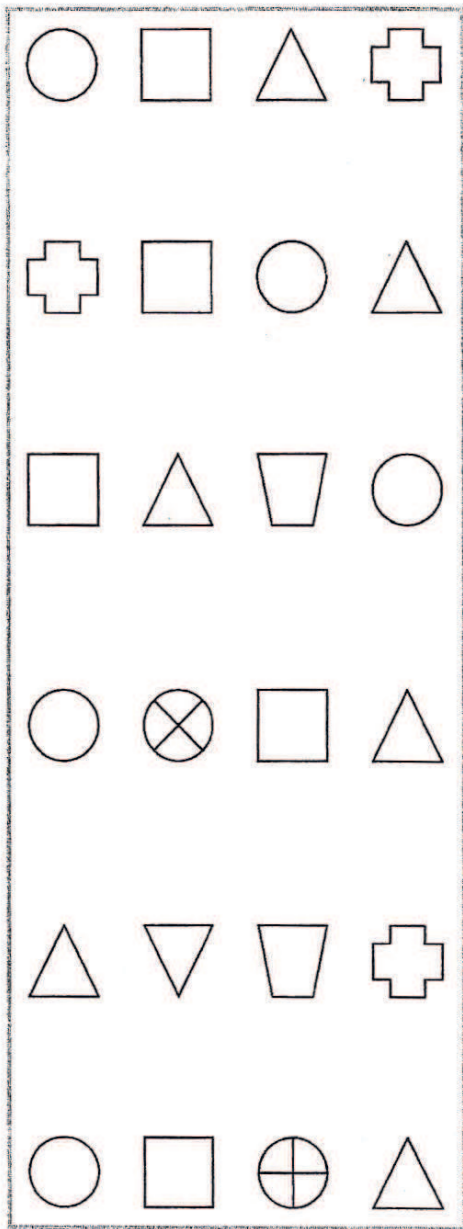
Visão

O que é? Para que serve?

Material utilizado: visualização e nomeação de cores (que coisas conhecem que tenham a cor vermelha, amarela, azul e verde), apresentação de alguns vídeos e imagens referentes a ilusões: de cores, de distâncias, de movimento e de imagem dupla.

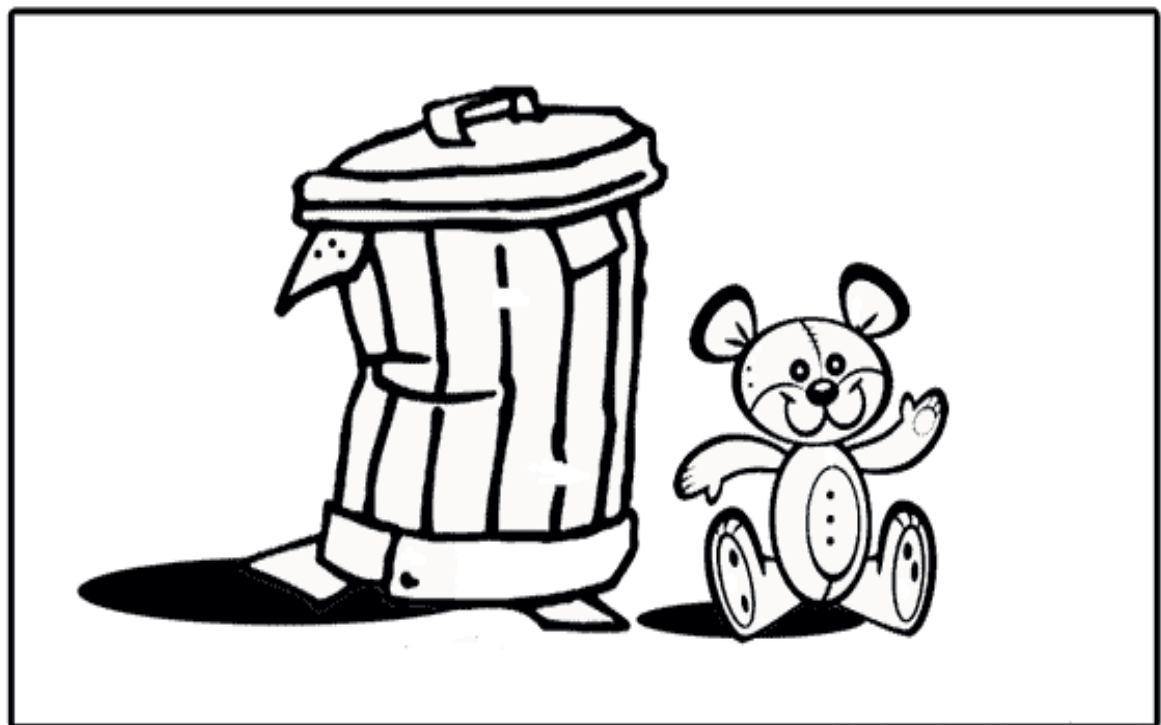
ANEXO D19

“Diferenças entre Colunas” - Procure e assinale as diferenças na coluna da direita



ANEXO D20

“Jogo das Diferenças” - Descubra as 12 diferenças entre as 2 imagens



ANEXO D21

“Fluência Verbal” - Escreva nomes de animais, comida, nomes próprios e roupa em cada coluna que comecem pelas letras indicadas

	Animais	Comida	Nomes	Roupa
T				
S				
P				
C				
D				
B				
L				

ANEXO D22

Qual é o intruso?

Camisola	Calças	Meias	Cobertor	Blusa
----------	--------	-------	----------	-------

Carro	Bicicleta	Caneta	Avião	Barco
-------	-----------	--------	-------	-------

Gato	Tomate	Galinha	Papagaio	Girafa
------	--------	---------	----------	--------

Água	Pão	Sumo	Vinho	Leite
------	-----	------	-------	-------

Sobreiro	Tulipa	Malmequer	Rosa	Girassol
----------	--------	-----------	------	----------

Alface	Cenoura	Cebola	Tomate	Bolacha
--------	---------	--------	--------	---------

Pescada	Bacalhau	Dourada	Frango	Polvo
---------	----------	---------	--------	-------

Chinelos	Botas	Casaco	Sapatos	Galochas
----------	-------	--------	---------	----------

ANEXO D23

“Cálculo” - Quantas pintas na última peça de dominó faltam para que o resultado da soma de todas as pintas seja igual a 13?

$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & | & \bullet \\ \hline \bullet & & \\ \hline \bullet & & \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet & | & \bullet & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet & & \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline | \\ \hline \end{array} = 13$$

$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & | & \bullet & \bullet \\ \hline & & \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & | & \bullet & \bullet & \bullet \\ \hline & & \bullet & \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline | \\ \hline \end{array} = 13$$

$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & | & \bullet \\ \hline & & \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet & | & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet & & \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline | \\ \hline \end{array} = 13$$

$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet & | & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet & & \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & & | & \bullet \\ \hline \bullet & & & \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline | \\ \hline \end{array} = 13$$

$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & & | & \bullet \\ \hline \bullet & & & \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & | & \bullet & \bullet \\ \hline & & \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline | \\ \hline \end{array} = 13$$

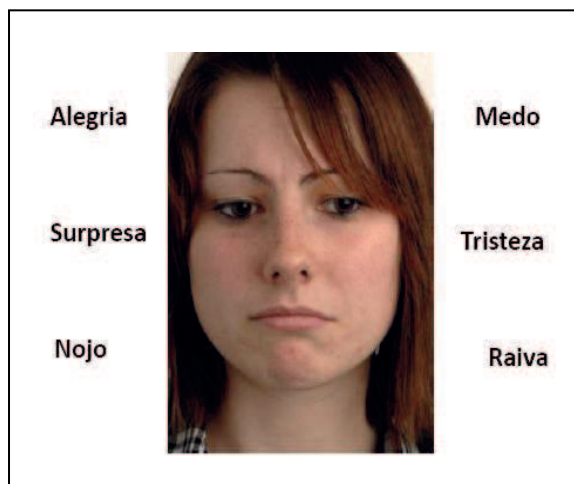
$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & & | & \bullet & \bullet & \bullet \\ \hline \bullet & & & \bullet & \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & | & \bullet \\ \hline & & \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline | \\ \hline \end{array} = 13$$

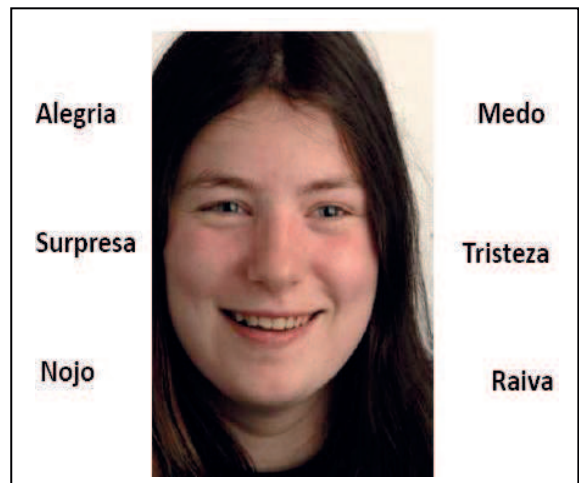
ANEXO D24

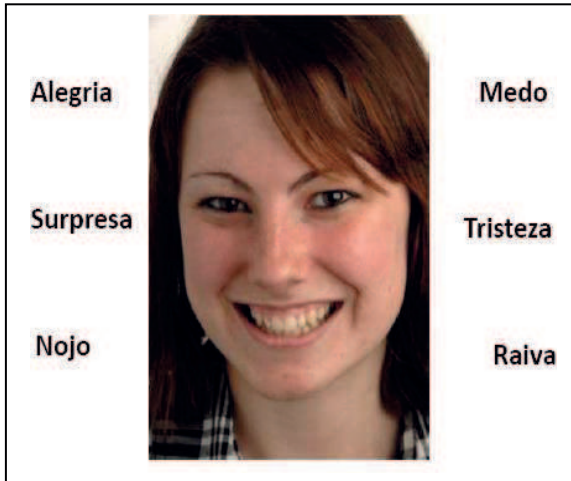
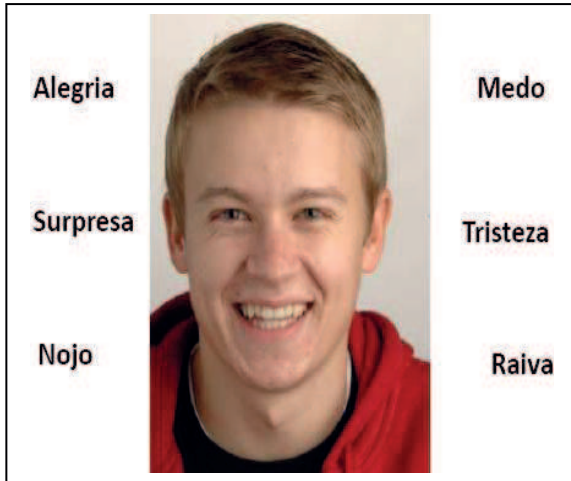
Emoções

Alegria Medo
 Surpresa Tristeza
Nojo Raiva

Que emoção é esta?







ANEXO D25

“Diz-me o nome de ...”

Os doentes devem tirar um cartão ao acaso e cumprir com a ordem pedida.

2 profissões começadas pela letra M

2 peças de roupa

2 nomes de pássaros

2 frutos de cor vermelha

2 nomes de 2 cidades começadas pela letra P

2 nomes de peixes

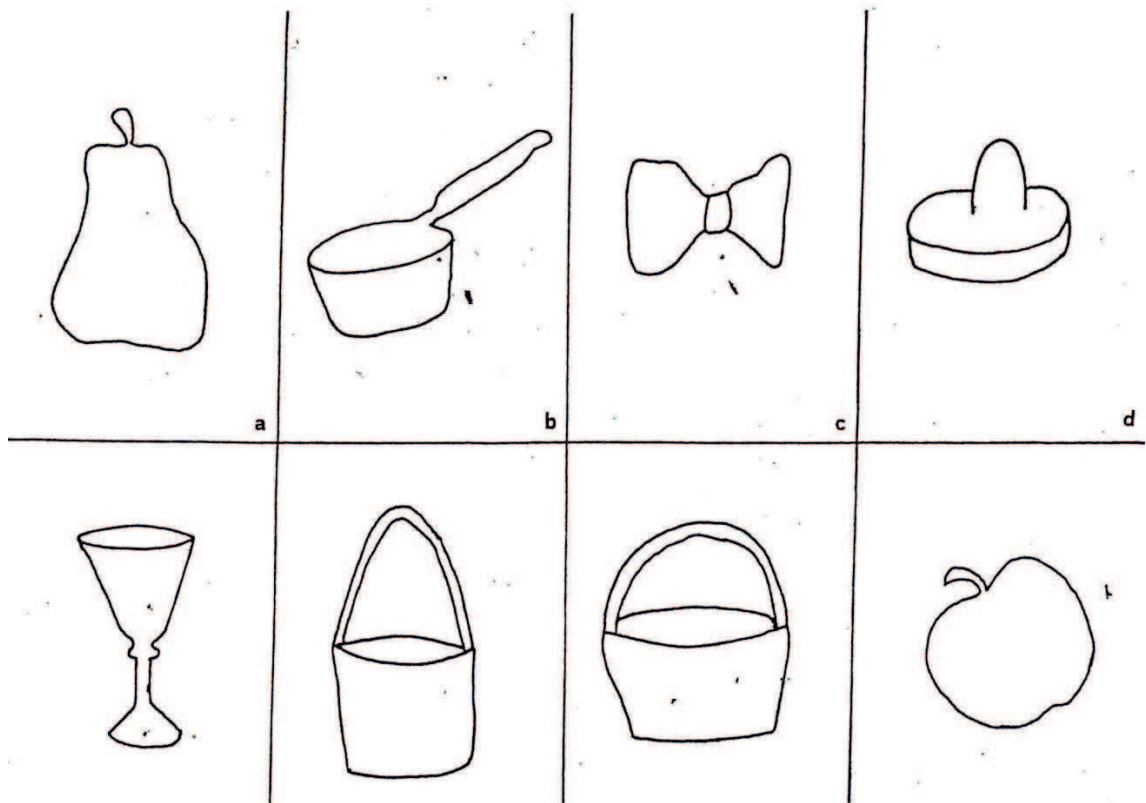
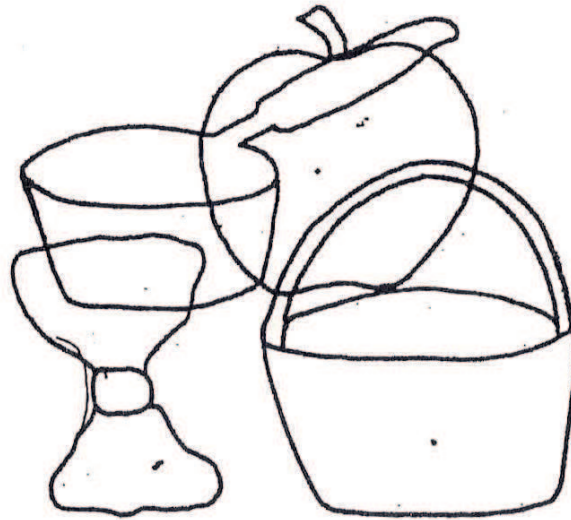
2 nomes próprios começados pela letra A

2 nomes de flores

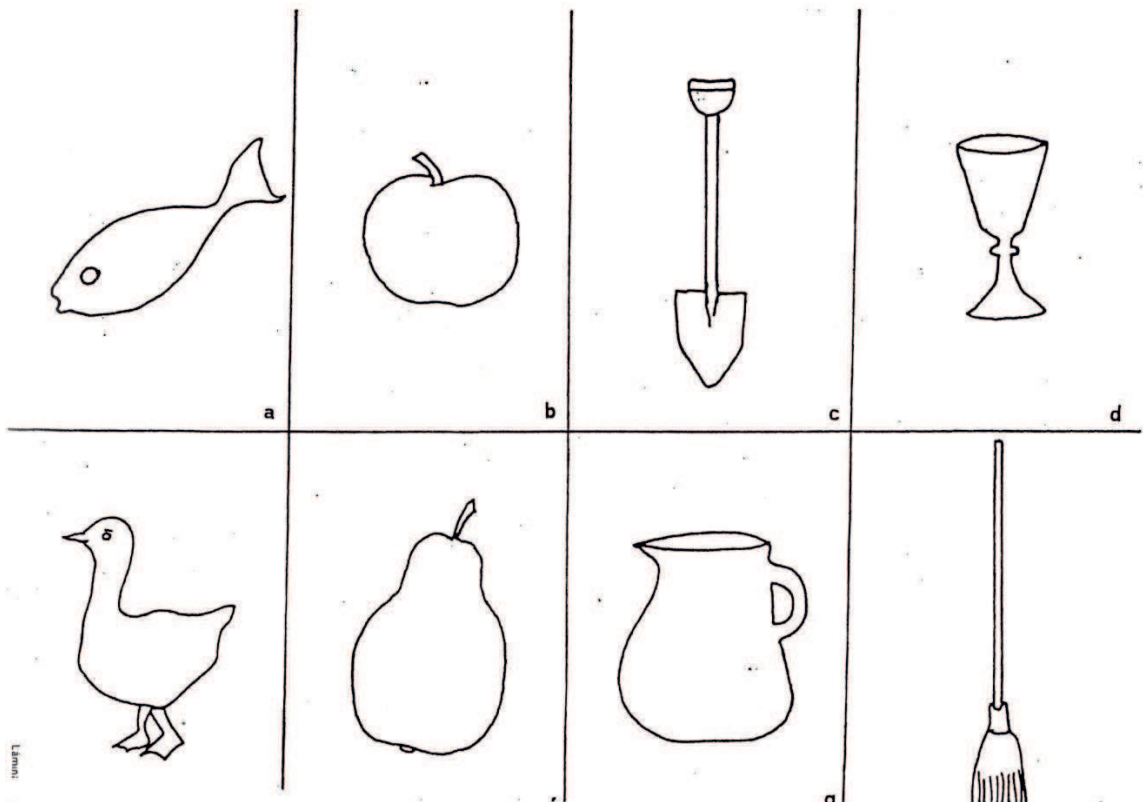
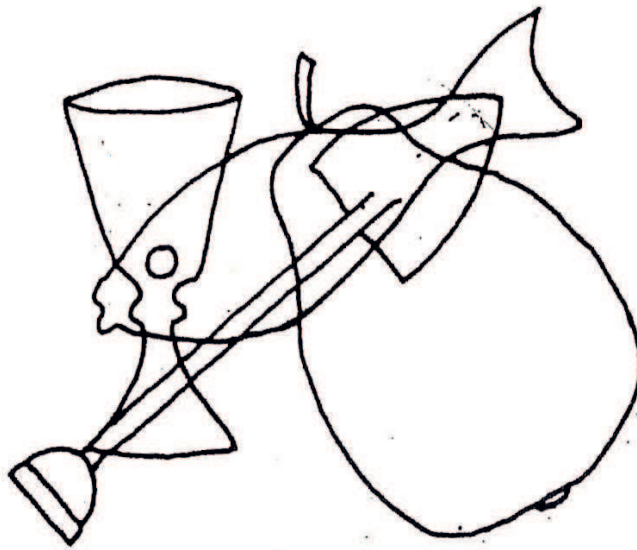
2 tipos de carne

ANEXO D26

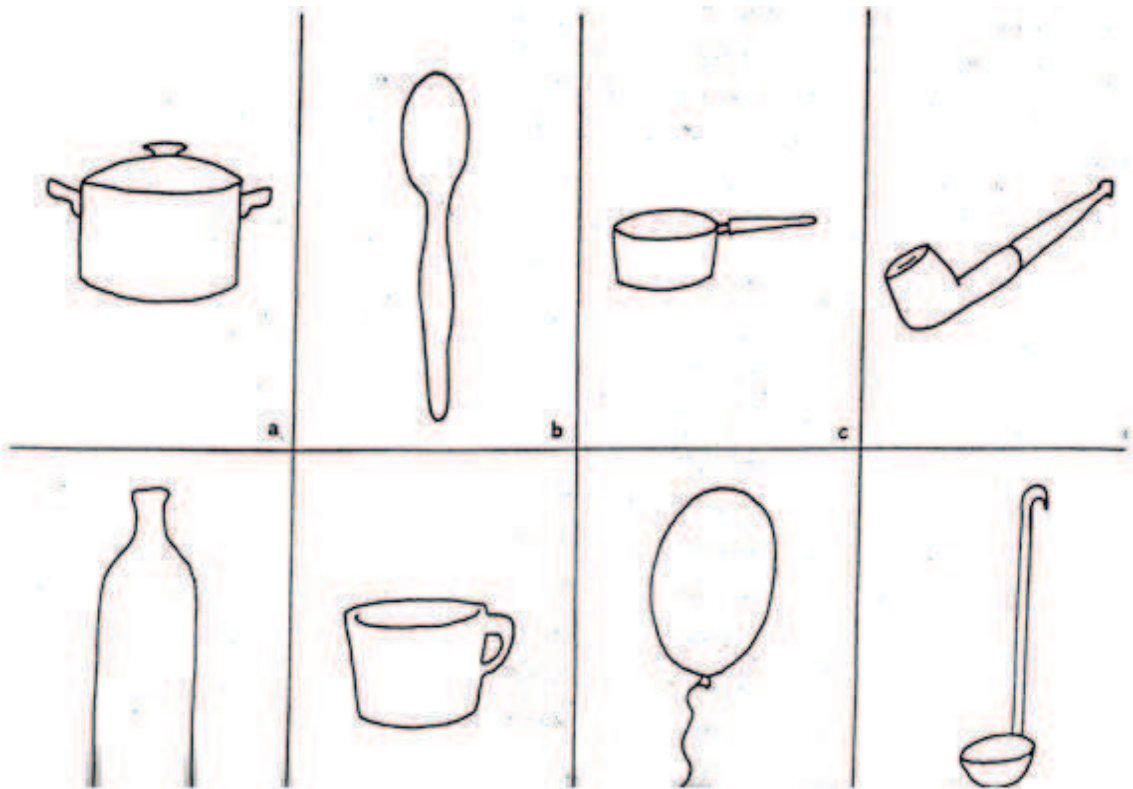
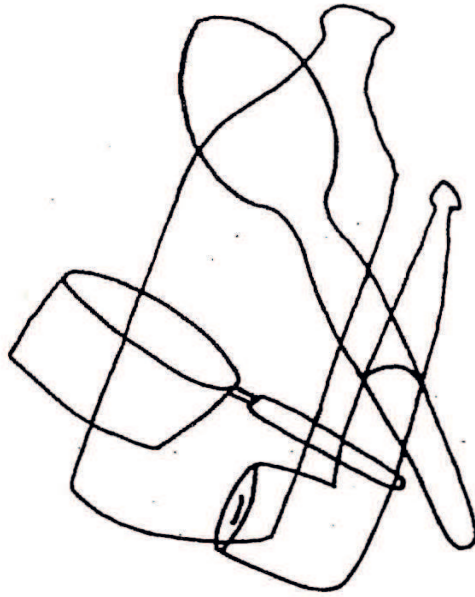
Que imagens consegue identificar? (1)



Que imagens consegue identificar? (2)



Que imagens consegue identificar? (3)



ANEXO D27

SOPA DE LETRAS

Procure as palavras abaixo indicadas

E	M	A	A	C	A	S	A	R
F	A	T	O	A	J	B	N	C
A	J	L	S	V	A	E	T	A
T	H	O	U	C	R	G	F	B
P	G	K	M	Q	D	I	O	E
R	A	T	O	E	I	R	A	L
L	E	X	R	W	M	J	M	O
I	O	S	U	X	S	Z	K	L
U	D	C	A	P	E	N	T	E
P	T	U	L	I	P	A	P	O

- **FATO**
- **RATOEIRA**
- **PENTE**
- **CASA**
- **CABELO**
- **JARDIM**
- **SUMO**
- **TULIPA**

ANEXO D28

O que têm em comum?

Carro	Avião	Barco	Bicicleta
-------	-------	-------	-----------

Massa	Arroz	Açúcar	Feijão
-------	-------	--------	--------

Azul	Vermelho	Amarelo	Verde
------	----------	---------	-------

Televisão	Jornal	Rádio	Telefone
-----------	--------	-------	----------

Cravos	Margaridas	Rosas	Orquídeas
--------	------------	-------	-----------

Leão	Macaco	Peixe	Camelo
------	--------	-------	--------

Maçã	Banana	Laranja	Pera
------	--------	---------	------

Algodão	Lã	Renda	Linho
---------	----	-------	-------

ANEXO D29

Quem sou eu?

PROFISSÃO

Pessoa que se dedica ao ensino

PROFESSOR

OBJETO

Serve para dormir

CAMA

PROFISSÃO

Aquele que se dedica à cultura da terra

AGRICULTOR

OBJETO

Serve para ler

LIVRO / JORNAL /

REVISTA

ANIMAL

O melhor amigo do Homem

CÃO

OBJETO

Serve para pentear

PENTE

PROFISSÃO

Profissional que trata um doente

MÉDICO

ANIMAL

Dá leite

CABRA

OBJETO

Serve para escrever

CANETA

PROFISSÃO

Agente da autoridade

POLÍCIA

ANIMAL

É um pássaro, é preto e tem
bico amarelo

MELRO

OBJETO

Serve para cortar

FACA

PROFISSÃO

Profissional que
trata/corta/arranja o cabelo

CABELEIREIRA

BARBEIRO

PROFISSÃO

Profissional que trata dos
animais

VETERINÁRIO

ANIMAL

Anda com os pés na cabeça

PIOLHO

PROFISSÃO

Distribui as cartas

CORREIO

OBJETO

Dá luz

LÂMPADA

CANDEEIRO

OBJETO

Serve para ver as horas

RELÓGIO

PROFISSÃO

Confeciona pratos/faz
refeições em sítios como
restaurantes, hotéis...

COZINHEIRO

ANIMAL

Põe ovos

GALINHA

ANIMAL

Tem rabo de porco, mas não é
porco. Pé de porco mas não é
porco. Costela de porco, mas
não é porco

PORCA

ANEXO D30

Ordenar frases

sol Hoje está

sol Hoje está

Hoje está sol

televisão uma Comprei

televisão uma Comprei

Comprei uma televisão

sabe A nadar Maria

sabe A nadar Maria

A Maria sabe nadar

está areia A quente

está areia A quente

A areia está quente

é O jardineiro António

é O jardineiro António

O António é jardineiro

é A florista Margarida

é A florista Margarida

A Margarida é florista

andebol de O gosta João

andebol de O gosta João

O João gosta de andebol

cozinhar A bem Maria sabe

cozinhar A bem Maria sabe

A Maria sabe cozinhar bem

dia S.António Hoje de é

dia S.António Hoje de é

Hoje é dia de S.António

24 Junho No é S.João dia

24 Junho No é S.João dia

No dia 24 Junho é S.João

ANEXO D31

“Palavras Soltas”

Os doentes devem retirar, cada um, cinco cartões. Em cada cartão está escrita uma palavra (ver abaixo). O objetivo é inventar uma frase com lógica e que inclua as cinco palavras retiradas do saco.

Palavras em sorteio:

Porto

Flores

Balões

Jogou

Jardim

S.João

Futebol

Miguel

Sardinhas

Hoje

Manjerico

Rosa

Foguetes

Ontem

Caldo Verde

ANEXO D32

Palavras encadeadas - Escreva palavras que comecem pela última sílaba da
palavra anterior

GATO – TOMATE – TELA – LAREIRA – _____

ANEXO E




- Certificado de Participação no Programa de Estimulação Cognitiva -



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



Certifica-se que _____
participou no Programa de Estimulação
Cognitiva “ATIVA-MENTE” realizado no Hospital
da Misericórdia de Paredes.



JUNHO DE 2013



ANEXO F

- Plano da Sessão de Formação -

Plano da Sessão de Formação

Tema: Da Lesão à Reabilitação		Data: 28/06/2013	Duração: 60 min.
Público-Alvo: profissionais diversas áreas		Formadores: estagiários de neuropsicologia	
Material Utilizado: retroprojector + computador		Local: sala de reuniões - piso 4	
Desenvolvimento da Sessão			
	Conteúdo	Métodos/Atividades	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do tema, dos objetivos e dos tópicos a serem abordados na formação; ▪ O que acontece no cérebro quando há uma lesão? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação oral; ▪ Leitura de um caso clínico; ▪ Visualização de um vídeo sobre o caso clínico apresentado. 	15 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défices cognitivos frequentes após lesão/disfunção cerebral: definição de orientação, atenção e memória; apresentação de estratégias e técnicas de intervenção mediante a desorientação; défices atencionais; e, dificuldades na capacidade mnésica; ▪ Explicação de técnicas que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde perante as alterações emocionais mais frequentes que resultam de lesão/disfunção cerebral; ▪ Esclarecer a importância dessas técnicas para a autonomia do doente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição oral do tema; ▪ Análise do caso clínico inicialmente exposto e explicação das possíveis estratégias de intervenção nesse mesmo caso, generalizando as técnicas a utilizar para outras patologias; ▪ Visualização de cinco vídeos alusivos às seguintes temáticas: terapia da validação (1vídeo), terapia da reminiscência (1vídeo), musicoterapia (1vídeo) e terapia do riso (2vídeos). 	40 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método Expositivo 	5 min.

ANEXO G

- *Power-Point* utilizado na Sessão de Formação -

Da Lesão à Reabilitação



Sumário

- Caso Clínico
- O que acontece no cérebro quando há uma lesão?
- Formas de intervenção:

✓ **Cognição** {
Orientação
Atenção
Memória

✓ **Emocional**

Caso Clínico

- Nome: João Paulo
- Idade: 60 anos
- Escolaridade: Licenciatura
- Profissão: Músico
- Estado Civil: Casado
- Hábitos diários: ler, tocar ou compor
- Não realizava exercício físico
- Maus hábitos alimentares.
- Antecedentes pessoais: obesidade, hipertensão arterial, tabagismo
- Comportamento ansiosofirritável
- Aumento da pressão no trabalho



O que acontece no cérebro quando há uma lesão?



Cérebro

Lesão cerebral



Orquestra Sinfônica

Alguns músicos ingerem veneno e morrem antes do concerto.

3 Fatores afetam o desempenho da orquestra/cérebro



Quanto mais violonistas
morrerem pior

Quanto maior a área lesionada
piores serão os défices

Tamanho da lesão

Há violinistas mais importantes
que outros como o solista

Há áreas que, uma vez
lesionadas, geram mais défices

Local da lesão

Restantes membros vão ser
afetados pela morte dos colegas

Diasquesis

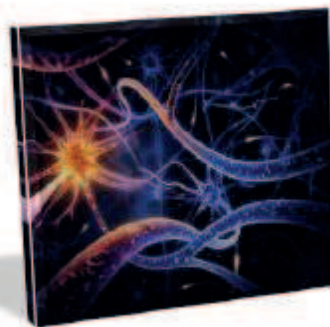
Choque

Formas da orquestra lidar com o problema

1. Recrutar novos músicos para substituir os que morreram



Reparação do tecido danificado



Formas da orquestra lidar com o problema

2. Mudar o repertório para que os músicos que morreram não façam tanta falta



Mudar as circunstâncias de vida do doente e as suas exigências



Page • 7

Formas da orquestra lidar com o problema

3. Pedir a outros músicos da orquestra que aprendam a tocar o instrumento dos que morreram



Reorganização anatômica do cérebro + Adaptação funcional



Page • 8

Recuperação: dois mecanismos

Restituição

- ❑ Mecanismo de neuroplasticidade (áreas saudáveis assumem a função perdida)
- ❑ Aumenta com a prática
- ❑ Ocorre sempre algum tipo de restituição

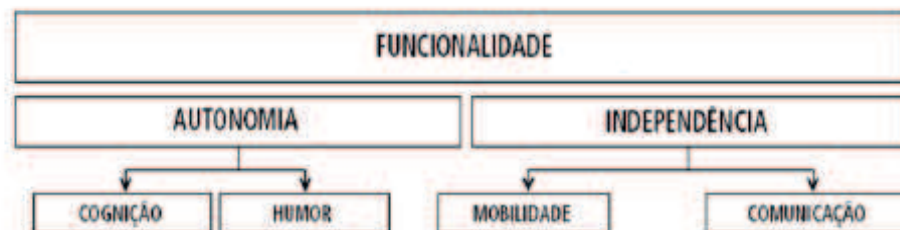
Compensação

- ❑ Compensar as funções que não sofreram restituição
- ❑ Utilizam-se outras funções para chegar ao mesmo resultado comportamental
- ❑ Utilizam-se auxiliares externos

Caso Clínico

Diagnóstico principal: AVC isquémico

- ❑ Avaliação multidisciplinar da funcionalidade geral do utente



- ❑ Delineamento do plano individual de cuidados



REABILITAÇÃO

Formas de Intervenção

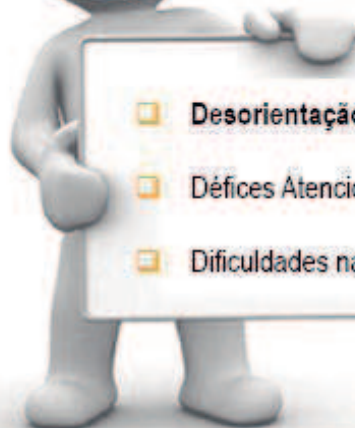


Défices cognitivos que resultam de lesão / disfunção cerebral:



- ❑ Desorientação
- ❑ Défices Atencionais
- ❑ Dificuldades na Capacidade Mnésica

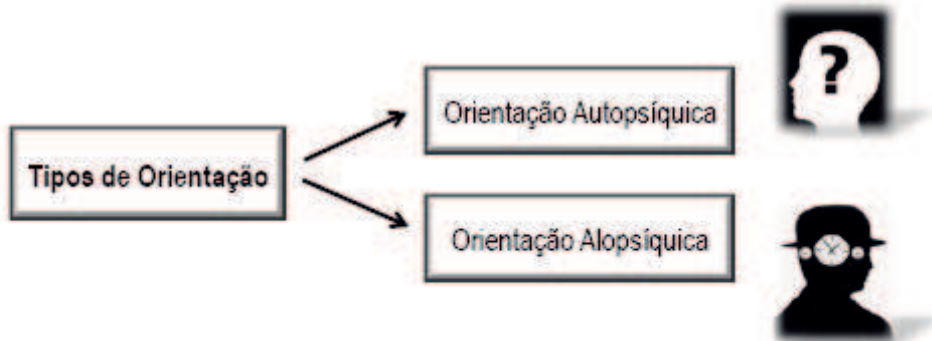
Défices cognitivos que resultam de lesão / disfunção cerebral:



- ❑ **Desorientação**
- ❑ Défices Atencionais
- ❑ Dificuldades na Capacidade Mnésica



Desorientação



Desorientação - Recursos e estratégias de intervenção:

1. Terapia de Orientação para a Realidade
2. Terapia da Validação
3. Uso de Ajudas Externas



Desorientação

1. Terapia de Orientação para a Realidade

Duas formas de intervenção:

- ▣ Orientação na Realidade de 24 horas
- ▣ Orientação na Realidade em Sessões de Grupo



Realizados exercícios que estimulam: orientação temporal, espacial e pessoal



Desorientação

Terapia de Orientação para a Realidade



2. Terapia da Validação

Utilizada em idosos que se encontram em estados avançados de demência e consequentemente desorientados



Aceitação da realidade experienciada sem julgar ou criticar



Desorientação

3. Uso de Ajudas Externas

Permitem: apresentar dados de realidade de forma contínua;
criar estímulos ambientais que facilitem a orientação



Défices cognitivos que resultam de lesão / disfunção cerebral:



Page • 17 •



Défices Atencionais

Abordagens à reabilitação da atenção:

Treino da Atenção

Exercícios para melhorar o funcionamento dos processos atencionais



Uso de Estratégias e Suportes Ambientais

Estratégias de auto-regulação e modificações do ambiente



Uso de Auxiliares Externos

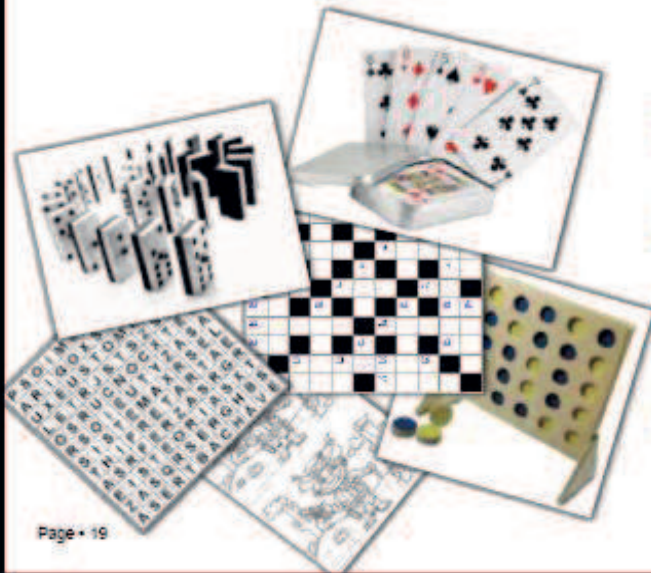
Uso de dispositivos que registem e organizem informação

Page • 18 •



Défices Atencionais

Treino da Atenção



- Supervisionar a realização das atividades
- Iniciar com atividades simples
- Aumentar o grau de complexidade
- Utilizar o reforço



Défices Atencionais

Uso de Estratégias e Suportes Ambientais

- Procedimentos de orientação
- Estabelecer ritmos
- Identificar distratores no ambiente
- Modificações ambientais





Défices Atencionais

Uso de Auxiliares Externos



- ☐ Registrar ideias-chave
- ☐ Utilizar listas com tarefas a fazer
- ☐ Calendários com as tarefas programadas
- ☐ Relógios com alarme

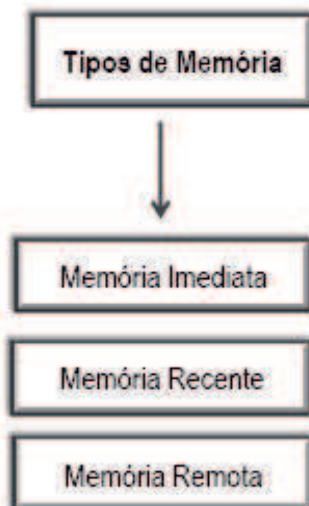
Défices cognitivos que resultam de lesão / disfunção cerebral:



- ☐ Desorientação
- ☐ Défices Atencionais
- ☐ **Dificuldades na Capacidade Mnésica**



Dificuldades na Capacidade Mnésica



Abordagens à reabilitação da memória:



Dificuldades na Capacidade Mnésica

Terapia da Reminiscência

- Forma particular de recordação de **memórias autobiográficas**

Os doentes com demência mostram com frequência dificuldade em lembrar-se de acontecimentos recentes



Sentindo-se mais confusos, vulneráveis e menos confiantes



Dificuldades na Capacidade Mnésica

Terapia da Reminiscência

▣ "...necessidade de preservar ou recuperar as "memórias sagradas e preciosas da infância", sem as quais a vida fica empobrecida, desenraizada"

Esther Salaman, (1970)

▣ "...3% em 500 casos de epilepsia do lobo temporal de origem na circunvolução temporal superior permitia aos sujeitos ouvir música (epilepsia musicogênica/musical)"

Penfield

▣ "Estou feliz por isto me ter acontecido. Foi a experiência mais saudável e mais feliz da minha vida. Já não sinto tanta falta de um enorme período da minha infância. Já não me consigo lembrar de todos os pormenores, mas sei que tudo existiu. Sinto uma espécie de totalidade pessoal que nunca tinha sentido antes."

Sacks, (1985)



Dificuldades na Capacidade Mnésica

Terapia da Reminiscência

- ▣ Partilha de histórias e experiências
- ▣ Importância dos sentidos
- ▣ Importância do ouvir e do tocar
- ▣ Importância dos objetos



Permite a conexão correta entre o passado e o presente





Dificuldades na Capacidade Mnésica

Musicoterapia

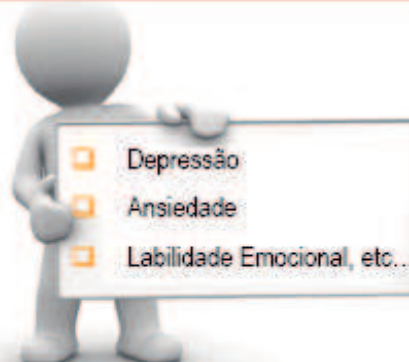
"...uma psicoterapia não-verbal que utiliza o som, a música e os instrumentos córporo-sonoro-musicais para estabelecer uma relação entre o musicoterapeuta e o paciente ou grupos de pacientes, permitindo através dela melhorar a qualidade de vida, recuperar e reabilitar o paciente para a sociedade"



Formas de Intervenção



Alterações emocionais frequentes após lesão cerebral:



A Importância do riso

Rir é uma função biológica, é um meio para atingir o relaxamento e melhorar as nossas capacidades



Endorfinas

Adrenalina

Dopamina

Serotonina

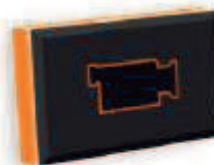
Page • 29

Terapia do Riso

O que é?



Em que se baseia?



Page • 30

Em Suma...





Page + 31

Ação de Formação - Da Lesão à Reabilitação

Junho de 2013

Estagiários de Neuropsicologia:

 Diana Santos
 Tiago Almeida



ANEXO H

- Folha de Respostas do MMSE -

MMSE

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: L.

Idade: 69 anos Grau de Instrução: 6 anos Data: 26/07/2013

I. Orientação

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz". (Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Em que ano estamos? | <u>X (1969)</u> |
| 2. Em que mês estamos? | <u>✓</u> |
| 3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) | <u>X</u> |
| 4. Em que estação do ano estamos? | <u>✓</u> |
| 5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) | <u>X (Domingo)</u> |
| 6. Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) | <u>✓</u> |
| 7. Em que distrito vive? | <u>✓</u> |
| 8. Em que terra vive? | <u>✓</u> |
| 9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) | <u>✓</u> |
| 10. Em que andar estamos? | <u>✓</u> |

NOTA 7

II - Retenção

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras". As palavras são:

PÊRA GATO BOLA

"Repita as três palavras".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

PÊRA ✓ GATO ✓ BOLA ✓

NOTA 3

III - Atenção e Cálculo

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(27) X (24) ✓ (21) ✓ (18) X (15) X
26 23 20

NOTA 2

IV – Evocação

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir".(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PÊRA X GATO ✓ BOLA X

NOTA 1

V – Linguagem

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?"

NOTA 1

b) Mostrar um lápis/caneta.

"Como se chama isto?"

NOTA 1

c) Repetir a frase:

"O rato rói a rolha"

NOTA 1

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita

- Dobra o papel ao meio

- Coloca o papel no chão (ou no local indicado)

✓
✓
✓

NOTA 3

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS"

(Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

FECHE OS OLHOS

(Dar 1 ponto pela realização correcta).

NOTA 1

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

NOTA 0

A frase deve ser escrita neste espaço em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

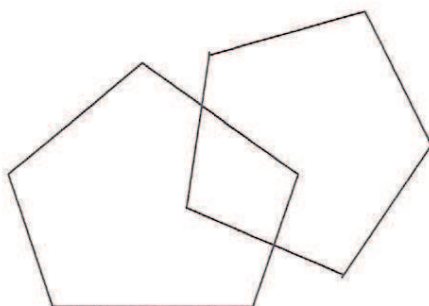
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

NOTA 0

Original

Cópia



NOTA TOTAL: 20/30 Pontos

Valores de corte para a população portuguesa:

Idade superior a 40 anos

Analfabetos: defeito ≤ 15

1-11 anos de escolaridade: ≤ 22

> 11 anos de escolaridade: ≤ 27

ANEXO I

- Folha de Respostas do Teste de Fluência Verbal -

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL

(Cavaco, Gonçalves, Pinto, Almeida, Gomes, Moreira, Fernandes & Teixeira-Pinto, 2013)

Nome: L. Idade: 69 anos Escolaridade: 6 anos

Fluência Semântica

- Nomes de Animais: boi / touro / vaca / ovelha / cabra / galinha / galo / coelho

Fluência Fonética

- Letra M: máquinas
- Letra R: REGAR
- Letra P: peras / pinheiros

Índice	Pontuação		Referência	
	Bruta	Ajustada	Percentil	Pontuação Escalar
FCV – animais	<u>8</u>	<u>-1.55</u>	<u>3-5</u>	<u>5</u>
FVL – letra M	<u>1</u>	<u>-1.98</u>	<u>2</u>	<u>4</u>
FVL – letra R	<u>1</u>	<u>-2.03</u>	<u>2</u>	<u>4</u>
FVL – letra P	<u>2</u>	<u>-1.89</u>	<u>3-5</u>	<u>5</u>

ANEXO J

- Folha de Respostas do INECO *Frontal Screening* -

INECO FRONTAL SCREENING (IFS)- Versão Portuguesa

Nome: L.

Data de Nascimento 21/05/43 Data da Avaliação 01/03/2013

1. SERIES MOTORAS (PROGRAMAÇÃO)

"Olhe atentamente para o que estou a fazer". O examinador realiza 3 vezes a serie de Luria (punho, canto, palma). Agora faça o mesmo com a sua mão direita, primeiro comigo e depois sozinho. O examinador realiza as series 3 vezes com o paciente e depois diz "agora faça sozinho".

Pontuação: 6 series consecutivas sozinho: 3/ pelo menos 3 series consecutivas sozinho: 2/ o paciente falha 1 mas consegue fazer 3 series consecutivas com o observador: 1/ o paciente não faz 3 series consecutivas com o observador

1 /3

2. INSTRUÇÕES CONFLITUOSAS (SENSIBILIDADE À INTERFERÊNCIA)

"Bata duas vezes quando eu bater uma vez" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). "Bata uma vez quando eu bato duas vezes" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

0 /3

3. GO-NO-GO (CONTROLO INIBITÓRIO)

"Bata uma vez quando eu bater uma vez" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). "Não bata quando eu bato duas vezes" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

0 /3

4. DÍGITOS INVERSO

ITEM	1ª TENTATIVA	P/F	2ª TENTATIVA	P/F
1	5-1	X	3-8	X
2	4-9-3		5-2-6	
3	3-8-1-4		1-7-9-5	
4	6-2-9-7-2		4-8-5-2-7	
5	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4	
6	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5	

0 / 6

5. MEMÓRIA DE TRABALHO VERBAL

Meses para trás (consideram-se erros: erros na ordem, omissões, não concluir a tarefa). Diga os meses do ano por ordem inversa, começando pelo último mês do ano.

Pontuação: sem erros: 2/ um erro:1/ dois ou mais erros:0.

Dezembro - Novembro - Outubro - Setembro -
 Agosto - junho - julho - Maio - Abril - Janeiro

0 / 2

6. MEMÓRIA DE TRABALHO ESPACIAL

Assinale os quadrados na ordem indicada, o paciente deverá copiar esta sequência de movimentos por ordem inversa. Comece devagar. O paciente decide que mão prefere utilizar.

- A) 1-2
- B) 2-4-3
- C) 3-4-2-1
- D) 1-4-2-3-4



0 / 4

7. PROVÉRBIOS

1. Cão que ladra não morde *Enquanto ladra, não morde, o cão é bom, não ferra*
2. Mais vale prevenir que remediar *É melhor prevenir que remediar*
3. Em casa de ferreiro espeto de pau *Aqueles criaturas que são muito gabarolas e não têm nada que preste*

0 / 3

8. TESTE HAYLING

Etapa 1: Escute cuidadosamente esta frase e quando eu acabar de a ler, deverá dizer-me o mais rapidamente possível, que palavra poderá completar a frase.

1. Entra e fecha a porta
2. Lutavam como cão e gato

Etapa 2: Desta vez quero que me diga uma palavra que não faça sentido no contexto da frase, que não tenha nenhuma relação com a mesma. Por exemplo: o Daniel pregou o prego com a luva.

1. Abril águas mil
2. Olho por olho dente por dente
3. Quem tudo quer tudo perde

Pontuação: palavra diferente: 2/ palavra com relação semântica: 1/ palavra exacta: 0.

0 / 6

Pontuação total: 1 / 30

Índice de memória de trabalho: — / 10

ANEXO K

- Folha de Respostas da DRS-2 -

DRS-2™

Escala de Avaliação da Demência - 2
(Dementia Rating Scale - 2)

Steven Mattis, PhD

Perfil Individual de Resultados

Nome: <u>L.</u>	Sexo: <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	Idade: <u>69 anos</u>
Endereço:	Contacto:	
Escolaridade: <u>6 anos</u>	Profissão:	
Examinador:	Data: <u>08/03/2013</u>	
Diagnóstico:		

Resumo de Resultados

				Pontuação em Bruto	Pontuação Ajustada	Percentil						
Atenção	AT-1	14	+	AT-2	10	+	AT-3	7	=	31	-2,42	2-5
Inicição/Perseveração	I/P-1	-	+	I/P-2	-	=	-	-	=	-	-	-
Construção	CONST	-	=	-	-	=	-	-	=	-	-	-
Conceptualização	CONCEPT	26	=	26	-2,44	1-2						
Memória	MEM-1	6	+	MEM-2	5	=	11	-5,47	< 1			
Pontuação Total =										-	-	-



Autores: Paul J. Jurica, Christopher L. Leiten e Steven Mattis.
 Traduzido e adaptado com autorização. Copyright © 1973, 1988, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 N. Florida Avenue, Lutz, FL 33549, U.S.A.
 Copyright da adaptação portuguesa © 2010 by CEGOC-TEA, Lda., Lisboa, Portugal.
 Versão portuguesa: Sara Cavaco e Armando Teixeira-Pinto.
 Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar, nº21-2º, 1069-217 Lisboa. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.
 Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.
 Este exemplar está impresso em tinta NEGRA e ROSA. Se lhe apresentarem um exemplar a negro é uma reprodução ilegal. Não o utilize.
 Printed in Portugal. Impresso em Portugal.
 ISBN: 978-972-8817-64-0

Atenção AT

A. Séries de Números

Vou-lhe dizer alguns números e quando eu acabar quero que repita esses números na mesma ordem ... Diga-os da mesma forma que eu disser ... Diga o que eu digo.

		Séries de Números	Registo	Cotação
A.1	Ordem Directa	2 — 5	✓	2 pontos
		3 — 1 — 6	✓	3 pontos
		4 — 7 — 9 — 2	✓	4 pontos

4
Pontuação das Séries de Números em Ordem Directa
Corresponde à mais longa série de números que o indivíduo é capaz de repetir.
(0, 2, 3 ou 4 pontos)

Agora, quando eu disser alguns números, quero que os diga ao contrário ... Por exemplo, se eu disser 1-2, deve dizer 2-1 ... Percebeu? ... Pronto(a)?

		Séries de Números	Registo	Cotação
A.2	Ordem Inversa	1 — 4 (4-1)	✗	2 pontos
		5 — 3 — 9 (9-3-5)	✗	3 pontos
		8 — 5 — 9 — 3 (3-9-5-8)	✗	4 pontos

0
Pontuação das Séries de Números em Ordem Inversa
Corresponde à mais longa série de números que o indivíduo é capaz de repetir.
(0, 2, 3 ou 4 pontos)

Pontuação Total da Tarefa A Somar as pontuações dos Itens A.1 e A.2 = **4**

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 8 pontos

B. Duas Instruções

Vou-lhe dar algumas instruções ... Faça o que eu disser e depois relaxe.

		Registo	Cotação
B.1	Abra a boca e feche os olhos	✓	1 ponto
B.2	Coloque a sua língua de fora e levante a sua mão	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa B Somar as pontuações dos Itens B.1 e B.2 = **2**

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 2 pontos

Se a Pontuação Total da Tarefa B = 2, pontuar as Tarefas C e D com 4 pontos. Calcular o Índice AT-1, no fim da página. Prosseguir com a Tarefa E, assinalada com uma seta no início da página 3.

C. Instrução Única

Vou-lhe dar algumas instruções ... Faça o que eu disser e depois relaxe.

		Registo	Cotação
C.1	Abra a sua boca	✓	1 ponto
C.2	Coloque a sua língua de fora	✓	1 ponto
C.3	Feche os seus olhos	✓	1 ponto
C.4	Levante a sua mão	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa C Somar as pontuações dos Itens C.1 a C.4 = **4**

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 4 pontos

D. Imitação

Olhe para mim ... Faça o que eu fizer ... Imito o que eu estou a fazer ... Faça isto.

		Registo	Cotação
D.1	Abrir a boca	✓	1 ponto
D.2	Colocar a língua de fora	✓	1 ponto
D.3	Fechar os olhos	✓	1 ponto
D.4	Levantar a mão	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa D Somar as pontuações dos Itens D.1 a D.4 = **4**

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 4 pontos

AT-1 Pontuação Total da Tarefa A + Pontuação Total da Tarefa B + Pontuação Total da Tarefa C + Pontuação Total da Tarefa D = **14** Mínimo = 0 pontos
Máximo = 18 pontos

Prosseguir para a Tarefa E, que está assinalada com uma seta na página 5. Transferir a pontuação do índice AT-1 para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

Conceptualização **CONCEPT**



Olhe para estes três desenhos ... Quais são os dois desenhos iguais ... Quais são os mais semelhantes? [Para os cartões 15 a 17, se o sujeito disser "são todos diferentes" deve-se acrescentar:] **São todos diferentes, mas há dois que são mais parecidos.** [Para o cartão 17, demonstra-se a individualidade dos desenhos com o dedo. Apresentar sequencialmente os cartões 10-17 do Caderno de Estímulos.]

V. Igualdades e Diferenças

		Iguais	Cotação			Iguais	Cotação
V.1	Cartão 10: Triângulos	✓	1 ponto	V.5	Cartão 14: Círculos	✓	1 ponto
V.2	Cartão 11: Linhas verticais	✓	1 ponto	V.6	Cartão 15: Círculo e Oval	✓	1 ponto
V.3	Cartão 12: Círculos grandes	✓	1 ponto	V.7	Cartão 16: Quadrado e Triângulo	X	1 ponto
V.4	Cartão 13: Quadrados	✓	1 ponto	V.8	Cartão 17: Desenhos emparelhados	X	1 ponto

[Voltar ao cartão 10 e apresentar os cartões 10-17.] Olhe para estes três desenhos ... Diga-me qual destes desenhos é diferente dos outros ... Qual destes desenhos não combina com os outros?

		Iguais	Cotação			Iguais	Cotação
V.9	Cartão 10: Círculo	✓	1 ponto	V.13	Cartão 14: Triângulo	✓	1 ponto
V.10	Cartão 11: Linha horizontal	✓	1 ponto	V.14	Cartão 15: Quadrado	X	1 ponto
V.11	Cartão 12: Círculo pequeno	✓	1 ponto	V.15	Cartão 16: Círculo	X	1 ponto
V.12	Cartão 13: Círculo	✓	1 ponto	V.16	Cartão 17: Rectângulo sozinho	X	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa V

Somar as pontuações dos itens V.1 a V.16.

= 11

Mínima = 0 pontos
Máximo = 16 pontos

W. Semelhanças

Registar as respostas do indivíduo. Se o indivíduo der uma resposta abstracta e uma resposta concreta, deve-se perguntar: **Qual é a melhor resposta?** Se o sujeito não produzir qualquer resposta válida, deve-se acrescentar: **Em que sentido ... e ... são parecido(a)s? O que têm em comum?**

		Cotação	
W.1	De que forma uma maçã e uma banana são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	A maçã tem casca dura e a banana é mole		
W.2	De que forma um casaco e uma camisa são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	São peças que servem para nos aquecer		
W.3	De que forma um barco e um carro são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	O carro tem rodas e o barco tem o guiador		
W.4	De que forma uma mesa e uma cadeira são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	Uma mesa é uma tábua com um trepó e uma cadeira tem duas tábuas presadas uma na outra com quatro pernas		

Pontuação das Semelhanças
Atribuir 2 pontos a uma resposta abstracta.
Atribuir 1 ponto a uma resposta concreta.

Pontuação Total da Tarefa W

Somar as pontuações dos itens W.1 a W.4

= 1

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 8 pontos

Se a Pontuação Total da Tarefa W > 6, pontuar as Tarefas X e Y com 3 pontos cada e a tarefa Z com 8 pontos. Prosseguir para a tarefa AA, assinalada com uma seta na página 10.

X. Priming do Raciocínio Indutivo

Registrar as respostas do indivíduo.

			Cotação
X.1	Diga três coisas que as pessoas comem.		1 ponto
	Paó	Batatas	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		0 pontos
	Podê-se comer		
Se o indivíduo não conseguir nomear 3 coisas que as pessoas podem comer ou se a resposta for incorrecta, deve-se oferecer a seguinte ajuda: Uma sandes, uma maça e uma bolacha são coisas que as pessoas comem. Depois deve-se perguntar: Em que sentido uma sandes, uma maça e uma bolacha são parecidas? O que têm em comum?			
Se o indivíduo não responder ou se der uma resposta incorrecta, dizer: Bem, uma sandes, uma maça e uma bolacha são coisas que as pessoas comem.			
X.2	Diga três coisas que as pessoas vestem.		1 ponto
	calças	Casaco	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		0 pontos
	Roupa		
Interromper a Tarefa X se o indivíduo não conseguir nomear três coisas que as pessoas podem vestir ou se der uma resposta incorrecta. Prosseguir para a Tarefa Y , assinalada com uma seta na página 10.			
X.3	Diga três veículos que as pessoas usam para se deslocar.		1 ponto
	Bicicleta	Motorizada	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		
	Veículos		

Pontuação do Priming do Raciocínio Indutivo
Cotar apenas as respostas que não tenham recebido ajudas.

Pontuação Total da Tarefa X

Somar as pontuações dos itens X.1 a X.3

= 3

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 3 pontos

Y. Diferenças

Vou-lhe dizer três palavras ... Diga-me qual destas palavras não combina com as outras, qual destas palavras é diferente.

		Registo	Cotação
Y.1	cão — gato — <u>carro</u>	✓	1 ponto
Y.2	rapaz — <u>porta</u> — homem	x	1 ponto
Y.3	<u>peixe</u> — carro — comboio	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa Y Somar as pontuações dos itens Y.1 a Y.3 = **2** Mínimo = 0 pontos Máximo = 3 pontos

Z. Semelhanças – Escolha Múltipla

Se o indivíduo der uma resposta abstracta e uma resposta concreta, deve-se perguntar: Qual é a melhor resposta? Cotar essa resposta. Se o indivíduo não conseguir decidir, cotar a última resposta dada.

		Cotação		
Z.1	uma maçã e uma banana... São ambas frutas, são ambas verdes ou são ambas animais?	Frutas 2, pts	Verdes 1 pt	Animais 0 pts
Z.2	um casaco e uma camisa... São ambas peças de roupa, são ambos feitos de lã ou são ambos frutas?	Roupa 2, pts	Lã 1 pt	Frutas 0 pts
Z.3	um barco e um carro... São ambos meios de transporte, ambos movem-se ou são ambos peças de roupa?	Transporte 2, pts	Movem-se 1 pt	Roupa 0 pts
Z.4	uma mesa e uma cadeira... São ambas peças de mobiliário, são ambas feitas de madeira ou são ambas meios de transporte?	Mobiliário 2, pts	Madeira 1 pt	Transporte 0 pts

Pontuação Total da Tarefa Z Somar as pontuações dos itens Z.1 a Z.4 = **8** Mínimo = 0 pontos Máximo = 8 pontos

AA. Evocação Verbal – Leitura de Frases

Apresentar o cartão 18 do Caderno de Estímulos.
Leia esta frase em voz alta [Vou-lhe ler esta frase em voz alta] ... Memorize esta frase porque irei pedir para a repetir mais tarde. Se o indivíduo for analfabeto, o examinador deve ler a frase em voz alta.

Tarefa AA (Não cotar)

AB. Evocação Verbal – Iniciação de Frases

Invente uma frase que tenha estas duas palavras: homem e carro. ... Memorize esta frase porque também irei pedir-lhe para a repetir mais tarde.

Se o indivíduo não conseguir produzir uma frase correcta, deve-se dizer: Memorize as palavras homem e carro. Registrar a resposta.

O carro dá para levar o homem

Pontuação Total da Tarefa AB = **1** Mínimo = 0 pontos Máximo = 1 ponto

CONCEPT Pontuação Tarefa V + Pontuação Tarefa W + Pontuação Tarefa X + Pontuação Tarefa Y + Pontuação Tarefa Z + Pontuação Tarefa AB = **26** Mínimo = 0 pontos Máximo = 39 pontos

Prossiguir para a Tarefa AC, que está assinalada com uma seta na página 11. Transferir a pontuação do índice CONCEPT para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

Memória e Atenção MEM & AT

Por favor responda a estas questões. Registrar as respostas do indivíduo.

AC. Orientação			Registo	Cotação
	AC.1	Que dia da semana é hoje?	X (Domingo)	1 ponto
	AC.2	Que dia do mês é hoje?	X	1 ponto
	AC.3	Em que mês é que estamos?	✓	1 ponto
	AC.4	Em que ano é que estamos?	X (1910)	1 ponto
	AC.5	Quem é o Presidente da República?	✓	1 ponto
	AC.6	Quem é o Primeiro-Ministro?	X	1 ponto
	AC.7	Quem é o Presidente da Câmara (1)?	X	1 ponto
	AC.8	Como se chama este edifício?	✓	1 ponto
	AC.9	Como se chama esta cidade?	✓	1 ponto

(1) do Município onde o indivíduo reside.

Pontuação Total da Tarefa AC Somar as pontuações dos itens AC.1 a AC.9 = **4** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 9 pontos

AD. Contagem 1 tarefa não aplicável a indivíduos analfabetos

Apresentar o cartão 19 do Caderno de Estímulos (apresentar o cartão na vertical).
Aponte e conte todos os "As".

Pontuação Total da Tarefa AD Respostas correctas—respostas incorrectas = **5** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 6 pontos

AE. Contagem 2 tarefa não aplicável a indivíduos analfabetos

Apresentar o cartão 20 do Caderno de Estímulos (apresentar o cartão na horizontal).
Aponte e conte todos os "As".

Pontuação Total da Tarefa AE Respostas correctas—respostas incorrectas = **5** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 5 pontos

AF. Evocação Verbal – Leitura

Lembra-se da frase que leu [que eu lhe li]? ... Diga-me essa frase. Registe a frase.

O cão tem um cabelo castanho

Pontuação Total da Tarefa AF O rapaz tem um cão castanho = 4 pontos
Castanho = 1 ponto Rapaz = 1 ponto
Cão = 1 ponto = **2** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AG. Evocação Verbal – Iniciação de Frase

Lembra-se da frase que inventou? ... Diga-me essa frase. Registrar a frase. Se o sujeito não conseguiu pontuar na Tarefa AB deve-se substituir as instruções da Tarefa AG por: Lembra-se que eu lhe pedi para inventar uma frase que tivesse duas palavras? ... Diga-me quais eram essas duas palavras.

Pontuação Total da Tarefa AG frase completa = 3 pontos
Homem = 1 ponto
Cerro = 1 ponto = **0** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 3 pontos

MEM-1 Pontuação Total da Tarefa AC + Pontuação Total da Tarefa AF + Pontuação Total da Tarefa AG = **6** Mínimo = 0 pontos Máximo = 16 pontos

AT-2 Pontuação Total da Tarefa AD + Pontuação Total da Tarefa AE = **10** Mínimo = 0 pontos Máximo = 11 pontos

Prosseguir para a Tarefa AH, que está assinalada com uma seta na página 12. Transferir a pontuação dos índices MEM-1 e AT-2 para os respectivos espaços da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

AH. Reconhecimento Verbal – Apresentação Não cotar se o indivíduo for analfabeto.

Apresentar o cartão 21 do Caderno de Estímulos.
Leia [Vou-lhe ler] esta lista de palavras em voz alta quatro vezes para que possa memorizar cada palavra.

		Registo	Cotação			Registo	Cotação
AH.1	1ª leitura correcta	X	1 ponto	AH.3	3ª leitura correcta	✓	1 ponto
AH.2	2ª leitura correcta	✓	1 ponto	AH.4	4ª leitura correcta	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AH Somar as pontuações dos itens AH.1 a AH.4 = **3** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AI. Reconhecimento Verbal

Vou-lhe mostrar [Vou-lhe ler] algumas palavras, duas de cada vez ... Para cada par de palavras, escolha aquela que estava na lista que acabou de ler. [Qual destas palavras li antes?]
 Apresentar os cartões 22 a 26 do Caderno de Estímulos, um de cada vez.

		Registo	Cotação			Registo	Cotação
AI.1	Noite — Casa	✓	1 ponto	AI.4	Máquina — Tarde	X	1 ponto
AI.2	Metropolitano — Planta	✓	1 ponto	AI.5	Fogo — Leite	X	1 ponto
AI.3	Terra — Abrir	✓	1 ponto				

Pontuação Total da Tarefa AI Somar as pontuações dos itens AI.1 a AI.5 = **3** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 5 pontos

AJ. Correspondência Visual

Apresentar os cartões 27 e 28 do Caderno de Estímulos.
Os desenhos neste cartão [apontar para o cartão 28] são exactamente iguais aos desenhos deste cartão [apontar para cartão 27] ... Quando eu apontar para um desenho no meu cartão, deve apontar para o mesmo desenho no seu cartão ... Agora, qual destes desenhos é igual a este?
 [Apontar para o desenho na parte superior esquerda do cartão 27, do ponto de vista do indivíduo.]

		Registo	Cotação			Registo	Cotação
AJ.1	1ª apresentação dos desenhos	✓	1 ponto	AJ.3	3ª apresentação dos desenhos	✓	1 ponto
AJ.2	2ª apresentação dos desenhos	✓	1 ponto	AJ.4	4ª apresentação dos desenhos	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AJ Somar as pontuações dos itens AJ.1 a AJ.4 = **4** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AK. Memória Visual

Vou-lhe mostrar alguns desenhos, dois de cada vez ... Para cada par de desenhos escolha com qual dos desenhos temos trabalhado ... Qual destes desenhos viu antes?
 Apresentar os cartões 29 a 32 do Caderno de Estímulos, um de cada vez.

		Registo	Cotação			Registo	Cotação
AK.1	à direita do examinador	X	1 ponto	AK.3	à esquerda do examinador	✓	1 ponto
AK.2	à esquerda do examinador	X	1 ponto	AK.4	à direita do examinador	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AK Somar as pontuações dos itens AK.1 a AK.4 = **2** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

MEM-2	Pontuação Total da Tarefa AI + Pontuação Total da Tarefa AK =	5	Mínimo = 0 pontos Máximo = 9 pontos
AT-3	Pontuação Total da Tarefa AH + Pontuação Total da Tarefa AJ =	7	Mínimo = 0 pontos Máximo = 8 pontos

Transferir a pontuação dos índices MEM-2 e AT-3 para os respectivos espaços da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

ANEXO L

- Livro da Memória – História de Vida -

LIVRO DA MEMÓRIA

HISTÓRIA DE VIDA

Quem sou eu

- Nome Completo / Idade / Morada / Naturalidade / Nacionalidade

A minha infância

- **Nascimento:** data de nascimento / local de nascimento
- **Progenitores:** nome do pai / profissão / lembranças que tem do pai / nome da mãe / profissão / lembranças que tem da mãe
- **Lugar onde vivi:** nome da aldeia e cidade / como era a casa / quantas divisões tinha / o que mais e menos gostava nela / com quem vivia
- **Jogos Preferidos:** quais eram / como se jogavam / com quem jogava
- **Animais Preferidos:** quais eram / porquê / tinha animais de estimação? / quantos? / que nomes tinham
- **Lugares preferidos:** sítios preferidos / onde passava o verão / férias
- **Brincadeiras de infância:** quais? / com quem?
- **O dia da primeira comunhão:** quando foi / lugar / familiares presentes
- **Amizades:** nomes de alguns amigos / onde os conheceu / brincadeiras
- **Escola e memórias importantes:** o primeiro dia de aulas / como era a sala de aulas / quantos alunos eram / matérias que mais e menos gostava / aproveitamento escolar
- **Os meus irmãos:** como se chamam / número de irmãos / idades / o nascimento implicou mudanças no seio da família? / recordações / brincadeiras / jogos / o que mais e menos gostava neles
- **Recordações mais importantes nesta fase da vida:** os aniversários / como eram festejados / a dinâmica familiar / com que outros familiares mantinha contactos / rotinas diárias / rotinas em dias de festa

A minha adolescência e juventude

- **Primeiro trabalho:** companheiros de trabalho / o que fazia / o que gostava mais e menos / quando recebeu o primeiro ordenado / era o trabalho que desejava? / se pudesse ter possibilidade de escolher outro emprego, qual seria?

- **Grupos:** amizades / nomes de amigos / o que faziam juntos / tempos livres / desportos / outras atividades
- **Primeiro namorado:** como se chamava / que idade tinha / como o conheceu
- **Acontecimentos importantes nesta fase da adolescência**


A minha vida adulta

- **O meu emprego:** que profissões desempenhei ao longo da minha vida / o que mais e menos gostava nesses trabalhos
- **O meu casamento:** nome do marido / idade / profissão / como o conheceu / quanto tempo namoraram / quando decidiram casar / local da boda / data da boda / convidados presentes / como decorreu a festa / acontecimentos importantes ao longo da minha vida de casada
- **Os meus filhos:** foram planeados / foram desejados / que idade tinha quando teve o primeiro / que diferenças de idade têm entre eles / local de nascimento dos filhos / nomes dos filhos / diferenças entre eles / qualidades e defeitos de cada um / o que os caracteriza

Nome do filho (a)	Idade	Onde vive	Profissão

- **Os netos:** quantos são / como se chamam / que idades têm / são filhos de quem / o que mais gosto neles / o que caracteriza cada um / qualidades e defeitos

Árvore Genealógica



- **Acontecimentos importantes nesta fase da vida**
- **Tempos livres e ocupações:** passatempos / gostos / amizades / rede de apoio
- **Animais de estimação:** quais são / quantos são / como se chamam / idades
- **Lugares:** os que mais gosto / viagens que fiz / festas em que participei / lugares que mais gostava de visitar / porquê
- **As festas em família:** os aniversários / os festejos das épocas mais importantes do ano / as reuniões familiares

Como eu sou agora

- **Os meus últimos anos de trabalho:** como foram / qual foi a última profissão / que saudades tenho / idade e motivo da reforma / alterações na minha vida diária
- **Atualmente dedico-me a...**
- **Atualmente vivo com...**
- **Acontecimentos importantes nos últimos meses:** as coisas que mais me marcaram ultimamente foram.../ o que mais e menos gostei

O antes e o agora

- **Como eu era antes:** quais os aspetos físicos e psicológicos que mais marcaram a minha vida passada / como reagia perante situações de tristeza, angústia, e momentos bons e de conquista / o que me distinguia dos outros / o que as pessoas achavam de mim
- **Como eu sou agora:** quais os aspetos físicos e psicológicos que mais me marcam atualmente / como reagia perante situações de tristeza, angústia, e momentos bons e de conquista / o que me distinguia dos outros / o que as pessoas acham de mim
- **O que mudou na minha vida:** quais as perdas / quais os ganhos
- **Como era e como é a minha saúde:** o que mais me marcou e o que mais me marca atualmente

O dia a dia

- **Como é a minha casa:** onde fica / quantas divisões tem / com quem vivo / o que mais e menos gosto / o que mudava nela / o que nunca mudaria / o que tenho de mais importante na minha casa
- **Como é um dia normal:** a que horas levanto / o que faço durante o dia / o que mais e menos gosto de fazer / como é organizada a minha semana / que atividades desempenho no seio da família / que dificuldades tenho encontrado no meu dia-a-dia / o que tenho feito para contornar essas dificuldades / qual a minha rede de apoio

As minhas coisas

- As minhas canções favoritas são...
- Os meus livros favoritos são...
- O meu prato favorito é...
- A minha bebida favorita é...
- As coisas que eu mais gosto são...
- As coisas que eu menos gosto são...
- Se pudesse mudar alguma coisa na minha vida, o que mudaria seria...

ANEXO M

- Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L. -

Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L.

Primeira Sessão de Estimulação

Objetivos: esclarecer a doente sobre o funcionamento geral das sessões de estimulação e a forma como estas serão organizadas, bem como o tipo de atividades a desenvolver e áreas cognitivas a estimular; orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; estimular a atenção.

Atividades:

- Esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento das sessões de reabilitação
- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Atenção

Segunda Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; estimular e otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; raciocínio e abstração.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano
- Atividade 1: Exercício de orientação utilizando relógios
- Atividade 2: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 3: Exercício de Atenção
- Atividade 4: Palavras Opostas e Sinónimos
- Atividade 5: Tema - Dia do Pai

Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L.

Terceira Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; estimular e otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; capacidade de raciocínio, flexibilidade mental e abstração.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Atenção
- Atividade 3: Interpretação de Provérbios
- Atividade 4: Tema - Primavera

Quarta Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa, flexibilidade mental, capacidade de abstração, memória de trabalho e fluência verbal.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercício de Memória
- Atividade 3: Qual é o Intruso?
- Atividade 4: Tema - Domingo de Ramos

Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L.

Quinta Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; estimular e otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; estimular a capacidade gnósica; estimular atenção sustentada, memória de trabalho, planeamento, resolução de problemas e capacidade de raciocínio.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Atenção
- Atividade 3: Exercícios de Estimulação de Gnosias
- Atividade 4: Tema - Páscoa

Sexta Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; capacidade de categorização, memória semântica e raciocínio indutivo.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Fluência Verbal
- Atividade 3: O que têm em Comum?
- Atividade 4: Tema - Tendências: o antes e o agora

Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L.

Sétima Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; estimular a capacidade de leitura, repetição e nomeação.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Nomeação
- Atividade 3: Repetição e Leitura de Frases
- Atividade 4: Tema – Meios de Transporte

Oitava Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; estimular a capacidade de cálculo e raciocínio; estimular memória de trabalho.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercício de Atenção
- Atividade 3: Exercícios de Cálculo
- Atividade 4: Tema: Técnica de Reminiscência

Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L.

Nona Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; estimular a capacidade prática; estimular capacidade de cálculo e funcionamento executivo (raciocínio, planeamento, flexibilidade mental, resolução de problemas).

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Flexibilidade Mental
- Atividade 3: Exercícios de Estimulação de Praxias
- Atividade 4: Tema - Ida ao Mercado

Décima Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; estimular memória semântica e autobiográfica.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Fluência Verbal
- Atividade 2: Tema: Os Sentidos

Plano das Sessões de Estimulação da Senhora L.

Décima Primeira Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória semântica e flexibilidade mental; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercícios de Memória, Fluência Verbal e Flexibilidade Mental
- Atividade 3: Tema - Dia Mundial da Voz

Décima Segunda Sessão de Estimulação

Objetivos: a orientação temporal/espacial; potencializar a orientação pessoal e memória autobiográfica; otimizar os níveis de atenção; estimular memória episódica, capacidade de iniciativa e fluência verbal; estimular memória de trabalho, capacidade de planeamento, raciocínio, resolução de problemas e criatividade.

Atividades:

- Dizer dia/mês/ano/dia da semana/local/piso/estação do ano/horas;
- Atividade 1: Livro de Memória – História de Vida
- Atividade 2: Exercício - Ordenar Imagens e Criar uma História
- Atividade 3: Tema - Dia Mundial do Rádio Amador

ANEXO N

- Exercícios Realizados nas Sessões de Estimulação com a Senhora L. -

Atividades Realizadas na Primeira Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “Quem sou eu” e “A minha infância – nascimento, progenitores, lugar onde vivi, jogos preferidos, animais preferidos, lugares preferidos, brincadeiras de infância, o dia da primeira comunhão, amizades, escola e memórias importantes”).

Atividade 2: Exercícios de Atenção (foram realizadas duas tarefas para estimular atenção visual e auditiva).

1º A doente deve bater na mesa sempre que ouça:

Letra A:

IONTEABCADEERETEEOTIUSIOSTERFHIASFTLKAAS

Letra E:

IONTEEABCADEEERETEEEOTIUSIOSTERERFHIASTUFEEEJM

Letra E e antes deve vir a letra C:

ICEEONTEABCEADETRRTCNOCETIUSIOSTCERFHIASE

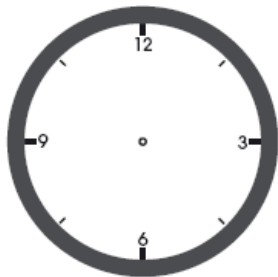
2º A doente deve contar quantas imagens iguais a estas existem:



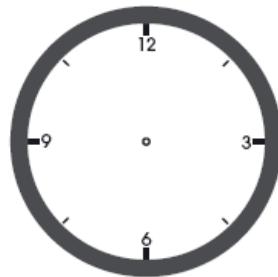
Atividades Realizadas na Segunda Sessão de Estimulação

Atividade 1: Exercício de orientação utilizando relógios. Com recuso à figura apresentada de seguida, era pedido à doente que apontasse no relógio as seguintes horas:

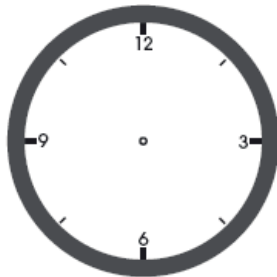
Hora neste momento



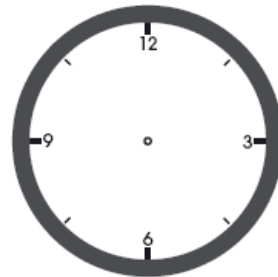
Hora da fisioterapia



Hora do almoço



Hora do jantar



Atividade 2: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “A minha infância – os meus irmãos e recordações mais importantes nesta fase da vida”).

Atividade 3: É pedido à doente que preste atenção à imagem que lhe será mostrada. Deve observar o que está a acontecer, quantas pessoas estão, o que têm vestido, entre outros, porque depois irão ser colocadas questões sobre a imagem visualizada.



Atividade 4: É pedido à doente que diga palavras opostas e sinónimas - Palavra oposta a: limpo, claro, alto, caro, forte, grande, frio, rápido, subir, esquerda; Palavra sinónima/semelhante a: alegre, complicado, grande, baixo, limpo.

Atividade 5: Tema – Dia do Pai: são discutidos assuntos relacionados com a importância da figura paternal, qual deve ser o papel do pai no seio da família (como era antes e como é agora), comemoração do dia do pai na casa da doente (se há algum costume ou não), entre outros.

Atividades Realizadas na Terceira Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “A minha adolescência e juventude”).

Atividade 2: Exercício de Atenção. É pedido à doente que indique qual a figura que se repete em cada uma das filas.



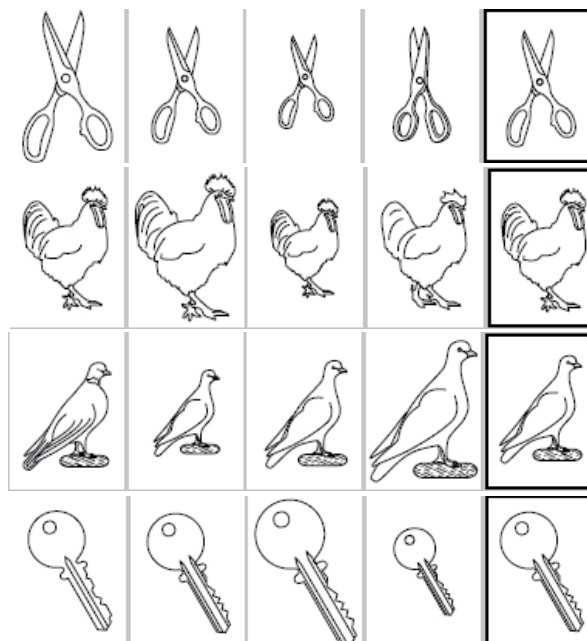
Atividade 3: Interpretação de Provérbios. Inicialmente é pedido à doente que diga em ordem direta os doze meses do ano. Seguidamente, são lidos à doente alguns provérbios relacionados com o mês em questão e é pedido, primeiro que repita o provérbio que ouviu, e depois, para que explique o seu significado. Os provérbios foram: - Abril águas mil; - Não há mês mais irritado do que o Abril zangado; - Vinha que rebenta em Abril, pouco vinho dá para o barril; - Abril chuvoso, maio ventoso, fazem o ano formoso; - Abril molhado, ano abastado.

Atividade 3: Exercício de Estimulação de Gnosias.

1º Reconhecimento (emparelhamento) de caras (qual das imagens quatro imagens é igual à da direita).



2º Discriminação e emparelhamento de figuras.



Atividade 4: Tema – Páscoa: foi pedido à doente que imaginasse que ia preparar um almoço para a família no dia de Páscoa, foram discutidos assuntos como: quantas pessoas seriam?

Quantas mesas e cadeiras precisa? Como distribuía os pratos na mesa? Elabore uma ementa completa para o almoço. Enumere alguns dos ingredientes que precisava comprar para confeccionar (posteriormente é pedido à doente que repita a lista dos alimentos previamente definidos na lista de compras), e, por fim, como preparava o almoço (quais os passos a seguir para confeccionar os pratos).

Atividades Realizadas na Sexta Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “A minha vida adulta – acontecimentos importantes nesta fase da vida, tempos livres e ocupações, animais de estimação, lugares”).

Atividade 2: Exercício de Fluência Verbal – é pedido que diga nomes de vestuário, acessórios e calçado.

Atividade 3: O que têm em Comum (ver anexo D28). É pedido à doente que diga o que têm em comum a sequência de palavras apresentadas.

Atividade 4: Tema – Tendências: o antes e o agora. São discutidas questões relacionadas com as tendências de vestuário, calçado, acessórios e penteados que eram utilizados antigamente e que estão atualmente na moda.

Atividades Realizadas na Sétima Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “A minha vida adulta – as festas em família”).

Atividade 2: Exercícios de Nomeação: são apresentadas várias imagens de alimentos, animais e objetos e é pedido à doente que nomeie as figuras apresentadas.

Atividade 3: Repetição e Leitura de Frases: são verbalizadas algumas frases retiradas de notícias recentes e é pedido à doente que as repita; em seguida são apresentadas outras frases, também elas retiradas de notícias e é pedido à doente que as leia. Posteriormente são colocadas algumas questões referentes às frases lidas e repetidas.

Atividade 4: Tema – Meios de Transporte (anexo D8).

Atividades Realizadas na Oitava Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “Como eu sou agora”).

Atividade 2: Exercício de Atenção. É apresentada uma imagem e posteriormente são colocadas algumas questões relacionadas com a imagem visualizada anteriormente.



Atividade 3: Exercício de Cálculo. São colocadas questões como: Imagine que vai à frutaria e compra 6 maçãs e 8 peras. Quantas peças de fruta comprou no total? Tinha 4 pratos e partiu 5, com quantos ficou? Tem 6 chocolates para dar a dois netos, quantos vai dar a cada um, tendo em consideração que ambos deverão ter o mesmo número de chocolates? Foi ainda utilizado dinheiro para a doente dar e receber troco. Para este exercício eram colocadas questões como por exemplo: Tem 3 euros (é fornecido o dinheiro à doente) se comprar o jornal por 50cênt. e tomar um café por 40cênt. quanto dinheiro gasta ao todo? (a doente deve fazer a conta do dinheiro que gastaria e de quanto sobrava).

Atividade 4: Técnica da Reminiscência – é utilizada uma caixa com alguns objetos (luvas, batom, colar, pião, foto, mola, caneta). Um a um são retirados os objetos da caixa e a doente deve nomeá-los, falar das suas propriedades, dizer se tem ou não em casa e já os usou ou não, e, por fim, deve contar uma história/acontecimento/evento da sua vida relacionado com o objeto em questão. No final os objetos são colocados dentro da caixa e é pedido à doente que tente lembrar todos os que visualizou.

Atividades Realizadas na Nona Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “O antes e o agora - como eu era antes e como eu sou agora”).

Atividade 2: Exercícios de Flexibilidade Mental. É pedido à doente que identifique as imagens sobrepostas (anexo D26).

Atividade 3: Exercício de Estimulação de Praxias. São apresentados alguns objetos à doente e, em primeiro lugar é pedido que os nomeie, e em seguida que demonstre como se usam. Os objetos foram: batom, colher, copo, escova e anel.

Atividade 4: Tema – Ida ao Mercado. A doente deve imaginar que tem 10 euros e que vai ao mercado comprar os seguintes alimentos: 1 pacote de arroz, 1 pacote de massa, 1kg de laranjas, 1 saco de batatas, 1kg de cenouras e 1kg de bananas. São colocadas duas hipóteses de mercado: Mercado 1 (arroz = 0,80 cênt.; massa = 0,40 cênt.; laranjas = 0,72 cênt.; batatas = 7,50 cênt.; cenouras = 0,50 cênt.; bananas = 1,00 cênt.) Mercado 2 (arroz = 0,85 cênt.; massa = 0,35 cênt.; laranjas = 0,80 cênt.; batatas = 5,50 cênt.; cenouras = 0,40 cênt.; bananas = 1,20 cênt.). A tarefa da doente consiste em fazer os cálculos e ver: qual dos mercados é mais barato, quanto dinheiro vai gastar e se os 10 euros chegam para as compras que precisa realizar.

Atividades Realizadas na Décima Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “O antes e o agora - como era e como é a minha saúde”).

Atividade 2: Exercícios de Fluência Verbal (anexo D21).

Atividade 3: Os sentidos: **Olfato:** Exemplo de questões: O que é? Para que serve? Que cheiros fortes / bons / maus / suaves existem? **Paladar:** Exemplo de questões: O que é? Para que serve? Que outros alimentos doces / salgados / amargos / picantes existem? **Tato:** Exemplo de questões: O que é? Para que serve? Que coisas quentes / frias / macias / ásperas existem? **Audição:** Exemplo de questões: O que é? Para que serve? Que sons fortes /suaves

/bons / maus existem? **Visão:** O que é? Para que serve? Visualização e nomeação de cores (que coisas conhecem que tenham a cor vermelha, amarela, azul e verde).

Atividades Realizadas na Décima Primeira Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “O dia a dia”).

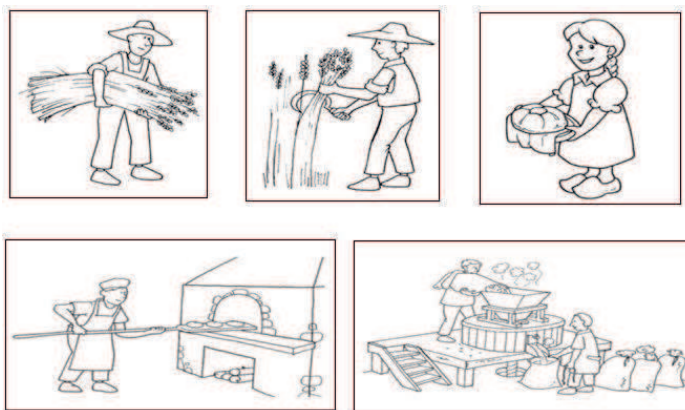
Atividade 2: Realizar exercício de anexo D29, sendo ainda pedido para soletrar algumas das palavras que foram adivinhadas.

Atividade 3: Tema – Dia Mundial da Voz: são debatidas questões como a importância da voz, problemas que podem surgir na voz, entre outros.

Atividades Realizadas na Décima Segunda Sessão de Estimulação

Atividade 1: Livro da Memória – História de Vida (parte referente à temática “As minhas coisas”).

Atividade 2: É pedido à doente que ordene as imagens com uma sequência lógica e que crie uma história relacionada com essas mesmas imagens.



Atividade 3: Tema – Dia do Rádio Amador: são discutidos assuntos relacionados com a importância do rádio e, conseqüentemente, dos meios de comunicação. Foram colocadas questões como por exemplo: O que é e para que serve um meio de comunicação? Que tipo de meios de transporte conhece? Qual o que mais e menos gosta? Qual o primeiro meio de comunicação que teve/usou? Que idade tinha? Como é que ele era? Qual o meio de comunicação que mais usa atualmente?.

ANEXO O

- Resultados da Reavaliação Realizada à Senhora L. -

MMSE

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: L.

Idade: 69 anos Grau de Instrução: 6 anos Data: 23 / 04 / 2013

I. Orientação

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz". (Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- | | |
|---|----------|
| 1. Em que ano estamos? | <u>✓</u> |
| 2. Em que mês estamos? | <u>✓</u> |
| 3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) | <u>✓</u> |
| 4. Em que estação do ano estamos? | <u>✓</u> |
| 5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) | <u>✓</u> |
| 6. Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) | <u>✓</u> |
| 7. Em que distrito vive? | <u>✓</u> |
| 8. Em que terra vive? | <u>✓</u> |
| 9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) | <u>✓</u> |
| 10. Em que andar estamos? | <u>X</u> |

NOTA 9

II - Retenção

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras". As palavras são:

PÊRA GATO BOLA

"Repita as três palavras".
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

PÊRA ✓ GATO ✓ BOLA ✓ NOTA 3

III – Atenção e Cálculo

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(27) ✓ (24) ✓ (21) ✓ (18) X (15) X NOTA 3

IV – Evocação

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir".(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PÊRA X GATO ✓ BOLA X

NOTA 1

V – Linguagem

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.
"Como se chama isto?"

NOTA 1

b) Mostrar um lápis/caneta.
"Como se chama isto?"

NOTA 1

c) Repetir a frase:
"O rato rói a rolha"

NOTA 1

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita
- Dobra o papel ao meio
- Coloca o papel no chão (ou no local indicado)

✓
✓
✓

NOTA 3

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS"

(Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

FECHE OS OLHOS

(Dar 1 ponto pela realização correcta).

NOTA 1

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

NOTA 0

A frase deve ser escrita neste espaço em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

/

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

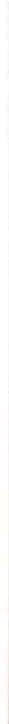
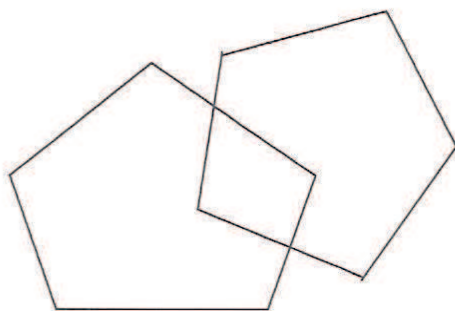
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

NOTA 0

Original

Cópia



NOTA TOTAL: 23 / 30 Pontos

Valores de corte para a população portuguesa:

Idade superior a 40 anos

Analfabetos: defeito ≤ 15

1-11 anos de escolaridade: ≤ 22

> 11 anos de escolaridade: ≤ 27

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL

(Cavaco, Gonçalves, Pinto, Almeida, Gomes, Moreira, Fernandes & Teixeira-Pinto, 2013)

Nome: L. Idade: 69 anos Escolaridade: 6 anos

Fluência Semântica

- Nomes de Animais: cão / touro / porco / galinha / cobra / vaca / coelho / cabra

Fluência Fonética

- Letra M: manta / moinho
- Letra R: ratos
- Letra P: peras / panos

Índice	Pontuação		Referência	
	Bruta	Ajustada	Percentil	Pontuação Escalar
FCV – animais	<u>8</u>	<u>-1.55</u>	<u>3-5</u>	<u>5</u>
FVL – letra M	<u>2</u>	<u>-1.55</u>	<u>3-5</u>	<u>5</u>
FVL – letra R	<u>1</u>	<u>-2.03</u>	<u>2</u>	<u>4</u>
FVL – letra P	<u>2</u>	<u>-1.89</u>	<u>3-5</u>	<u>5</u>

4. DÍGITOS INVERSO

ITEM	1ª TENTATIVA	P/F	2ª TENTATIVA	P/F
1	5-1	✓	3-8	✓
2	4-9-3	X	5-2-6	X
3	3-8-1-4		1-7-9-5	
4	6-2-9-7-2		4-8-5-2-7	
5	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4	
6	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5	

1 / 6

5. MEMÓRIA DE TRABALHO VERBAL

Meses para trás (consideram-se erros: erros na ordem, omissões, não concluir a tarefa). Diga os meses do ano por ordem inversa, começando pelo último mês do ano.

Pontuação: sem erros: 2/ um erro:1/ dois ou mais erros:0.

2 / 2

6. MEMÓRIA DE TRABALHO ESPACIAL

Assinale os quadrados na ordem indicada, o paciente deverá copiar esta sequência de movimentos por ordem inversa. Comece devagar. O paciente decide que mão prefere utilizar.

- A) 1-2
- B) 2-4-3
- C) 3-4-2-1
- D) 1-4-2-3-4



0 / 4

7. PROVÉRBIOS

1. Cão que ladra não morde *É manso, não morde*
2. Mais vale prevenir que remediar *Mais vale prevenir de qualquer coisa*
3. Em casa de ferreiro espeto de pau *Uma pessoa à trabalhar sem família*

0/3

8. TESTE HAYLING

Etapa 1: Escute cuidadosamente esta frase e quando eu acabar de a ler, deverá dizer-me o mais rapidamente possível, que palavra poderá completar a frase.

1. Entra e fecha a porta
2. Lutavam como cão e gato

Etapa 2: Desta vez quero que me diga uma palavra que não faça sentido no contexto da frase, que não tenha nenhuma relação com a mesma. Por exemplo: o Daniel pregou o prego com a luva.

1. Abril águas mil
2. Olho por olho dente por dente
3. Quem tudo quer tudo perde

Pontuação: palavra diferente: 2/ palavra com relação semântica: 1/ palavra exacta: 0.

0/6

Pontuação total: 4 /30

Índice de memória de trabalho: — /10

DRS-2TM

Escala de Avaliação da Demência - 2
(Dementia Rating Scale - 2)

Steven Mattis, PhD

Perfil Individual de Resultados

Nome: <u>L.</u>	Sexo: <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	Idade: <u>69 anos</u>
Endereço: _____	Contacto: _____	
Escolaridade: <u>6 anos</u>	Profissão: _____	
Examinador: _____	Data: <u>23/04/2013</u>	
Diagnóstico: _____	_____	

Resumo de Resultados

				Pontuação em Bruto	Pontuação Ajustada	Percentil		
Atenção	AT-1 14	+	AT-2 10	+	AT-3 8	= 32	-1,80	6-10
Iniciação/Perseveração	I/P-1 -	+	I/P-2 -	=	-	-	-	-
Construção	CONST -	=	-	-	-	-	-	-
Conceptualização	CONCEPT 26	=	26	-2,44	1-2			
Memória	MEM-1 10	+	MEM-2 9	= 19	-1,79	6-10		
Pontuação Total	=	-	-	-	-	-		



Autores: Paul J. Jurica, Christopher L. Leiten e Steven Mattis.
Traduzido e adaptado com autorização. Copyright © 1973, 1988, 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 N. Florida Avenue, Lutz, FL 33549, U.S.A.
Copyright da adaptação portuguesa © 2010 by CEGOC-TEA, Lda., Lisboa, Portugal.
Versão portuguesa: Sara Cavaco e Armando Teixeira-Pinto.
Edição CEGOC-TEA: Av. António Augusto Aguiar, nº21-2º, 1069-217 Lisboa. Todos os DIREITOS RESERVADOS.
Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.
Este exemplar está impresso em tinta **NEGRA e ROSA**. Se lhe apresentarem um exemplar a negro é uma reprodução ilegal. Não o utilize.
Printed in Portugal. Impresso em Portugal.
ISSN: 978-972-8817-64-0

Atenção AT

A. Séries de Números

Vou-lhe dizer alguns números e quando eu acabar quero que repita esses números na mesma ordem ... Diga-os da mesma forma que eu disser ... Diga o que eu digo.

		Séries de Números	Registo	Cotação
A.1	Ordem Directa	2 — 5	✓	2 pontos
		3 — 1 — 6	✓	3 pontos
		4 — 7 — 9 — 2	✓	4 pontos

4

Pontuação das Séries de Números em Ordem Directa
Corresponde à mais longa série de números que o indivíduo é capaz de repetir.
(0, 2, 3 ou 4 pontos)

Agora, quando eu disser alguns números, quero que os diga ao contrário ... Por exemplo, se eu disser 1-2, deve dizer 2-1 ... Percebeu? ... Pronto(a)?

		Séries de Números	Registo	Cotação
A.2	Ordem Inversa	1 — 4 (4-1)	X	2 pontos
		5 — 3 — 9 (9-3-5)	X	3 pontos
		8 — 5 — 9 — 3 (3-9-5-8)	X	4 pontos

0

Pontuação das Séries de Números em Ordem Inversa
Corresponde à mais longa série de números que o indivíduo é capaz de repetir.
(0, 2, 3 ou 4 pontos)

Pontuação Total da Tarefa A Somar as pontuações dos Itens A.1 e A.2 = 4

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 8 pontos

B. Duas Instruções

Vou-lhe dar algumas instruções ... Faça o que eu disser e depois relaxe.

		Registo	Cotação
B.1	Abra a boca e feche os olhos	✓	1 ponto
B.2	Coloque a sua língua de fora e levante a sua mão	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa B Somar as pontuações dos Itens B.1 e B.2 = 2

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 2 pontos

Se a Pontuação Total da Tarefa B = 2, pontuar as Tarefas C e D com 4 pontos. Calcular o Índice AT-1 no fim da página. Prosseguir com a Tarefa E, assinalada com uma seta no início da página 3.

C. Instrução Única

Vou-lhe dar algumas instruções ... Faça o que eu disser e depois relaxe.

		Registo	Cotação
C.1	Abra a sua boca	✓	1 ponto
C.2	Coloque a sua língua de fora	✓	1 ponto
C.3	Feche os seus olhos	✓	1 ponto
C.4	Levante a sua mão	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa C Somar as pontuações dos Itens C.1 a C.4 = 4

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 4 pontos

D. Imitação

Olhe para mim ... Faça o que eu fizer ... Imito o que eu estou a fazer ... Faça isto.

		Registo	Cotação
D.1	Abrir a boca	✓	1 ponto
D.2	Colocar a língua de fora	✓	1 ponto
D.3	Fechar os olhos	✓	1 ponto
D.4	Levantar a mão	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa D Somar as pontuações dos Itens D.1 a D.4 = 4

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 4 pontos

AT-1

Pontuação Total da Tarefa A + Pontuação Total da Tarefa B + Pontuação Total da Tarefa C + Pontuação Total da Tarefa D = 14

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 18 pontos

Prosseguir para a Tarefa E, que está assinalada com uma seta na página 5. Transferir a pontuação do índice AT-1 para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

Conceptualização **CONCEPT**



V. Igualdades e Diferenças

Olhe para estes três desenhos ... Quais são os dois desenhos iguais ... Quais são os mais semelhantes? [Para os cartões 15 a 17, se o sujeito disser "são todos diferentes" deve-se acrescentar:] **São todos diferentes, mas há dois que são mais parecidos.** [Para o cartão 17, demonstra-se a individualidade dos desenhos com o dedo. Apresentar sequencialmente os cartões 10-17 do Caderno de Estímulos.]

	Iguais	Cotação		Iguais	Cotação
V.1 Cartão 10: Triângulos	✓	1 ponto	V.5 Cartão 14: Círculos	✓	1 ponto
V.2 Cartão 11: Linhas verticais	✓	1 ponto	V.6 Cartão 15: Círculo e Oval	✓	1 ponto
V.3 Cartão 12: Círculos grandes	✓	1 ponto	V.7 Cartão 16: Quadrado e Triângulo	X	1 ponto
V.4 Cartão 13: Quadrados	✓	1 ponto	V.8 Cartão 17: Desenhos emparelhados	✓	1 ponto

[Voltar ao cartão 10 e apresentar os cartões 10-17.] Olhe para estes três desenhos ... Diga-me qual destes desenhos é diferente dos outros ... Qual destes desenhos não combina com os outros?

	Iguais	Cotação		Iguais	Cotação
V.9 Cartão 10: Círculo	✓	1 ponto	V.13 Cartão 14: Triângulo	✓	1 ponto
V.10 Cartão 11: Linha horizontal	✓	1 ponto	V.14 Cartão 15: Quadrado	X	1 ponto
V.11 Cartão 12: Círculo pequeno	✓	1 ponto	V.15 Cartão 16: Círculo	✓	1 ponto
V.12 Cartão 13: Círculo	✓	1 ponto	V.16 Cartão 17: Rectângulo sozinho	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa V

Somar as pontuações dos itens V.1 a V.16.

= 14

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 16 pontos

W. Semelhanças

Registar as respostas do indivíduo. Se o indivíduo der uma resposta abstracta e uma resposta concreta, deve-se perguntar: **Qual é a melhor resposta?** Se o sujeito não produzir qualquer resposta válida, deve-se acrescentar: **Em que sentido ... e ... são parecido(s)? O que têm em comum?**

		Cotação	
W.1	De que forma uma maçã e uma banana são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	A maçã é dourada e a banana é verde		
W.2	De que forma um casaco e uma camisa são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	Camisa guarda o calor e o casaco guarda o frio		
W.3	De que forma um barco e um carro são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	O carro anda mais depressa que o barco		
W.4	De que forma uma mesa e uma cadeira são semelhantes? Em que sentido são iguais?	0 pt	1 pt 2 pts
	Uma cadeira para sentar e a mesa para a gente comer		

Pontuação das Semelhanças
Atribuir 2 pontos a uma resposta abstracta.
Atribuir 1 ponto a uma resposta concreta.

Pontuação Total da Tarefa W

Somar as pontuações dos itens W.1 a W.4

= 0

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 8 pontos

Se a Pontuação Total da Tarefa W ≥ 6, pontuar as Tarefas X e Y com 3 pontos cada e a tarefa Z com 8 pontos. Prosseguir para a Tarefa AA, assinalada com uma seta na página 10.

X. Priming do Raciocínio Indutivo

Registrar as respostas do indivíduo.

			Cotação
X.1	Diga três coisas que as pessoas comem.		1 ponto
	RãO	Carne	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		0 pontos
	Alimentos		
Se o indivíduo não conseguir nomear 3 coisas que as pessoas podem comer, ou se a resposta for incorrecta, deve-se oferecer a seguinte ajuda: Uma sandes, uma maça e uma bolacha são coisas que as pessoas comem. Depois deve-se perguntar: Em que sentido uma sandes, uma maça e uma bolacha são parecidas? O que têm em comum?			
Se o indivíduo não responder ou se der uma resposta incorrecta, dizer: Bem, uma sandes, uma maça e uma bolacha são coisas que as pessoas comem.			
X.2	Diga três coisas que as pessoas vestem.		1 ponto
	Camisa	Calças	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		0 pontos
	Peças de Roupa		
Interromper a Tarefa X se o indivíduo não conseguir nomear três coisas que as pessoas podem vestir ou se der uma resposta incorrecta. Prosseguir para a Tarefa Y, assinalada com uma seta na página 10.			
X.3	Diga três veículos que as pessoas usam para se deslocar.		1 ponto
	Cuxboio	Cáreo	
	Depois perguntar: Em que sentido _____ e _____ são parecidos(as) ... O que têm em comum?		
		Transportes	

Pontuação do Priming do Raciocínio Indutivo
Cotar apenas as respostas que não tenham recebido ajudas.

Pontuação Total da Tarefa X

Somar as pontuações dos Itens X.1 a X.3

= **3**

Mínimo = 0 pontos
Máximo = 3 pontos

Y. Diferenças

Vou-lhe dizer três palavras ... Diga-me qual destas palavras não combina com as outras, qual destas palavras é diferente.

		Registo	Cotação
Y.1	cão — gato — <u>carro</u>	✓	1 ponto
Y.2	rapaz — <u>porta</u> — homem	X	1 ponto
Y.3	<u>peixe</u> — carro — comboio	✓	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa Y Somar as pontuações dos itens Y.1 a Y.3 = 3 Mínimo = 0 pontos
Máximo = 3 pontos

Z. Semelhanças – Escolha Múltipla

Se o indivíduo der uma resposta abstracta e uma resposta concreta, deve-se perguntar: **Qual é a melhor resposta?** Cotar essa resposta. Se o indivíduo não conseguir decidir, cotar a última resposta dada.

		Cotação		
		Frutas	Verdes	Animais
Z.1	uma maçã e uma banana... São ambas frutas, são ambas verdes ou são ambas animais?	2 pts	1 pt	0 pts
Z.2	um casaco e uma camisa... São ambas peças de roupa, são ambos feitos de lã ou são ambos frutas?	2 pts	1 pt	0 pts
Z.3	um barco e um carro... São ambos meios de transporte, ambos movem-se ou são ambos peças de roupa?	2 pts	1 pt	0 pts
Z.4	uma mesa e uma cadeira... São ambas peças de mobiliário, são ambas feitas de madeira ou são ambos meios de transporte?	2 pts	1 pt	0 pts

Pontuação Total da Tarefa Z Somar as pontuações dos itens Z.1 a Z.4 = 6 Mínimo = 0 pontos
Máximo = 8 pontos

AA. Evocação Verbal – Leitura de Frases

Apresentar o cartão 18 do Caderno de Estímulos.
Leia esta frase em voz alta [Vou-lhe ler esta frase em voz alta] ... Memorize esta frase porque irei pedir para a repetir mais tarde. Se o indivíduo for analfabeto, o examinador deve ler a frase em voz alta.

Tarefa AA (Não cotar)

AB. Evocação Verbal – Iniciação de Frases

Invente uma frase que tenha estas duas palavras: homem e carro. ... Memorize esta frase porque também irei pedir-lhe para a repetir mais tarde.

Se o indivíduo não conseguir produzir uma frase correcta, deve-se dizer:
Memorize as palavras homem e carro. Registrar a resposta.

O carro não pode andar sem o homem

Pontuação Total da Tarefa AB = 1 Mínimo = 0 pontos
Máximo = 1 ponto

CONCEPT Pontuação Tarefa V + Pontuação Tarefa W + Pontuação Tarefa X + Pontuação Tarefa Y + Pontuação Tarefa Z + Pontuação Tarefa AB = 26 Mínimo = 0 pontos
Máximo = 39 pontos

Prosseguir para a Tarefa AC, que está assinalada com uma seta na página 11. Transferir a pontuação do Índice CONCEPT para o respectivo espaço da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

Memória e Atenção MEM & AT

Por favor responda a estas questões. Registrar as respostas do indivíduo.

		Registo	Cotação
AC. Orientação	AC.1	Que dia da semana é hoje?	1 ponto
	AC.2	Que dia do mês é hoje?	1 ponto
	AC.3	Em que mês é que estamos?	1 ponto
	AC.4	Em que ano é que estamos?	1 ponto
	AC.5	Quem é o Presidente da República?	1 ponto
	AC.6	Quem é o Primeiro-Ministro?	1 ponto
	AC.7	Quem é o Presidente da Câmara (1)?	1 ponto
	AC.8	Como se chama este edifício?	1 ponto
	AC.9	Como se chama esta cidade?	1 ponto

(1) do Município onde o indivíduo reside.

Pontuação Total da Tarefa AC Somar as pontuações dos itens AC.1 a AC.9 = **7** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 9 pontos

AD. Contagem 1 tarefa não aplicável a indivíduos analfabetos

Apresentar o cartão 19 do Caderno de Estímulos (apresentar o cartão na vertical).
Aponte e conte todos os "As".

Pontuação Total da Tarefa AD Respostas correctas—respostas incorrectas = **6** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 6 pontos

AE. Contagem 2 tarefa não aplicável a indivíduos analfabetos

Apresentar o cartão 20 do Caderno de Estímulos (apresentar o cartão na horizontal).
Aponte e conte todos os "As".

Pontuação Total da Tarefa AE Respostas correctas—respostas incorrectas = **4** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 5 pontos

AF. Evocação Verbal – Leitura

Lembra-se da frase que leu [que eu lhe li]? ... Diga-me essa frase. Registe a frase.

Pontuação Total da Tarefa AF O rapaz tem um cão castanho = 4 pontos
Castanho = 1 ponto Rapaz = 1 ponto
Cão = 1 ponto = **0** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AG. Evocação Verbal – Iniciação de Frase

Lembra-se da frase que inventou? ... Diga-me essa frase. Registrar a frase. Se o sujeito não conseguiu pontuar na Tarefa AB deve-se substituir as instruções da Tarefa AG por: Lembra-se que eu lhe pedi para inventar uma frase que tivesse duas palavras? ... Diga-me quais eram essas duas palavras.

O carro não pode andar pelo homem

Pontuação Total da Tarefa AG Frase completa = 3 pontos
Homem = 1 ponto
Carro = 1 ponto = **3** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 3 pontos

MEM-1 Pontuação Total da Tarefa AC + Pontuação Total da Tarefa AF + Pontuação Total da Tarefa AG = **10** Mínimo = 0 pontos Máximo = 16 pontos

AT-2 Pontuação Total da Tarefa AD + Pontuação Total da Tarefa AE = **10** Mínimo = 0 pontos Máximo = 11 pontos

Prosseguir para a Tarefa AH, que está assinalada com uma seta na página 12. Transferir a pontuação dos índices MEM-1 e AT-2 para os respectivos espaços da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

AH. Reconhecimento Verbal – Apresentação Não cotar se o indivíduo for analfabeto.

Apresentar o cartão 21 do Caderno de Estímulos.
 Leia [Vou-lhe ler] esta lista de palavras em voz alta quatro vezes para que possa memorizar cada palavra.

		Registo	Cotação		Registo	Cotação
AH.1	1ª leitura correcta	✓	1 ponto	AH.3	3ª leitura correcta	1 ponto
AH.2	2ª leitura correcta	✓	1 ponto	AH.4	4ª leitura correcta	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AH Somar as pontuações dos itens AH.1 a AH.4 = **4** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AI. Reconhecimento Verbal

Vou-lhe mostrar [Vou-lhe ler] algumas palavras, duas de cada vez ... Para cada par de palavras, escolha aquela que estava na lista que acabou de ler. [Qual destas palavras li antes?]
 Apresentar os cartões 22 a 26 do Caderno de Estímulos, um de cada vez.

		Registo	Cotação		Registo	Cotação
AI.1	Noite — Casa	✓	1 ponto	AI.4	Máquina — Tarde	1 ponto
AI.2	Metro — Plania	✓	1 ponto	AI.5	Fogo — Leite	1 ponto
AI.3	Terra — Abrir	✓	1 ponto			

Pontuação Total da Tarefa AI Somar as pontuações dos itens AI.1 a AI.5 = **5** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 5 pontos

AJ. Correspondência Visual

Apresentar os cartões 27 e 28 do Caderno de Estímulos.
 Os desenhos neste cartão [apontar para o cartão 28] são exactamente iguais aos desenhos deste cartão [apontar para cartão 27] ... Quando eu apontar para um desenho no meu cartão, deve apontar para o mesmo desenho no seu cartão ... Agora, qual destes desenhos é igual a este? [Apontar para o desenho na parte superior esquerda do cartão 27, do ponto de vista do indivíduo.]

		Registo	Cotação		Registo	Cotação
AJ.1	1ª apresentação dos desenhos	✓	1 ponto	AJ.3	3ª apresentação dos desenhos	1 ponto
AJ.2	2ª apresentação dos desenhos	✓	1 ponto	AJ.4	4ª apresentação dos desenhos	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AJ Somar as pontuações dos itens AJ.1 a AJ.4 = **4** **AT** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

AK. Memória Visual

Vou-lhe mostrar alguns desenhos, dois de cada vez ... Para cada par de desenhos escolha com qual dos desenhos temos trabalhado ... Qual destes desenhos viu antes?
 Apresentar os cartões 29 a 32 do Caderno de Estímulos, um de cada vez.

		Registo	Cotação		Registo	Cotação
AK.1	à direita do examinador	✓	1 ponto	AK.3	à esquerda do examinador	1 ponto
AK.2	à esquerda do examinador	✓	1 ponto	AK.4	à direita do examinador	1 ponto

Pontuação Total da Tarefa AK Somar as pontuações dos itens AK.1 a AK.4 = **4** **MEM** Mínimo = 0 pontos Máximo = 4 pontos

MEM-2 Pontuação Total da Tarefa AI + Pontuação Total da Tarefa AK = **9** Mínimo = 0 pontos Máximo = 9 pontos

AT-3 Pontuação Total da Tarefa AH + Pontuação Total da Tarefa AJ = **8** Mínimo = 0 pontos Máximo = 8 pontos

Transferir a pontuação dos índices MEM-2 e AT-3 para os respectivos espaços da tabela Resumo de Resultados na página Perfil Individual de Resultados.

ANEXO P

- Exemplo de Exercícios para a Senhora L. -

Exemplo de tarefas que podem ser realizadas no domicílio da senhora L.

- Diariamente dizer dia / mês / ano / dia da semana / estação do ano / horas (para estimular a orientação temporal e espacial);
- Leitura de livros, jornais ou revistas e tentar reproduzir a informação lida (para estimular a capacidade de leitura, atenção e memória de trabalho);
- Comentar/discutir as notícias lidas/ouvidas com os restantes membros da família (estimular a linguagem e a capacidade de comunicação);
- Realizar pequenos exercícios, se possível com ajuda de familiares, como a sopa de letras, as palavras cruzadas ou ver diferenças entre imagens (para estimular concentração e a atenção);
- Estar presente quando se está a confeccionar o almoço ou jantar, ajudando a pessoa que cozinha com a ordem de preparação dos alimentos e os passos a seguir para confeccionar o prato estipulado (para estimular o funcionamento executivo, nomeadamente a capacidade de planeamento).