



Relatório de Estágio

Maria Inês Ramalho de Azevedo

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, março de 2021

Relatório de Estágio

Maria Inês Ramalho de Azevedo

Supervisão: Professora Doutora Maria Emília Areias

Relatório de Estágio Curricular integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, março de 2021

Declaração de integridade

Maria Inês Ramalho de Azevedo, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

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

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

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Emília Areias que me acompanhou nesta etapa desde o início, pela supervisão, apoio e motivação nos momentos mais difíceis.

Ao Professor Doutor Bruno Peixoto, pelo apoio e conselhos que foram importantes no meu percurso.

À minha orientadora do local de estágio por toda a compreensão e orientação desde o primeiro dia no Hospital.

A todos os restantes profissionais do Hospital, pelo acolhimento no serviço e por toda a disponibilidade ao longo do estágio.

Aos pacientes do Hospital, por me permitirem desenvolver competências e crescer enquanto pessoa e profissional.

À minha família e amigos, por todo o carinho, apoio incondicional e encorajamento nos momentos de maior insegurança e angústia.

Um muito obrigada a todos aqueles que estiveram presentes e que de alguma forma me apoiaram durante este percurso.

If you want to walk fast, walk alone. But if you want to walk far, walk together.

Ratan Tata

Lista de abreviaturas e siglas

ACE-III – Addenbrooke’s Cognitive Examination

AP – Avaliação Psicológica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BADS – Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

COVID-19 – Doença por Coronavírus 2019

DSM-5 – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição*

ECG – Escala de Coma de Glasgow

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GDS – Escala Geriátrica de Depressão

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

IFS – INECO Frontal Screening

IUCS – Instituto Superior de Ciências da Saúde

M1 – *MedicineOne*

M-ACE – Mini-Addenbrooke’s Cognitive Examination

MMSE – Mini Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

PEC – Programação de Estimulação Cognitiva

PII – Plano Individual de Intervenção

PNC – Perturbação Neurocognitiva

PS – Psicologia da Saúde

RC – Reabilitação Cognitiva

RNCCI ou Rede – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TC-CE – Tomografia Computorizada Cranioencefálica

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TMT – Trail Making Test

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMA – Unidades Maço Ano

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Caracterização do contexto institucional	2
1. O Hospital	2
2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	2
2.1. Breve caracterização da RNCCI.....	2
2.2. O Hospital na RNCCI.....	4
3. O papel do psicólogo em contexto hospitalar	6
3.1. O papel do psicólogo na instituição	8
Capítulo II – Descrição das atividades de estágio	9
1. Reuniões de orientação e supervisão	9
2. Integração e observação	9
3. Avaliação psicológica.....	10
4. Acompanhamento psicológico individual.....	14
5. Dinamização de atividades em grupo	21
5.1. Programa de Estimulação Cognitiva.....	22
6. Outras atividades	24
6.1. Redação de publicações para as redes sociais do Hospital.....	24
6.2. Acompanhamento de alunos angolanos da CESPUB	25
6.3. Elaboração de prendas de Natal.....	25
Capítulo III – Estudo de Caso	26
1. Identificação	26
2. Motivo.....	26
3. História de vida	27
4. História clínica	28
5. Avaliação neuropsicológica.....	30
6. Interpretação conjunta dos resultados.....	33
7. Hipótese diagnóstica	42
8. Recomendações de intervenção	44
9. Reflexão sobre o estudo de caso	45
Reflexão final	47
Referências bibliográficas	49
ANEXOS	60

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde (IUCS), realizado no ano letivo de 2019/2020. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de um Hospital, sob supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias e a orientação da psicóloga do local de estágio.

O estágio curricular visou o contacto real com o exercício da Psicologia em contexto dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), através do desenvolvimento de diversas atividades que pretendiam colocar em prática os conhecimentos obtidos ao longo do percurso académico, bem como adquirir competências fundamentais para o exercício profissional futuro. O horário semanal foi definido na primeira reunião com a orientadora do local de estágio, tendo sido ajustado às necessidades do serviço sempre que necessário. O estágio teve início a 25 de setembro de 2019 e, devido à doença por coronavírus 2019 (COVID-19), a sua componente presencial foi interrompida a 5 de março de 2020. Desse modo, acabou por não ser possível implementar em tempo útil todas as atividades que foram pensadas.

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos: o primeiro pretende dar a conhecer a instituição em que decorreu o estágio e o papel que o psicólogo desempenha no mesmo; o segundo capítulo foca-se especificamente nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio; e no terceiro e último capítulo é descrito um estudo de caso. No final é apresentada uma reflexão crítica da experiência de estágio que tive oportunidade de vivenciar ao longo do ano letivo.

Capítulo I – Caracterização do contexto institucional

1. O Hospital

O Hospital onde decorreu o estágio situa-se no centro da respetiva cidade e foi inaugurado em 1966. Em 1977 foi nacionalizado pelo Estado e funcionou como instituição pública até novembro de 2001, tendo sido desativado no final do mesmo ano devido ao surgimento de outro hospital público nas proximidades. Mais tarde sofreu uma remodelação e ampliação, reiniciando a sua atividade no ano de 2008 em âmbito privado.

A missão desta instituição caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde com qualidade e excelência, tanto a nível técnico como da equipa de profissionais, nas vertentes institucional, ambulatória e domiciliária em que a sua atividade é exercida. Esta, por sua vez, pauta-se pelo bem-estar e respeito pelos pacientes e pela competência e inovação na prestação do serviço. A sua atividade abrange uma população superior a 200.000 habitantes que inclui os concelhos circundantes, devido à inexistência nas proximidades de uma instituição que possua uma oferta de serviços e de qualidade semelhante à deste Hospital.

Além de oferecer diversas especialidades médicas e não médicas, este Hospital agrega uma UCCI onde teve lugar o estágio curricular, estando inserido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede).

2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

2.1. Breve caracterização da RNCCI

A RNCCI foi criada pelo Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a partir de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social de então (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). A sua implementação foi motivada pelas novas realidades/padrões demográficos, epidemiológicos e sociais observados em Portugal (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2009; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2013). Com efeito, nos últimos anos tem-se assistido a um progressivo envelhecimento da população portuguesa, sendo Portugal um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos (UMCCI, 2013). Além disso, o perfil de patologias tem sofrido alterações, nomeadamente ao nível da evolução para doenças crónicas e degenerativas, decorrente de uma maior longevidade, como também de um número superior de sobreviventes de acidentes que sofrem sequelas (ACS, 2009). Ao nível do tecido social, tem-se observado

uma mudança do perfil das famílias, caracterizado por um crescimento de formas atípicas de organização familiar, existindo um maior número de pessoas sem suporte adequado a nível familiar ou social (ACS, 2009; UMCCI, 2013). Destas alterações sociológicas decorre, por exemplo, um maior número de pessoas com idade avançada que vivem sozinhas. Surgem, assim, novas necessidades de cuidados na saúde e de apoio social (ACS, 2009; UMCCI, 2013).

A estes fatores motivacionais acrescenta-se ainda o paradigma de doença aguda e a filosofia de prevenção em que estava assente o sistema de saúde, bem como a escassa cobertura, a nível nacional, dos serviços de CCI e a ausência de uma política integrada do sistema de Saúde e da Segurança Social para dar resposta a ambas as necessidades (UMCCI, 2009). Para colmatar esta lacuna existente há décadas no território nacional, foi então criada a RNCCI que consiste numa resposta integrada da saúde e da segurança social e em rede, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas (ACS, 2009). A sua missão caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma integrada e continuada, a pessoas que se encontrem em situação de dependência, com compromisso do seu estado de saúde ou em situação de doença terminal, independentemente da sua idade (UMCCI, 2009). Esta prestação de cuidados está centrada no doente (UMCCI, 2013) e foca-se na sua recuperação global, procurando melhorar a sua funcionalidade e a sua autonomia no âmbito da situação de dependência em que se encontra, através de uma intervenção baseada no princípio dos 3 R's: a Reabilitação, a Readaptação e a Reinserção (familiar e social) da pessoa (UMCCI, 2011).

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada através de quatro tipologias de resposta: (1) Unidades de internamento, da qual fazem parte a Unidade de Convalescença, a Unidade de Média Duração e Reabilitação, a Unidade de Longa Duração e Manutenção e a Unidade de Cuidados Paliativos; (2) Unidades de ambulatório, que inclui a Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia; (3) Equipas hospitalares, que integram Equipas de Gestão de Altas e Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos; e (4) Equipas domiciliárias, que agregam a Equipa de CCI e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Todas estas tipologias de cuidados abrangem equipas multidisciplinares que, através de uma perspetiva holística e multidimensional das necessidades dos pacientes, garantem a definição e o desenvolvimento de um plano de cuidados ajustado às especificidades de cada um (UMCCI, 2009). Assim, este leque de cuidados oferece um conjunto variado de respostas que permitem uma adequação às necessidades e perfis distintos de cada doente, possibilitando uma cobertura ajustada e passível de ser adaptada no tempo (UMCCI, 2013).

A coordenação da Rede é operacionalizada a nível territorial regional e local pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) e Locais (ECL), respetivamente. A nível nacional, é

assegurada pela Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados desde janeiro de 2019 (Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS], 2019).

Os pacientes que apresentem necessidade de CCI podem aceder à Rede a partir de um Hospital do Sistema Nacional de Saúde ou de um Centro de Saúde, através da referenciação à ECL da sua área de residência pela Equipa de Gestão de Altas do hospital onde se encontra internado ou pelas Equipas Referenciadoras dos cuidados de saúde primários, respetivamente (UMCCI, 2009). Tendo em vista a prestação de cuidados adaptados às necessidades da pessoa, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado, é possível a mobilidade do doente dentro da própria Rede, podendo ser transferido para uma tipologia de resposta mais adequada ou para uma unidade mais próxima da sua área de residência (UMCCI, 2011).

Em suma, a criação de respostas adequadas pela RNCCI permitiu uma mudança de paradigma e concomitantemente a modernização do sistema de saúde e segurança social, evoluindo do modelo clássico de cuidado dos doentes – o modelo biomédico tradicional, cujo foco incidia unicamente na alteração biológica e na doença – para um modelo de cuidados holístico e com uma filosofia biopsicossocial, que integra não só os cuidados médicos assentes nos diagnósticos das doenças, mas também o cuidado com as funções físicas respeitantes à vida diária, cognitivas e emocionais e os cuidados sociais, incluindo o contexto familiar (UMCCI, 2013).

2.2. O Hospital na RNCCI

As unidades de internamento de CCI disponibilizadas pelo Hospital são a Unidade de Convalescência (UC) e a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR). Ambas estão situadas em pisos distintos e consecutivos. Os pacientes são alocados em quartos duplos consoante o sexo, não havendo quartos mistos, ou então ao quarto individual existente em cada piso. Frequentemente é necessária a reorganização da distribuição dos doentes por quarto quando um novo ingressa. Por vezes, é necessário colocar os pacientes em isolamento devido, por exemplo, a uma bactéria (o que frequentemente se observa). Para além dos quartos, cada uma das unidades integra uma sala de estar, onde os doentes podem ver televisão, fazer as refeições e realizar atividades em grupo (e.g., jogar cartas ou xadrez).

A UC tem como finalidade prestar tratamento e supervisão clínica, de forma continuada e intensiva, bem como cuidados clínicos de reabilitação, a pessoas que se encontram em fase de recuperação de situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de um processo crónico e que apresentam um potencial de reabilitação elevado, com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Para admissão

nesta tipologia, o doente deve encontrar-se na situação de perda transitória de autonomia descrita anteriormente e apresentar alguma das condições seguintes: (a) necessitar de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; (b) necessitar de administração de terapêutica, com supervisão continuada; (c) apresentar algum destes síndromes, com potencial de recuperação a curto prazo: desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial, compromisso da eficiência da locomoção, confusão ou depressão; (d) ter doença crónica, com risco iminente de descompensação; (e) ter indicação para frequentar um programa de reabilitação física com previsibilidade até 30 dias; (f) apresentar síndrome de imobilização (UMCCI, 2011). Esta unidade é suportada exclusivamente pelo Ministério da Saúde, não sendo cobrado nenhum valor ao doente pelos dias em internamento (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

A UMDR pode coexistir simultaneamente com a UC e visa prestar cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável devido a situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de um processo patológico crónico, com previsibilidade de internamento superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Para ingressar nesta unidade, é necessário que a pessoa se encontre na situação de dependência referida e que preencha pelo menos um destes critérios de referenciação específicos: (a) necessidade de cuidados médicos diários e cuidados de enfermagem permanentes; (b) ter algum destes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: desnutrição, compromisso da eficiência da locomoção, confusão ou depressão; (c) possuir indicação para integrar um programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias; (d) ter síndrome de imobilização (UMCCI, 2011). No processo de admissão em unidades que incluem a componente de apoio social, como a UMDR, o doente deverá pagar o valor dos encargos decorrentes da prestação desse apoio, havendo comparticipação da segurança social em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar (UMCCI, 2009).

Aos doentes em internamento na UCCI do Hospital são assegurados, sob a direção de um médico: cuidados médicos e de enfermagem permanentes; prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial; cuidados de higiene, alimentação e conforto; e ainda o convívio e o lazer (tal como consta no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Estes são prestados por uma equipa multidisciplinar que opera em ambas as unidades, constituída por um médico, uma equipa de enfermagem, uma equipa de fisioterapia, uma assistente social, uma psicóloga clínica, uma nutricionista e uma terapeuta da fala. O trabalho em equipa por profissionais com perfis distintos permite uma intervenção holística, garantindo a prestação de cuidados ajustados às diversas necessidades do doente (UMCCI, 2013). Deste modo, a equipa realiza reuniões semanais às terças-feiras para apresentar casos clínicos, propor

um plano de intervenção adequado a cada doente e discutir a situação atual de cada um deles em termos da sua evolução e prognóstico.

Para além das reuniões semanais, a equipa multidisciplinar da UCCI reúne ainda com a ECL, que realiza visitas de acompanhamento trimestrais à unidade. A ECL efetiva a coordenação da Rede a nível local e, em articulação com a respetiva ECR, assegura a gestão dos recursos e a monitorização e avaliação das equipas e unidades da RNCCI da sua área de influência. As visitas de acompanhamento pela ECL visam assim garantir a eficácia e eficiência dos serviços prestados, a satisfação dos doentes e a implementação de melhorias contínuas, contribuindo dessa forma para o cumprimento da missão e dos objetivos da Rede (UMCCI, 2009).

No que respeita ao processo de ingresso nesta UCCI, é feito um acolhimento inicial ao doente que passa por dar-lhe as boas-vindas, apresentar a equipa de profissionais e os serviços/cuidados prestados na unidade e explicar as regras gerais de funcionamento da mesma, bem como os horários e rotinas. É realizada ainda uma avaliação inicial pela equipa multidisciplinar nas vertentes física, psicológica e social, com recurso a instrumentos estandardizados. A partir desta primeira avaliação é feito um diagnóstico das necessidades do paciente, bem como os seus recursos e limitações, culminando num Plano Individual de Intervenção (PII). O PII estabelece os objetivos possíveis a atingir, tendo em conta as necessidades que foram identificadas, e a intervenção multidisciplinar daí decorrente, devendo ser permanentemente atualizado (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Cada paciente tem um processo individual de cuidados em formato físico e no software de gestão clínica *MedicineOne* (ou M1), utilizado nesta UCCI. Neste processo consta o registo da sua admissão, o PII, o registo de avaliação semanal e informações sobre a alta, sendo permanentemente atualizado. As informações sobre o doente são também inseridas na plataforma da RNCCI e são constantemente atualizadas.

3. O papel do psicólogo em contexto hospitalar

As mudanças sociais, decorrentes da evolução e da industrialização, trouxeram grandes alterações aos sistemas tradicionais de suporte familiar e social e causaram o aparecimento de fatores de stress social com um impacto significativo sobre a saúde das pessoas e dos grupos (Carvalho Teixeira, 2002). Para além disso, o modelo biomédico tornou-se insuficiente para dar resposta a problemas de saúde relacionados com o comportamento e surgiu a necessidade da adoção de um modelo que integre simultaneamente as componentes biológica, psicológica e social, dando origem à abordagem biopsicossocial da saúde (Carvalho Teixeira, 2002;

Friedman, 2011). Estes fatores contribuíram para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde (PS), que procura assim compreender a forma como os fatores biológicos, psicológico-comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença (Carvalho Teixeira, 2002, 2004). Deste modo, a PS visa a promoção e a manutenção da saúde e a prevenção e o tratamento da doença, contribuindo para o bem-estar dos indivíduos (Carvalho Teixeira, 2002, 2004). A PS possibilitou, pois, uma maior abrangência da Psicologia face a duas áreas até então pouco consideradas: a saúde como uma dimensão distinta das doenças e as doenças físicas como matéria diferente das doenças mentais, às quais se limitava a Psicologia até então (Alves, 2011).

A intervenção de psicólogos na área da saúde reveste-se de pertinência pela sua contribuição na melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos doentes, bem como na diminuição do número de internamentos hospitalares, na redução da utilização de medicamentos e na utilização dos serviços e recursos de saúde de modo mais adequado (American Psychological Association [APA], 2004). A integração destes profissionais nos diferentes níveis de cuidados, seja nos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados integrados, oferece maior diferenciação técnico-científica, maior eficácia às intervenções e maior exigência e rigor, culminando na melhoria dos serviços prestados aos doentes e em ganhos na saúde (Despacho n.º 11347-2017). A intervenção dos psicólogos é ainda transversal em relação a todas as especialidades médicas, devido à relevância dos fatores comportamentais na avaliação, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação da maior parte dos problemas de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. [ACSS], 2017).

Em Centros de Saúde e Hospitais, a intervenção da PS deve ser operacionalizada a 3 níveis: intervenção com os doentes, intervenção com os técnicos e intervenção na organização (Trindade & Carvalho Teixeira, 2002). Nestes contextos, o psicólogo da saúde realiza uma diversidade de atividades, incluindo: (1) consulta psicológica, que abrange a avaliação e intervenção psicológicas; (2) consultoria a profissionais de outras especialidades em relação a um doente ou a propósito da aplicação de métodos que facilitem a informação sobre saúde e melhorias na adaptação ao diagnóstico e adesão ao tratamento; (3) intervenção psicológica em contexto de internamento, incluindo a doentes com internamento prolongado, doentes com patologia crónica, baixa adesão/incumprimento do plano terapêutico, doença terminal ou com impacto funcional significativo, doentes com doença psiquiátrica, doentes em situação de disfuncionalidade familiar e maus-tratos e ainda a familiares e cuidadores (ACSS, 2017). Seguindo uma filosofia biopsicossocial, os profissionais de Psicologia nos hospitais trabalham em articulação com outros profissionais e serviços hospitalares, tendo em vista uma abordagem multidisciplinar, desde a avaliação até ao planeamento e a prestação dos cuidados, centrada no paciente (ACSS, 2017; Carvalho Teixeira, 2004; Despacho n.º 11347-2017).

3.1. O papel do psicólogo na instituição

Na UCCI do Hospital onde decorreu o estágio, o psicólogo, integrado na equipa multidisciplinar, desenvolve um conjunto de atividades importantes para o bem-estar e a reabilitação do doente em internamento, incluindo: avaliação psicológica, com recurso à observação, entrevista e instrumentos psicométricos, visando recolher informação sobre o paciente e o seu estado psicoemocional, história passada e problemas atuais, contexto familiar e sociocultural, perceções e crenças sobre a doença e o tratamento e ainda sobre o seu funcionamento cognitivo; intervenção psicológica, guiada pela informação coletada previamente na avaliação, com ênfase na educação para a saúde, mudança de comportamentos, gestão emocional e melhoria do estado de humor, ajustamento de expectativas e adaptação à doença, reforço motivacional e promoção do envolvimento do doente no seu processo de reabilitação, estimulação cognitiva individual e/ou em grupo e promoção da relação entre paciente e profissionais de saúde. Tendo em consideração a importância do envolvimento da família/cuidadores no processo de recuperação do doente, o psicólogo atua também junto destes de modo a: recolher informação complementar sobre a história de vida do doente; identificar o nível de conhecimento sobre o seu estado atual e eventualmente comunicar informação pertinente; oferecer orientações/estratégias de atuação; promover a relação entre familiares/cuidadores, doente e equipa multidisciplinar; e prestar apoio psicológico, caso seja necessário.

Tal como supramencionado, o psicólogo, integrado numa equipa, desenvolve um trabalho conjunto e multidisciplinar que permite uma abordagem integrada e holística dos cuidados prestados, revertendo numa intervenção mais adequada à realidade idiossincrática dos doentes. Para isso, a equipa reúne semanalmente para abordar a situação concreta de cada paciente e traçar uma proposta de intervenção multidimensional e ajustada às suas potencialidades e limitações. O psicólogo procura também potenciar a atuação dos outros técnicos e das auxiliares e contribuir para a melhoria das relações interprofissionais e entre os profissionais e os doentes. Neste sentido, uma das funções inerentes ao psicólogo na instituição é a de implementar ações de formação que abordem estes aspetos.

Em suma, nesta instituição o psicólogo desempenha um papel importante na promoção e manutenção da saúde dos pacientes a todos os níveis, e na prevenção e no tratamento da doença. Constitui-se assim como elemento fundamental nesta UCCI, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a humanização do serviço.

Capítulo II – Descrição das atividades de estágio

1. Reuniões de orientação e supervisão

A orientação no local de estágio esteve a cargo da psicóloga institucional, sendo realizada diariamente através da partilha de experiências e conselhos/dicas, do esclarecimento de dúvidas e da discussão de casos e atividades.

Além da orientação local, houve também a supervisão do estágio por parte da Professora Doutora Maria Emília Areias. As reuniões de supervisão realizaram-se nas instalações do IUCS e em conjunto com outros colegas estagiários, com uma periodicidade variável de acordo com as necessidades dos alunos. Devido ao COVID-19, a partir de março as reuniões passaram a ser realizadas por videoconferência via Zoom. Nestas reuniões, os estagiários abordavam a sua experiência de estágio e as principais dificuldades que sentiam e, em conjunto, procuravam-se soluções para ultrapassar essas mesmas dificuldades. Além disso, as reuniões possibilitavam também a apresentação de casos clínicos e a discussão de possíveis abordagens para a sua avaliação e intervenção. Foi-nos ainda fornecido material de apoio relevante pela supervisora.

Tanto a orientação como a supervisão revelaram-se úteis e importantes no decorrer do estágio, permitindo a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades, fomentando a capacidade de pensamento crítico e o desenvolvimento de competências importantes a nível profissional e pessoal, que se traduzirão positivamente no meu desempenho futuro.

2. Integração e observação

Antes de dar início ao estágio, tive uma primeira reunião com a psicóloga/orientadora institucional, na qual me foi explicada a atividade que iria desenvolver no local ficando aí também definido o horário semanal de estágio. O estágio curricular propriamente dito teve início com a visita às instalações da UCCI, acompanhada pela orientadora, para conhecer o espaço físico, a equipa de profissionais e o funcionamento da unidade. Os primeiros dias consistiram na leitura de documentos relevantes, nomeadamente relativos à RNCCI e à prática da psicologia relacionada com este contexto. Nesta fase inicial, foi-me ainda explicado pela orientadora a organização dos processos individuais dos doentes, tanto em papel como em formato digital no M1, bem como os procedimentos relativos à admissão e acompanhamento dos doentes e o protocolo de avaliação psicológica. Além disso, foram-me dadas a conhecer algumas patologias que tendem a surgir neste contexto, como o acidente vascular cerebral

(AVC), traumatismo cranioencefálico (TCE), sépsis, síndrome de imobilização e fratura devido a queda. Após fazer uma pesquisa sobre as mesmas, consegui compreender melhor em que consistem e as sequelas a nível físico, cognitivo e emocional que estes doentes podem apresentar.

Ainda neste período inicial de adaptação, tive a oportunidade de observar a atuação da psicóloga/orientadora e dos estagiários profissionais junto dos pacientes. Esta observação possibilitou compreender melhor na prática os procedimentos que haviam sido referidos pela orientadora e a aprendizagem de diversos aspetos essenciais para a minha atividade enquanto estagiária: a entrevista semiestruturada, com recurso à ficha de psicologia clínica, para recolha da anamnese aquando da admissão do doente; o acompanhamento individual; a administração das provas que faziam parte do protocolo e de outros testes relevantes; o registo da admissão, que deve conter alguns elementos específicos, e o registo do acompanhamento individual; a dinamização de atividades de grupo com os doentes; e sobretudo a interação com os pacientes e o modo de atuação junto deles.

Esta fase consistiu assim num processo de conhecimento do contexto e das especificidades que iria encontrar no estágio, o que contribuiu bastante para a minha integração no trabalho a desenvolver.

3. Avaliação psicológica

A avaliação psicológica (AP) visa, tal como a própria designação assim o indica, avaliar um indivíduo, inserido numa determinada situação-problema, de modo a recolher informação para dar resposta a questões específicas e auxiliar na tomada de decisão face ao problema (Groth-Marnat, 2003). Para a recolha da informação, o psicólogo pode recorrer a diferentes técnicas como a entrevista, a observação, a administração de testes psicológicos tradicionais e a avaliação neuropsicológica (Groth-Marnat, 2003). A avaliação neuropsicológica, inserida na AP, incide essencialmente no funcionamento cerebral e nas funções cognitivas (Harvey, 2012; Lezak et al., 2012). Assim, a AP é muito mais do que a mera aplicação e cotação de testes psicológicos, consistindo estes num método de recolha de informação que ajuda a gerar hipóteses. O psicólogo desempenha aqui um papel de *expert* no comportamento humano que lida com processos complexos e integra a informação recolhida, incluindo as pontuações em testes psicométricos, numa descrição coerente e completa do indivíduo que considera a sua história pessoal e os seus contextos de vida. Por sua vez, esta descrição visa auxiliar na resposta

a questões específicas e na tomada de decisão para a resolução do problema em questão (Groth-Marnat, 2003).

A AP, em sentido lato, serve diferentes objetivos, incluindo o diagnóstico e a monitorização da evolução da doença (e.g., doenças neurodegenerativas), o planeamento do tratamento e da reabilitação, bem como a avaliação da recuperação do doente e da eficácia do tratamento, e eventualmente o seu reajustamento (Harvey, 2012; Lezak et al., 2012; Simões, 2012).

Na minha prática, após um pequeno período de observação, comecei a implementar processos de AP dos doentes com a supervisão da psicóloga e/ou dos estagiários profissionais.

Quando um doente ingressava na UCCI, era realizada uma AP tendo por base o protocolo de avaliação em vigor nesta instituição. A AP iniciava-se com uma entrevista com recurso à Ficha de Psicologia Clínica da unidade (Anexo A) que continha tópicos importantes a abordar. A entrevista visa recolher informação sobre o paciente e estabelecer uma relação com ele, que facilite também a própria obtenção da informação, bem como desenvolver uma maior compreensão no entrevistador e no paciente sobre o problema/comportamento problemático e fornecer orientação e apoio ao paciente para o ajudar a lidar com o mesmo (Groth-Marnat, 2003). A qualidade do relacionamento profissional produz impacto na avaliação e é, por isso, fundamental que o profissional reconheça possíveis influências que possa exercer no doente e procure otimizar o nível do relacionamento (Groth-Marnat, 2003).

Esta entrevista inicial realizada aquando da admissão do doente era semiestruturada e guiada pelas orientações da referida Ficha para a focagem em determinados tópicos e a diminuição da variância da informação, mas ao mesmo tempo possuía um certo grau de flexibilidade que viabilizava a exploração de outras questões relevantes que surgissem. Pretendia-se uma anamnese do paciente não muito exaustiva: dados pessoais e familiares, rede de suporte social, dados clínicos, consciência face ao estado clínico e nível de ajustamento ao mesmo, para além das expectativas e nível de motivação relativamente ao processo de reabilitação físico-funcional. Além da informação expressa pelo paciente, a entrevista permitia também a observação e a recolha de informação relativa ao seu comportamento não-verbal e à mímica (incluindo a sua expressão e o contacto ocular). Sempre que possível, o processo individual do doente era consultado antes da entrevista para tomar conhecimento da sua informação clínica e de outros registos médicos e psicossociais existentes, possibilitando desse modo a abordagem de aspetos que fossem relevantes na entrevista. Após esta etapa, eram administrados dois instrumentos psicométricos que integravam o protocolo de avaliação inicial da UCCI: o Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975; versão portuguesa: Guerreiro et al., 1994) para a avaliação global do funcionamento cognitivo e o Hospital Anxiety

and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007) para avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e depressão dos doentes em internamento. No decorrer do estágio foi-me proposto pela orientadora local experimentar a aplicação do Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination (M-ACE; Hsieh et al., 2015; versão portuguesa: Peixoto et al., 2019) na admissão dos pacientes em substituição do MMSE, dado ser um instrumento breve e com boas qualidades psicométricas que é útil no *screening* em contexto de demência (Peixoto et al., 2019). Devo referir que a aplicação dos testes na admissão dos doentes nem sempre era possível, pois muitas vezes estes encontravam-se num estado emocional bastante fragilizado à chegada à unidade e era necessário no imediato prestar apoio psicológico visando a melhoria ou estabilização do seu estado emocional.

Após a administração das provas, era realizada a cotação e interpretação das mesmas e o registo de admissão do doente, que integrava toda a informação recolhida. Devo salientar que os dados do paciente obtidos através da entrevista fornecem um contexto para a compreensão dos seus problemas atuais, possibilitando a atribuição de significado aos resultados dos testes. Aliás, em muitos casos a história de vida acaba mesmo por desempenhar um papel bastante significativo na realização de previsões e na avaliação da gravidade da sua condição do que as suas pontuações nos testes (Groth-Marnat, 2003). No registo de admissão do doente deviam constar alguns elementos específicos, designadamente: nome, idade, estado civil, localidade, proveniência (e.g., de um outro hospital ou da comunidade), diagnóstico principal e antecedentes médicos, consciência e orientação na dimensão da pessoa, tempo e espaço, funcionamento cognitivo (existência ou não de défices), estado psicoemocional, nível de colaboração durante a avaliação e também de motivação para o seu processo de reabilitação. Este registo era posteriormente enviado à orientadora que o inseria no programa M1 e na plataforma da RNCCI. Uma vez que o registo ficava disponível em plataforma comum para a equipa multidisciplinar, era importante que contivesse linguagem clara e simples para ser compreensível por todos os profissionais. Dessa forma, a AP possibilitava o conhecimento e a compreensão da situação do paciente pela equipa e a manutenção de objetivos comuns entre os diferentes profissionais (Lezak et al., 2012). Por vezes após a avaliação inicial ao doente, era pertinente realizar uma avaliação mais abrangente do seu funcionamento cognitivo tendo em vista a compreensão e a intervenção sobre o mesmo e, para isso, foi utilizado frequentemente o Addenbrooke's Cognitive Examination-III (ACE-III; Hsieh et al., 2013; versão portuguesa: Machado et al., 2015) que permite obter um quadro geral do funcionamento cognitivo.

Durante o período de estágio presencial participei em inúmeros processos de avaliação: uns, de acordo com a periodicidade definida pela RNCCI para o registo na respetiva plataforma por parte da equipa multidisciplinar, implicando os dados da admissão do paciente, bem como

a permanente atualização do seu processo de cuidados; e ainda outros processos decorrentes das necessidades manifestadas pelo paciente após a sua avaliação inicial.

Os diagnósticos principais nos doentes admitidos na UCCI incluíam condições médicas do foro neurológico, cardíaco, ortopédico, gastrointestinal, endócrino, infeccioso, e dermatológico. A patologia mais frequente era o AVC, particularmente o isquémico, seguido pela fratura de ossos, na qual a trocantérica era a mais comum e era frequentemente causada por queda. A maior incidência de morbidade por AVC não é surpreendente, tendo em conta que este continua a ser a principal causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2016). Mais de dois terços dos doentes ficam com sequelas após o AVC, sendo que o tipo e gravidade das mesmas pode variar em função da localização e extensão iniciais no cérebro e do intervalo de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a implementação da terapia na fase aguda. As sequelas, algumas sendo reversíveis e outras permanentes, têm sempre impacto na qualidade de vida dos doentes e podem limitar a sua participação na vida pessoal, familiar, social e profissional (SPAVC, 2016).

Em termos de funcionamento cognitivo, uma grande parte dos doentes apresentava desorientação alopsíquica. Muitos deles eram provenientes de outros hospitais e, por isso, encontravam-se em internamento há vários meses, o que é normal, dado geralmente os doentes idosos necessitarem de um período superior de recuperação e reabilitação do que os doentes mais novos (Berg et al., 2005). Este internamento prolongado é passível de contribuir para a desorientação exibida, dada a ausência de pistas sociais e ambientais associada à hospitalização prolongada (O’Keeffe et al., 2011). Observou-se também uma grande prevalência de deterioração cognitiva, o que não é surpreendente tendo em conta que o envelhecimento *per se* é acompanhado de alterações cerebrais e do declínio de algumas funções cognitivas (Lezak et al., 2012). Este, por sua vez, é passível de ser agravado por alguns fatores, como a maior prevalência de doenças sistémicas com o avançar da idade (e.g., diabetes, hipertensão, doença cerebrovascular), os efeitos da medicação e as perdas ao nível sensorial (Lezak et al., 2012; Tranel et al., 1997), bem como a sintomatologia depressiva (Lezak et al., 2012) e a própria hospitalização (Martín & Cruz-Jentoft, 2012). Além disso, o nível de escolaridade reduzido dos pacientes (4 anos em média) desempenha também um papel importante nesta equação, dado que um nível de escolaridade mais elevado está associado a um funcionamento cognitivo superior e à menor suscetibilidade para o aparecimento de demência (R. S. Wilson et al., 2009).

Relativamente ao estado psicoemocional, uma parte dos pacientes manifestava sintomatologia depressiva ou concomitantemente depressiva e ansiosa. De facto, as perturbações de humor são uns dos problemas mais comuns nas pessoas com idade avançada

e, entre elas, a depressão constitui-se como a mais frequentemente observada nesta população (Drago & Martins, 2012; Frade et al., 2015), sendo a sua prevalência superior em populações institucionalizadas e hospitalizadas (Coutinho et al., 2003). Subjacente à sintomatologia depressiva, encontram-se as diversas perdas que estas pessoas enfrentam, incluindo aquelas associadas ao seu estado de saúde, à capacidade funcional e autonomia, ao suporte social e também familiar, incluindo a morte do cônjuge, bem como a carência de recursos económicos e a própria institucionalização (Drago & Martins, 2012; Salgueiro, 2007). A depressão, por sua vez, acarreta consequências importantes, como o agravamento das doenças preexistentes, a redução da sua autonomia, a negligência no autocuidado, a não adesão ao regime terapêutico e o maior risco de suicídio (Frade et al., 2015).

4. Acompanhamento psicológico individual

Após a avaliação inicial, era feito um acompanhamento aos pacientes em internamento, cuja periodicidade variava em função das necessidades manifestadas e ainda das necessidades inerentes à atualização permanente dos registos na plataforma da RNCCI. Uma das atividades que desempenhei neste local de estágio foi precisamente a organização das datas em que era necessário atualizar a informação de cada doente, de forma a planear os acompanhamentos subsequentes.

A grande maioria dos pacientes internados tinha limitações nas suas capacidades e níveis elevados de dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD), resultantes não só das condições clínicas que precipitavam o internamento, mas também dos diversos antecedentes médicos que apresentavam. Associado à situação clínica, ao contexto de internamento e à sua idade, estes doentes manifestavam frequentemente alterações do estado psicoemocional, com sintomatologia depressiva e ansiosa, sentimento de solidão, incapacidade de adaptação à doença e às limitações que tinham, queixas somáticas, expectativas desajustadas e baixo nível de motivação para o processo de reabilitação físico-funcional. A presença de alterações cognitivas era também prevalente, associadas a quadros demenciais em alguns casos. Além disso, era frequente encontrar doentes com um contexto familiar e social precários, o que por sua vez contribuía para o aumento da sua instabilidade emocional e dificultava a sua reintegração na comunidade à posteriori do internamento. Por vezes, existia também um certo nível de atrito entre alguns pacientes e determinados elementos da equipa profissional, bem como alguma dificuldade na adaptação ao funcionamento da unidade e às rotinas estabelecidas. Alguns pacientes apresentavam ainda hábitos alimentares desadequados.

O psicólogo na área da saúde procura contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e para a humanização dos serviços de saúde, através da intervenção nos fatores psicológicos que estão associados à promoção e à manutenção da saúde, à prevenção da doença e ao tratamento e reabilitação do paciente (Carvalho Teixeira, 2002, 2004). Tendo isso em mente, e as problemáticas apresentadas pelos doentes em internamento, o seu acompanhamento psicológico incidiu em aspetos como: apoio à integração do doente na unidade; monitorização e melhoria do estado emocional; ajustamento de expectativas; adaptação à doença e às limitações sentidas; promoção do envolvimento do doente no seu processo de reabilitação; melhoria da relação com os elementos da equipa profissional da unidade; promoção de comportamentos de saúde; e apoio no planeamento do período após a alta. Na Tabela 1 encontram-se sintetizados os acompanhamentos realizados a alguns dos vários pacientes.

Este acompanhamento teve por base a escuta ativa, a atitude empática e a validação dos sentimentos e das preocupações que os doentes transmitiam, que constituem uma fonte de encorajamento e de suporte que possibilitam não só que o paciente se sinta confortável em expressar as suas preocupações, mas também que se sinta ouvido e compreendido (Cardoso, 2012). A escuta e a compreensão das preocupações manifestadas pelo doente, mesmo que não tenham solução, possibilitam uma diminuição dos seus níveis de ansiedade (Simpson et al., 1991). Além disso, procurou-se intervir ao nível das estratégias de *coping* dos doentes, bem como nas suas crenças que se mostravam disfuncionais e perturbadoras do seu bem-estar e da sua evolução no processo de reabilitação, através da reestruturação cognitiva, isto é, a identificação de crenças irracionais e distorcidas e a sua substituição por outros pensamentos mais adaptativos e funcionais (Ó. Gonçalves, 2006).

A perda de acuidade auditiva e visual constituía um fator que por vezes dificultava a comunicação eficiente com eles. Na tentativa de ultrapassar estas dificuldades, procurei adaptar a abordagem a cada paciente, por exemplo diminuindo a distância interpessoal e colocando mais questões abertas para o paciente poder falar de um modo mais livre (porém, colocando também por vezes algumas questões fechadas para conduzir e reorientar o discurso do paciente). Além disso, procurei comunicar com o doente num volume de voz um pouco mais elevado e com um ritmo um pouco mais lento (por vezes por iniciativa própria, outras vezes correspondendo às suas solicitações), mas não demasiado ao ponto de ser considerado *elderspeak*, isto é, um estilo de discurso semelhante à conversa de bebé que não permite comunicar com o devido respeito e que tem um impacto negativo, não só na relação entre prestador de cuidados de saúde e paciente, como também no sentido de competência e na autoestima da pessoa idosa (Williams et al., 2004).

Ainda no âmbito do acompanhamento psicológico individual, foram realizados exercícios de estimulação cognitiva junto de alguns pacientes. A estimulação cognitiva permite a melhoria ou, pelo menos, a manutenção de determinadas funções cognitivas (Santos & Flores-Mendoza, 2017; Tárraga et al., 2004). Esta tem por base a neuroplasticidade, que consiste na capacidade do sistema nervoso em modificar a sua estrutura e a sua função a partir da sua interação com o meio, permitindo a adaptação do indivíduo (Klautau et al., 2009; Kolb & Whishaw, 1998; Maroto, 2005). Esta capacidade está presente no cérebro de pessoas idosas e também em certo grau no cérebro de pessoas com quadro demencial, principalmente nas fases leve e moderada em que o processo neurodegenerativo não se encontra tão avançado (Tárraga et al., 2004). A estimulação cognitiva possibilita assim promover a neuroplasticidade dos indivíduos que são alvo de intervenção, através da criação e do fortalecimento das conexões neuronais (Maroto, 2005; Tárraga et al., 2004). Com efeito, a realização de estimulação cognitiva reveste-se de pertinência principalmente junto da população idosa, dado estar associada a uma redução do seu risco de declínio cognitivo e a um retardamento da instalação de um quadro demencial, podendo ainda ter benefícios ao nível da diminuição da sua sintomatologia depressiva (Apóstolo et al., 2011). Contudo, uma grande parte dos doentes internados não estava interessada em realizar este tipo de exercícios, devido sobretudo à instabilidade emocional, falta de motivação e queixas somáticas que afetavam a sua vontade. Com efeito, apenas foi possível realizar exercícios de estimulação cognitiva junto de alguns pacientes, com uma regularidade variável consoante os seus horários da fisioterapia, terapia da fala e visitas de familiares, bem como das próprias flutuações de humor do paciente e nível de motivação para a tarefa. A seleção dos exercícios acabou por ser feita nesse momento, tendo por base as dificuldades cognitivas observadas na avaliação realizada e no acompanhamento posterior ao doente, como também o interesse e a aceitação manifestados pelo mesmo. Foram realizadas atividades como sopas de letras (estimulam a atenção sustentada, a flexibilidade mental e a capacidade de abstração), tarefas de cancelamento de figuras e de números (estimulam a atenção sustentada e seletiva e a capacidade de abstração), descoberta de diferenças (estimula a atenção seletiva, sustentada e dividida e a capacidade de abstração), sudoku simplificado (estimula a atenção e o raciocínio lógico), exercícios de cálculo (estimulam a atenção, a competência aritmética e o raciocínio) e pintura de desenhos a lápis de cor (estimula a motricidade fina, a atenção seletiva e a criatividade, para além de possibilitarem reduzir a ansiedade e melhorar o humor; Holt et al., 2019).

Apesar da prevalência considerável de deterioração cognitiva na população da unidade, observou-se também um grande número de pacientes com fragilidade emocional e sintomatologia depressiva, o que por sua vez interferia nos seus níveis de motivação e

dificultava o seu envolvimento no processo de reabilitação. Com efeito, o foco principal do acompanhamento psicológico individual a estes doentes incidiu essencialmente no suporte emocional, na promoção do seu bem-estar psicológico e na reestruturação cognitiva das crenças disfuncionais. Estas integram as técnicas mais adequadas na intervenção em indivíduos que exibem um nível elevado de sofrimento e angústia (Groth-Marnat, 2003), como era frequente na população da unidade. Para além disso, o acompanhamento incidiu também no reforço motivacional e na facilitação da adesão dos pacientes ao seu processo de reabilitação. Nem sempre foi possível realizar um acompanhamento tão duradouro quanto o desejável, sobretudo na UC em que o período de internamento era mais reduzido (até um máximo de 30 dias), e devido ainda à incompatibilidade de horários com os doentes (nomeadamente face a outras atividades, como fisioterapia, terapia da fala, consultas externas e visitas de pessoas próximas), bem como à falta de colaboração por parte de alguns doentes.

Tabela 1

Síntese dos acompanhamentos psicológicos realizados a alguns pacientes

Identificação	Avaliação	Problemáticas	Abordagem terapêutica
Doente: J.T. Sexo: M Idade: 58 Patologia: Enfarte lacunar sensitivo-motor deficitário esquerdo Unidade: UMDR Sessões: 4	Entrevista MMSE HADS	Insatisfação face à fisioterapia; Expectativas desajustadas.	Apoio à integração do doente na unidade; Promoção do envolvimento do doente no seu processo de reabilitação; Gestão de expectativas; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: B.R. Sexo: M Idade: 79 Patologia: Fratura trocânica à esquerda Unidade: UMDR Sessões: 4	Entrevista MMSE HADS	Períodos de confusão mental; Sintomatologia depressiva e ansiosa, relacionadas com o seu estado de saúde e preocupação com o cônjuge; Desmotivação; Queixas somáticas; Necessidade significativa de comunicar.	Supervisão do estado cognitivo; Suporte emocional e reestruturação cognitiva; Promoção da adaptação à doença; Facilitação da adesão ao processo de reabilitação.
Doente: A.T. Sexo: M Idade: 84 Patologia: Fratura do colo do fémur à direita Unidade: UC Sessões: 4	Entrevista MMSE HADS	Ansiedade; Depressão; Labilidade emocional; Baixo nível de motivação para o processo de reabilitação.	Apoio emocional e reestruturação cognitiva; Promoção da adaptação à doença e do envolvimento do no processo de reabilitação; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: P.A. Sexo: M Idade: 65 Patologia: Enfarte agudo do miocárdio Unidade: UMDR Sessões: 6	Entrevista MMSE HADS	Expectativas desajustadas; Insatisfação face à fisioterapia; Conflitos com elementos da equipa profissional; Comportamento desajustado em relação aos hábitos alimentares da unidade; Contexto social e	Supervisão e melhoria do estado emocional; Ajustamento de expectativas; Promoção da integração nas rotinas da unidade e de hábitos alimentares mais adequados; Promoção da melhoria da relação com a

Identificação	Avaliação	Problemáticas	Abordagem terapêutica
		familiar precário; Desânimo face à sua situação social.	equipa profissional; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: M.P. Sexo: M Idade: 73 Patologia: Fratura da tíbia e perónio com TCE (com HSA), resultante de atropelamento Unidade: UC Sessões: 3	Entrevista MMSE HADS	Défices cognitivos; Afasia de Broca; Frustração face às dificuldades na comunicação verbal.	Exercícios de estimulação cognitiva; Supervisão do estado emocional; Promoção da adaptação às suas limitações/incapacidades.
Doente: M.A. Sexo: F Idade: 80 Patologia: Fratura trocântérica à esquerda Unidade: UMDR Sessões: 5	Entrevista MMSE HADS	Humor deprimido; Baixo nível de motivação para o processo de reabilitação; Queixas somáticas.	Monitorização e melhoria do estado emocional; Promoção da adaptação ao seu estado de saúde; Reforço motivacional.
Doente: A.M. Sexo: M Idade: 63 Patologia: Síndrome de sobrecrescimento bacteriano com desnutrição grave e caquexia Unidade: UC Sessões: 4	Entrevista MMSE HADS	Desânimo face ao estado de saúde; Saudade da família; Comportamento desajustado em relação aos hábitos alimentares da unidade.	Suporte emocional e promoção da adaptação à sua condição clínica; Promoção da integração nas rotinas da unidade; Promoção de hábitos alimentares mais adequados; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: M.C. Sexo: F Idade: 84 Patologia: Fratura do rádio distal à esquerda Unidade: UC Sessões: 3	Entrevista MMSE HADS	Humor deprimido associado ao estado clínico; Sintomatologia ansiosa; Baixo nível de energia.	Suporte emocional; Promoção da adaptação à condição clínica e reforço motivacional; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: A.B. Sexo: M Idade: 56 Patologia: AVC isquémico em território da ACM esquerda Unidade: UMDR Sessões: 4	Entrevista MMSE HADS	Défices cognitivos (atenção e cálculo, memória verbal diferida).	Supervisão do estado emocional e motivacional; Exercícios de estimulação cognitiva; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: D.P. Sexo: M Idade: 50 Patologia: Pneumonia em imunodeprimido com IR tipo 1 grave Unidade: UMDR Sessões: 3	Entrevista MMSE HADS	Desânimo; Insatisfação face à fisioterapia e às rotinas da unidade; Conflitos com elementos da equipa profissional; Frustração e desmotivação; Preocupação face ao período após a alta.	Supervisão e melhoria do estado emocional; Apoio na integração à unidade e promoção da melhoria da relação com a equipa profissional; Facilitação da adesão ao seu processo de reabilitação; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: M.T. Sexo: F Idade: 66 Patologia: Fratura trocântérica à esquerda Unidade: UC Sessões: 3	Entrevista MMSE HADS	Humor deprimido, associado ao seu estado de saúde; Labilidade emocional.	Monitorização do estado cognitivo; Apoio emocional e promoção da adaptação à condição clínica; Facilitação da adesão ao processo de reabilitação.

Identificação	Avaliação	Problemáticas	Abordagem terapêutica
Doente: J.M. Sexo: F Idade: 86 Patologia: Quadro oclusivo em contexto de colite rádica Unidade: UMDR Sessões: 5	Entrevista M-ACE HADS	Declínio cognitivo geral significativo (quadro demencial); Humor deprimido; Problemas familiares; Falta de força e energia.	Supervisão do estado cognitivo; Suporte emocional; Reforço positivo e motivacional; Apoio no planeamento do período pós-alta.
Doente: M.L. Sexo: F Idade: 81 Patologia: AVC hemorrágico Unidade: UMDR Sessões: 5	Entrevista M-ACE HADS	Declínio cognitivo geral significativo (quadro demencial); Períodos de confusão mental; Depressão; Labilidade emocional e ruminação; Ansiedade, relacionada com preocupação com o cônjuge; Baixo nível de motivação para o processo de reabilitação; Divergência com um elemento da equipa profissional.	Monitorização do estado cognitivo; Suporte emocional e reestruturação cognitiva; Reforço positivo e motivacional; Promoção da melhoria da relação com a equipa profissional da unidade; Promoção do relacionamento interpessoal, com integração da doente em atividades de grupo.
Doente: J.P. Sexo: M Idade: 79 Patologia: AVC isquémico em território da ACM direita Unidade: UC Sessões: 3	Entrevista M-ACE HADS	Declínio cognitivo geral significativo (quadro demencial); Humor deprimido; Labilidade emocional; Períodos de confusão mental; Desmotivação.	Supervisão do estado cognitivo e melhoria do estado emocional; Promoção do envolvimento do doente no seu processo de reabilitação; Apoio ao planeamento do período pós-alta.
Doente: E.R. Sexo: F Idade: 88 Patologia: Sépsis com ponto de partida urinário Unidade: UMDR Sessões: 5	Avaliação qualitativa	Défices cognitivos; Humor deprimido; Labilidade emocional; Comportamento apelativo; Insatisfação face às rotinas da unidade; Comportamento desajustado em relação aos hábitos alimentares; Baixo nível de motivação; Queixas somáticas; Expectativas pouco ajustadas; Preocupação com o período após a alta.	Apoio emocional e reestruturação cognitiva; Reforço positivo e reforço motivacional; Promoção da integração da doente à unidade e de comportamentos alimentares mais adequados; Ajustamento de expectativas e apoio no planeamento do período pós-alta.

Nota. M = Masculino; UMDR = Unidade de Média Duração e Reabilitação; MMSE = Mini Mental State Examination; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; AVC = Acidente Vascular Cerebral; ACM = Artéria Cerebral Média; UC = Unidade de Convalescença; TCE = Traumatismo Cranioencefálico; HSA = Hemorragia Subaracnoideia; F = Feminino; IR = Insuficiência Respiratória; M-ACE = Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination.

A interrupção do estágio presencial devido ao COVID-19, com a consequente impossibilidade de um contacto mais próximo com os doentes, influenciou o meu trajeto a partir de 5 de março. No entanto, a minha atuação à distância continuou a incidir nas vertentes de apoio psicológico e de estimulação cognitiva, dentro das possibilidades existentes e dos fortes constrangimentos surgidos.

Assim, foi-me proposto pela orientadora local a elaboração de um diário de automonitorização relativamente simples que permitisse aos pacientes registarem o seu estado e como se iam sentindo ao longo dos dias de internamento face às diferentes áreas de

intervenção (i.e., ao nível físico/médico, psicológico, da fisioterapia e da nutrição). Um diário é por natureza uma medida de autorrelato usada para registar informação com regularidade, permitindo assim medir eventos diários (do tipo subjetivo e objetivo) durante um determinado intervalo de tempo (Schmitz et al., 2011). Os diários permitem não só fornecer aos profissionais um relatório do paciente relativamente não afetado por enviesamentos da memória dele, como também fomentar uma participação mais ativa do paciente nos seus cuidados de saúde (Cruise et al., 1996).

O diário que me foi proposto elaborar não deveria ser muito extenso, contendo cerca de dois itens para cada domínio, e deveria ainda incluir 30 dias, dado ser o intervalo de tempo máximo de internamento na UC e mínimo de internamento na UMDR. Assim, o produto final culminou na conceção do diário de automonitorização apresentado no Anexo B que procurou simultaneamente ser breve, funcional, legível e com linguagem acessível. No preenchimento deste diário, os pacientes deviam começar por colocar a data do respetivo dia de internamento, o que facilitaria também a sua orientação temporal ao longo do período de internamento. Posteriormente, deviam selecionar a resposta que mais se aproximava do seu estado e daquilo que sentiram naquele dia, assinalando “S” (*Sim*) ou “N” (*Não*). A automonitorização e a atenção aos próprios comportamentos do doente permitem-lhe adquirir uma maior autoconsciência e insight, que são essenciais na manutenção e na melhoria do funcionamento psicológico e comportamental (Urzi et al., 2016).

Após a interrupção do estágio presencial, foi-me proposta ainda a elaboração de um caderno de exercícios de estimulação cognitiva, que designei por *Ment'Ativa* (Anexo C). A elaboração deste caderno visou a compilação de vários exercícios de diferentes níveis de dificuldade para a estimulação de diversos domínios cognitivos, nomeadamente as gnosias, praxias, linguagem, memória, atenção, funções executivas e cálculo. A realização dos exercícios com carácter um pouco mais autónomo do que seria habitual foi motivada pela necessidade de distanciamento decorrente da pandemia vivida. Os exercícios foram baseados nos manuais *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve* (Tárraga et al., 2004) e *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada* (Tárraga et al., 2003), *Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer* (Gil et al., 2005), *Estimulación cognitiva para adultos* (Peña, 2010), *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer* (Peña-Casanova, 1999), *La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo* (Maroto, 2005), *Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade (Nível 2)* (PIAAR-R; Gargallo, 2015) e *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer* (Tárraga et al., 1999).

5. Dinamização de atividades em grupo

A realização das avaliações e dos acompanhamentos psicológicos aos doentes revelou uma incidência significativa de défices cognitivos na população da UCCI, bem como de alterações do seu estado emocional com depressão frequente, isolamento e sentimento de solidão, sendo que muitos dos doentes apresentavam ainda escassa retaguarda familiar e social. A hospitalização de pessoas idosas está associada a um maior risco de declínio do seu estado físico e cognitivo, incluindo perda da capacidade funcional, que pode persistir mesmo após a alta hospitalar (Martín & Cruz-Jentoft, 2012). A situação torna-se ainda mais complicada no caso dos doentes em situação de prolongamento social que se encontravam internados na UCCI há vários meses e até anos. Com efeito, devem ser empreendidos esforços para estimular a capacidade funcional, mental e cognitiva da população idosa, destacando-se as atividades lúdicas como fundamentais nesse processo (Guimarães et al., 2016). Este tipo de atividades permitem trabalhar os domínios cognitivo, físico e social em simultâneo (Zimerman, 2000).

Nesse sentido, em fevereiro comecei a dinamizar atividades em grupo visando estimular o funcionamento cognitivo dos pacientes, bem como a motricidade grossa e fina, a criatividade e a reminiscência, proporcionar momentos de convívio e de diversão e promover o relacionamento interpessoal, diminuir o isolamento dos pacientes e quebrar a sua rotina passiva, contribuindo assim para o aumento do seu bem-estar psicológico. Estas atividades tinham frequência semanal, por norma às quintas-feiras no horário da tarde, e eram realizadas na sala de estar da UC e da UMDR em separado, para que os doentes de cada unidade tivessem oportunidade de participar. Não estava estabelecido um número fixo de participantes e qualquer doente interessado podia participar.

Dado o término antecipado do estágio presencial, motivado pela crise pandémica, só foi possível dinamizar duas atividades em grupo: o “Percurso dos saberes” e a “Ida às compras”. O planeamento destas e das restantes atividades encontra-se sintetizado no Anexo D. No âmbito das duas atividades implementadas, e dada a heterogeneidade dos grupos, verifiquei que alguns pacientes eram completamente autónomos e realizavam as atividades propostas com relativa facilidade, enquanto outros apresentavam maior dificuldade na compreensão das instruções e/ou na execução das tarefas. Observei ainda que alguns doentes tinham dificuldade em esperar pela sua vez e respondiam na vez de outro participante. Contudo, as atividades decorreram, na globalidade, de forma relativamente fluída e procurei adaptar a abordagem em função das dificuldades evidenciadas pelos pacientes.

Cada atividade foi constituída por grupos de três a cinco pacientes, sendo que a maioria se encontrava em situação de prolongamento social. Foi um pouco complicado estimular a participação dos doentes nas atividades, o que por vezes se sucede na população idosa devido às limitações que com que esta se depara, incluindo as condições de saúde, o sentimento de solidão e o modo de vida adotado a partir de um determinado momento da sua vida (Zimmerman, 2000). Apesar de os grupos não apresentarem um número significativo de participantes, observei uma adesão relativamente maior às atividades na modalidade grupal do que individual e efetivamente os doentes que participaram pareciam estar a divertir-se e socializaram mais entre si do que o que normalmente se observava no quotidiano.

Acredito que a continuidade da dinamização das atividades em grupo seria benéfica para a população afeta à UCCI. Para além dos efeitos positivos atrás referidos, é pertinente incentivar a população idosa a envolver-se em atividades passíveis de promover a sua atividade física e mental e reduzir o ócio, visando potenciar uma institucionalização bem-sucedida (P. Fernandes, 2000).

5.1. Programa de Estimulação Cognitiva

Considerando a prevalência significativa de défices cognitivos na população da UCCI, bem como de sintomatologia depressiva, e dada a melhor adesão à realização das atividades em grupo do que àquelas propostas individualmente (em que muitos doentes não demonstraram interesse), foi pensada a implementação de um Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) direcionado a um grupo de doentes mais homogêneo que apresentasse deterioração cognitiva e que envolvesse também a vertente da psicoeducação sobre o funcionamento cognitivo. Os PECs visam, tal como a própria designação indica, a estimulação de diversas funções cognitivas, incluindo a atenção, a memória, a orientação temporal e espacial, a linguagem, a capacidade visuoespacial e o raciocínio (C. Gonçalves, 2012; Madrigal, 2007). Os défices cognitivos possuem uma causa orgânica e uma funcional, sendo que a estimulação cognitiva permite incidir sobre a componente funcional. Esta pode dever-se à falta contínua do exercício de uma determinada função, que na maioria das vezes é produzida pelo próprio doente como mecanismo de defesa face às dificuldades crescentes com que se defronta e as situações de stress, que são consequência do aumento dos défices, bem como de uma maior ansiedade e perda de autocontrolo (Tárraga et al., 1999). A implementação da estimulação cognitiva junto dos idosos, motivando-os de forma adequada a participar em diversas atividades, é passível de despertar assim certas funções cognitivas que se encontravam mais “esquecidas”, melhorá-las

e retardar a sua deterioração através do seu exercício contínuo (Tárraga et al., 1999). Diversos estudos evidenciam os benefícios da realização de PECs junto da população idosa, incluindo ao nível do seu funcionamento cognitivo, retardando o aparecimento de um quadro demencial (Apóstolo et al., 2011; Spector et al., 2003; R. S. Wilson, 2002), bem como ao nível da sintomatologia depressiva (Apóstolo et al., 2011). Ao decorrer na modalidade grupal, o efeito da intervenção é potencializado, uma vez que promove a integração social, a motivação dos diferentes elementos e a sua adesão ao programa (Yalom, 1995). Consequentemente, estes programas são passíveis de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (Spector et al., 2003). Tendo em conta os benefícios que os PECs encerram, estes assumem-se como uma ferramenta de intervenção essencial na deterioração cognitiva, que constitui um risco acrescido para a população idosa, devendo ser incluída nos cuidados prestados a esta população, sendo um coadjuvante importante do tratamento farmacológico (Apóstolo et al., 2011; Kinsella et al., 2009).

O PEC delineado para a população da UCCI teve por base outros programas referidos na literatura (e.g., Amodeo et al., 2010; Apóstolo et al., 2011; Costa & Sequeira, 2013; C. Gonçalves, 2012; Orrell et al., 2005; Spector et al., 2003). Como objetivo geral, a implementação deste PEC pretendia a estimulação de vários domínios do funcionamento cognitivo, incluindo a orientação alopsíquica, a atenção, a memória, o funcionamento executivo, o cálculo e o raciocínio, a linguagem, a capacidade visuoespacial e ainda as gnosias e praxias. Como objetivos específicos, procurava-se: a) promover a manutenção das capacidades cognitivas existentes e a melhoria daquelas que se encontravam lesadas; b) ensinar estratégias de compensação e maneiras alternativas de realizar as atividades que estão dependentes das funções cognitivas comprometidas, promovendo assim a melhoria da funcionalidade do indivíduo nas AVD; c) promover a socialização e o bem-estar psicológico dos doentes, com a possível consequente melhoria da sintomatologia depressiva. Este programa teria início em março e seria constituído por 11 sessões, com frequência semanal e duração aproximada de 60 minutos (sendo passível de se estender consoante as necessidades evidenciadas em cada sessão), em horário a definir junto dos participantes. Os critérios de inclusão dos doentes no PEC eram: encontrarem-se em internamento na UMDR (cujo tempo de permanência é de cerca de 3 meses) ou em situação de prolongamento social; terem idade igual ou superior a 60 anos; e apresentarem declínio cognitivo, comprovado através de avaliação neuropsicológica. Como critérios de exclusão destacavam-se a presença de dificuldades visuais, auditivas, motoras (sobretudo ao nível dos membros superiores) e/ou de linguagem ou de problemas psiquiátricos que impedissem a participação nas atividades. Seria realizada uma avaliação antes e após a implementação do PEC, visando a seleção dos

participantes no programa, bem como a medição da eficácia da intervenção. Esta avaliação seria feita com recurso ao Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; versão portuguesa: Freitas et al., 2010) para avaliar o funcionamento cognitivo geral; ao Teste de Cópia de Figuras Complexas (Rey, 2002), nomeadamente as tarefas de cópia e reprodução de memória da Figura A para avaliar a capacidade visuoespacial e a memória visual; e ainda à Escala Geriátrica de Depressão (GDS; Yesavage et al., 1983; versão portuguesa: Pocinho et al., 2009) para a avaliação da sintomatologia depressiva. Novamente, devido ao COVID-19 e o consequente término antecipado do estágio presencial, não houve oportunidade de implementar o PEC. O programa que foi planeado é apresentado no Anexo E e seria passível de reajustamento em função dos resultados evidenciados pelos pacientes na avaliação pré-intervenção.

6. Outras atividades

6.1. Redação de publicações para as redes sociais do Hospital

Foi-me proposto pela orientadora local a redação de algumas publicações para as redes sociais do Hospital, relacionadas com temas relevantes, curiosidades, sugestões ou dias festivos próximos. Estas podiam basear-se em artigos científicos, notícias, entre outros. Foram assim elaboradas seis publicações (apresentadas no Anexo F) sobre: (1) Dia de São Valentim/Dia da Amizade (14 de fevereiro), em que foi abordada a importância do toque e do contacto físico entre pessoas; (2) os benefícios da prática diária da gratidão; (3) Dia Mundial do Sono (15 de março), que referiu a importância de um sono reparador e ainda alguns conselhos para ajudar a dormir melhor; (4) o aumento alarmante do consumo de psicofármacos e seus efeitos secundários, com referência ao panorama nacional; (5) a relação entre o intestino e a saúde mental; e (6) o papel do psicólogo na reabilitação neuropsicológica. As publicações foram complementadas com imagens alusivas ao assunto em questão, retiradas de sites que facultam as imagens para uso gratuito sem requerer direitos de autor (e.g., <https://unsplash.com>; <https://www.pexels.com>). Estas publicações visaram dar maior visibilidade à instituição nas redes sociais e sensibilizar as pessoas em geral para os assuntos que eram apresentados.

6.2. Acompanhamento de alunos angolanos do IUCS

Uma das atividades que desempenhei durante o estágio foi o acompanhamento na UCCI de alunos do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS, CESPU) provenientes de Angola ao longo de cerca de 2 meses. Este acompanhamento incidiu essencialmente na demonstração aos alunos da atuação da psicologia na unidade, incluindo: o processo de avaliação com a aplicação do protocolo de avaliação inicial aos doentes; integração dos dados recolhidos com a informação que constava no processo clínico de cada doente para a elaboração do registo de admissão; acompanhamento psicológico aos doentes; e dinamização de uma atividade em grupo (Loto).

A experiência de ter acompanhado estes alunos foi interessante pelo facto de ter tido a oportunidade de contribuir para o seu conhecimento e a consciencialização da importância da psicologia naquele contexto. Permitiu também a esses alunos uma melhor integração na realidade do serviço de psicologia da UCCI.

6.3. Elaboração de prendas de Natal

Na época natalícia colaborei com a psicóloga e a assistente social da UCCI na elaboração das prendas de Natal para os pacientes. Colocamos a fotografia de cada paciente dentro de uma bola transparente de plástico e decoramo-la com diversos materiais (e.g., fitas, brilhantes) para posteriormente serem oferecidas aos doentes de cada unidade. As prendas foram uma surpresa agradável para os doentes, que se demonstraram bastante animados ao recebê-las. Esta atividade permitiu-lhes também viver um pouco do espírito natalício.

Capítulo III – Estudo de Caso

1. Identificação

A.D. nasceu a 22 de abril de 1951, tem 69 anos, é do sexo masculino e é destro. É solteiro e não tem filhos. O paciente é natural de Paranhos (Porto), onde residia até ao seu internamento.

2. Motivo

A.D. deu entrada na UMDR do Hospital para cumprimento de plano de reabilitação físico-motora após ter sofrido um TCE. Na sua admissão, A.D. apresentava-se pouco comunicativo, com uma postura fechada e pouco contacto ocular, sendo difícil estabelecer um relacionamento com o paciente. Na altura foi identificada a necessidade de acompanhar A.D. para supervisionar o seu estado psicoemocional, cognitivo e motivacional. Geralmente nos primeiros meses após o TCE, a condição do doente sofre rápidas alterações e, por isso, os seus resultados nos testes neuropsicológicos durante os estádios agudos podem tornar-se obsoletos. Desse modo, não é aconselhável conduzir uma avaliação formal durante esta fase da condição clínica, podendo ter lugar uma avaliação mais breve (Lezak et al., 2012) e com recurso a testes mais curtos (Morris, 2010). Além dos instrumentos curtos, as observações comportamentais são também necessárias para avaliar o estado confusional pós TCE e deve ser também tido em atenção as observações ao estado mental do paciente por parte dos profissionais de saúde e cuidadores ao longo dos dias ou semanas após a lesão (Morris, 2010). Ao longo desse período, fui acompanhando A.D. visando então supervisionar o seu estado e a relação com o paciente foi sendo reforçada. Tive oportunidade de testemunhar a evolução global de A.D. durante o seu processo de reabilitação e o paciente acabou por se revelar até bastante comunicativo, colaborante e ainda determinado e motivado para as tarefas propostas. Decorrido algum tempo desde o seu ingresso na unidade, o doente aparentava encontrar-se num estado mais estável. Nas fases mais estáveis ou crónicas do TCE, após o paciente ter recuperado um nível suficiente de alerta, atenção e/ou motivação, pode ter lugar uma avaliação mais abrangente e minuciosa do funcionamento neurocognitivo, através de uma bateria de testes compreensiva (Morris, 2010). Considerando a possibilidade de realizar uma avaliação mais compreensiva e aprofundada visando delinear uma intervenção adequada, e atendendo ao bom relacionamento

clínico que tinha construído com o paciente, escolhi este caso, que me pareceu desafiante, para apresentar em maior detalhe no presente relatório.

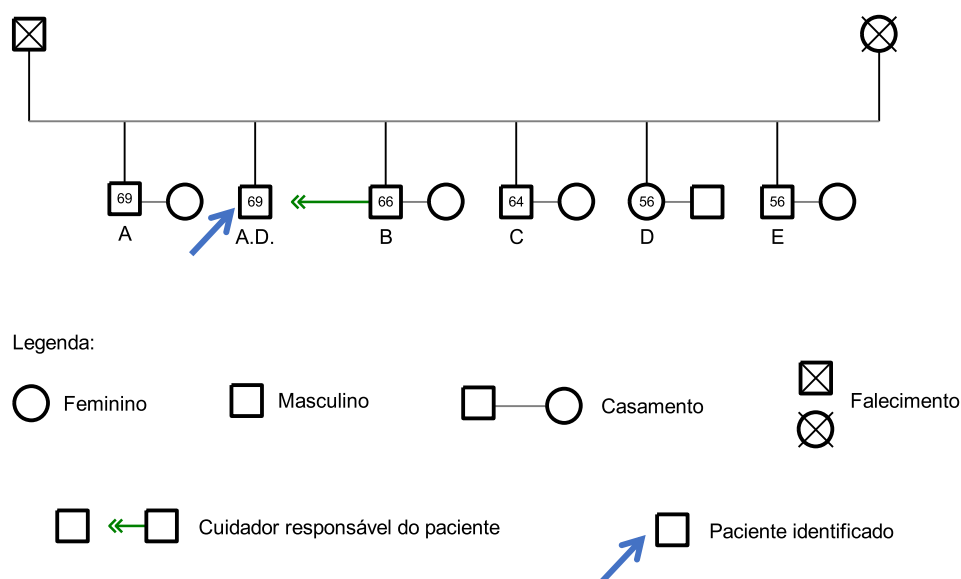
Os dados anamnésicos foram recolhidos junto de A.D. e também com recurso ao seu processo clínico. Devido ao término antecipado do estágio presencial motivado pelo COVID-19, não pude terminar a avaliação e a recolha dos dados anamnésicos e dar início à intervenção. Assim, neste capítulo é apresentado um planeamento da avaliação e da intervenção que seriam implementadas junto do paciente se as sessões tivessem tido continuidade.

3. História de vida

A.D. é o segundo irmão mais velho numa fratria de seis. Dos seus cinco irmãos, quatro são do sexo masculino (aqui designados por A, B, C e E) e uma é do sexo feminino (designada por D). Todos têm idades próximas entre si, sendo que A é o irmão mais velho e tem 69 anos, B tem 66 anos, C tem 64 anos e D e E têm 56 anos. Todos os irmãos são casados e reformados, exceto E que também é casado mas ainda se encontra ativo profissionalmente, trabalhando como empregado numa escola. O seu irmão B é o seu cuidador responsável. Os cinco irmãos são os elementos familiares significativos do paciente. Na Figura 1 encontra-se representado o genograma familiar de A.D. (realizado com recurso ao software GenoPro 3.1.1.0).

Figura 1

Genograma familiar de A.D.



Relativamente ao seu percurso escolar e profissional, A.D. completou o 4º ano de escolaridade que concluiu com 12/13 anos. Começou a trabalhar desde novo e foi rececionista de uma empresa concessionária automóvel, localizada no centro do Porto. O paciente revelou que ao final do dia tinha de fazer a contagem do dinheiro para depositar no banco, deslocando-se até lá de carro, acompanhado por um segurança, e considera que hoje tem boa capacidade de cálculo mental por ter exercido bastante esta competência na sua profissão. Está reformado há cerca de 20 anos.

A.D. é solteiro, nunca se casou e não tem filhos. É natural de Paranhos, onde residia sozinho até à sua hospitalização. Era semi-dependente para as AVD, tendo o apoio do seu irmão B na gestão da medicação e colocação do saco de urostomia e ainda da cunhada, esposa desse irmão, na limpeza da habitação e no tratamento das roupas. Previamente tinha ainda apoio formal, frequentando o centro de dia de uma Obra Diocesana na cidade do Porto e permanecendo sozinho no domicílio durante o período noturno. A.D. já era acompanhado pela equipa de Redes Locais de Intervenção Social, devido a limitações na sua autonomia e escassa retaguarda familiar. O agravamento do seu estado de dependência e as sucessivas quedas que teve tornaram-se uma preocupação, que motivou a sinalização do paciente para integração numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), por quotas da Segurança Social.

4. História clínica

Em 2019, A.D. sofreu um TCE (fechado) na região occipital, resultante de uma queda precedida por tontura que o paciente descreve como “coisas a andar à minha volta” (sic). Foi internado num Centro Hospitalar da cidade do Porto e à entrada apresentava um valor na Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 14. O paciente apresentava hemiparesia no membro inferior direito de grau 2/5, sequelar de AVC, e tremor em repouso. Foi realizado um exame de Tomografia Computorizada Cranioencefálica (TC-CE) que revelou hematoma subdural com sangue fronto-parieto-occipital à esquerda e área encefaloclástica sequelar a lesão vascular em território da artéria cerebral posterior, sem sinais de hidrocefalia. Durante o internamento, A.D. apresentou um agravamento do quadro motor, com afasia total. Foi realizado novo TC-CE que evidenciou maior efeito de massa do hematoma subdural e evidências de lesões isquémicas cerebelosas e lenticulares, sendo então submetido a cirurgia para drenagem do hematoma. No período pós-operatório, A.D. recuperou dos défices neurológicos. Mantinha hemiparesia direita ligeira de predomínio crural (grau 4/5), fazia marcha com apoio e apresentava-se neurologicamente estável (ECG = 15).

Posteriormente, A.D. foi admitido na UMDR do Hospital para dar início ao plano de reabilitação físico-motora. O doente apresentava como antecedentes: carcinoma da bexiga (ureteroilestomia secundária a cistectomia radical e nefrectomia em 2014, sendo seguido em consulta externa de Urologia Oncológica); doença renal crónica por tuberculose renal há 30 anos; creatinina basal = 2.4 mg/dL (análises de janeiro 2019); fibrilhação auricular (hipocoagulado com varfine); doença cerebrovascular; historial de AVCs (em 2001, 2003 e 2009), com hemiparesia direita sequelar; Doença de Parkinson; diabetes *mellitus* não insulino tratado; hipertensão arterial (medicado e controlado); dislipidemia; diminuição da acuidade visual; hipoacusia; ex-fumador de 30 UMA (Unidades Maço Ano). Para além do tabaco, o doente referiu que também consumia cafeína em quantidades elevadas, bebendo cerca de 10 a 12 cafés por dia. Em termos de medicação psicofarmacológica, o doente tomava Quetiapina 25 mg ao deitar e Lorazepam 0.5 a 1 mg em SOS.

A avaliação pela equipa de enfermagem evidenciou que o paciente era dependente em grau moderado para todos os autocuidados, com exceção na alimentação em que era dependente em grau reduzido. Não apresentava dentição e não controlava esfíncter anal por períodos noturnos, ficando com fralda de proteção e solicitava idas à casa de banho. O paciente dava pequenos passos para curtas distâncias e com apoio bilateral e transitava de cadeira de rodas para longas distâncias. A.D. tinha ainda vários antecedentes de queda no domicílio e a avaliação na Escala de Quedas de Morse revelou uma pontuação de 55, correspondendo a um nível elevado de risco de quedas.

Apesar do valor elevado na ECG aquando do internamento do paciente no Centro Hospitalar referido, A.D. apresentava vários preditores de um prognóstico negativo relativamente à recuperação do TCE, nomeadamente uma idade avançada (superior a 40 anos), limitações físicas preexistentes e ainda história prévia de lesão cerebral (Thornhill et al., 2000). Outros fatores associados a um pior resultado funcional após o TCE e que A.D. também ostentava incluem a presença de ansiedade, reportada na HADS, e o nível baixo de escolaridade (Ponsford et al., 2008). Importa salientar contudo que as alterações e sequelas decorrentes da lesão resultam de uma interação complexa entre fatores físicos, neurológicos e psicológicos, a personalidade pré-mórbida do indivíduo e o seu estilo de *coping*, as expectativas e as exigências ambientais e o suporte social (Ponsford et al., 2000). Esta interação complexa entre fatores que são únicos para cada paciente torna difícil em muitos casos clarificar a contribuição de cada fator (Lezak et al., 2012).

Ao longo do seu internamento na UMDR, foi visível uma recuperação significativa de A.D. a nível global. Apesar da sua evolução, não se previa que o paciente viesse a adquirir uma

marcha autónoma, tendo em consideração os seus antecedentes. Ao nível das AVD, o paciente necessitava ainda de auxílio de terceira pessoa.

No momento do término antecipado do estágio presencial, o doente encontrava-se em situação de prolongamento social à espera de vaga em ERPI para abandonar o internamento na UMDR. Embora a institucionalização seja considerada uma situação negativa e angustiante, para algumas pessoas idosas esta é considerada uma alternativa que lhes assegura maior estabilidade e segurança (Pimentel, 2005). O seu irmão, cuidador responsável, já tinha inscrito o paciente em 3 ERPI distintas e não o conseguia integrar no seu domicílio, dado residir num T1 e, por se situar distante do paciente, não conseguia prestar mais apoio do que aquele prestava previamente ao internamento. Deste modo, a falta de retaguarda familiar para acompanhar o paciente no domicílio, principalmente no período noturno e aos fins de semana, era motivo de preocupação para a equipa multidisciplinar, uma vez que o paciente apresentava desequilíbrio ao nível da marcha e tinha necessidade de apoio de terceira pessoa. Os baixos rendimentos que o paciente auferia também não permitiam contratar uma pessoa para cobrir esse período, tendo já sido solicitado complemento por dependência e tendo sido avaliado por junta médica.

5. Avaliação neuropsicológica

A.D. apresentava uma estrutura média, era magro, tinha olhos castanhos e um pouco cerrados, cabelo grisalho e escasso e não apresentava dentição, tal como referido anteriormente. Vestia-se de forma descontraída, normalmente com fato de treino e usava um relógio analógico no pulso. Preocupava-se em cuidar de si e aparentava ter os cuidados de higiene prestados pelas auxiliares. O doente passava a maioria do tempo no seu quarto, a dormir ou a ver televisão, e frequentemente deslocava-se até ao corredor na cadeira de rodas, permanecendo em frente à porta do seu quarto a observar. Não gostava de ir para a sala de estar e não tinha muito contacto com os outros doentes, inclusive com o seu companheiro de quarto, uma vez que não se identificava com eles, passando assim a maioria do tempo sozinho. Recebia visitas de familiares uma a duas vezes por semana, durante cerca de duas horas, principalmente do seu irmão cuidador e da cunhada, bem como da sua irmã.

Quando ingressou na UMDR, foi realizada uma avaliação psicológica ao paciente tendo por base o protocolo de avaliação da unidade. Tal como mencionado na secção “Avaliação psicológica” do Capítulo II, o protocolo de avaliação tinha início com uma entrevista semiestruturada ao paciente, tendo como guião a Ficha de Psicologia Clínica da UCCI (Anexo A). A entrevista era o primeiro contacto com o doente e visava o estabelecimento de uma

relação com ele, num clima de empatia, confidencialidade e segurança que lhe permitisse exprimir-se abertamente, possibilitando conhecê-lo melhor.

A entrevista teve lugar no quarto individual onde A.D. se encontrava quando ingressou na UMDR. Apesar de existir a possibilidade de a avaliação ser interrompida por outro profissional da equipa multidisciplinar que entrasse no quarto, as condições de privacidade estavam asseguradas dentro dos possíveis, uma vez que o doente se encontrava sozinho e não tinha qualquer companheiro de quarto na altura. Este parecia, portanto, ser o melhor local para realizar a avaliação, visto que A.D. tinha chegado há pouco tempo à unidade e ainda se estava a adaptar ao seu funcionamento. Quando cheguei ao quarto, o paciente encontrava-se a descansar na poltrona. Comecei por me apresentar e explicar o objetivo da minha visita. De seguida, sentei-me numa cadeira perto dele, com a aproximação adequada para não lhe causar desconforto e sem qualquer tipo de barreiras que pudessem dificultar a comunicação entre mim e o paciente. Após ter assegurado as condições de confidencialidade e ter tido a sua atenção e disponibilidade para a avaliação, procedi à realização da entrevista semiestruturada, com recurso a questões fechadas e abertas e ainda a algumas técnicas facilitadoras da comunicação, como o encorajamento não-verbal e exclamações neutras, a paráfrase e o silêncio. Durante a entrevista, procurei ainda adotar uma postura aberta, com as mãos sobre o colo e ligeira inclinação na direção do paciente, um tom de voz calmo que lhe proporcionasse conforto e estabelecendo contacto visual, procurando desse modo criar um ambiente de bem-estar, segurança e interesse naquilo que o paciente me transmitia (Ivey et al., 2010).

Após a entrevista, foi aplicado o MMSE para o rastreio do funcionamento cognitivo, que também integra o protocolo de avaliação da unidade. A.D. obteve uma pontuação de 20/30, sendo um resultado inferior à pontuação de limiar de diagnóstico para defeito cognitivo em pessoas com escolaridade até aos 11 anos (inferior ou igual a 22 pontos). O paciente apresentou alguma desorientação no tempo e no espaço e ainda défices na evocação verbal diferida, conseguindo apenas recordar-se da primeira das três palavras fornecidas. Evidenciou défices também na linguagem escrita e na cópia dos polígonos, embora o seu desempenho nestes dois domínios possa ter sido prejudicado pelas suas dificuldades na motricidade fina. Ao nível da compreensão e execução de ordens, A.D. conseguiu realizar corretamente todas as etapas da ordem verbal, mas na ordem escrita conseguiu apenas lê-la, acabando por não a executar em seguida. Nas tarefas de cálculo, nomeação e repetição, o paciente não apresentou alterações. Os resultados do MMSE são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2*Resultados de A.D. no MMSE*

Domínio	Resultado obtido
Orientação	5/10
Retenção	3/3
Atenção e cálculo	5/5
Evocação	1/3
Linguagem	6/8
Visuoconstrutivo	0/1
Total	20/30

Nota. MMSE = Mini Mental State Examination

Ainda no protocolo de avaliação inicial, foi também administrada a HADS para avaliar os níveis de ansiedade e depressão do doente. A.D. obteve uma pontuação de 7 na escala de depressão e 13 na escala de ansiedade, sugerindo assim a existência de um nível moderado de ansiedade.

Durante a avaliação, A.D. demonstrou insight sobre o seu estado de saúde e apresentava-se consciente e vígil, mas com uma postura fechada e estabelecia pouco contacto ocular. O seu discurso era coerente, mas apresentava um ritmo um pouco lento e uma prosódia monótona e proferia respostas relativamente curtas e diretas às questões que lhe eram colocadas, dificultando o estabelecimento de uma relação com ele. Esta sua postura, aliada à desorientação alopsíquica e à ansiedade moderada reportada na HADS, podem estar relacionados com a confusão e o stress subjacentes ao próprio internamento hospitalar. A novidade/desconhecimento do ambiente e a mudança de papel do doente, com a consequente adoção de um papel passivo, podem gerar nele perceções de incerteza, perda de controlo e ansiedade, que estão intimamente relacionados com a sua autoestima. Estes fatores indutores de stress associados ao internamento hospitalar afetam assim o seu bem-estar psicológico e consequentemente a sua capacidade de *coping* (Gammon, 1998).

Tal como referido anteriormente, após observar uma estabilização do estado do doente procedi a uma avaliação neuropsicológica mais abrangente. Pretendia em primeira instância obter um quadro geral do seu funcionamento cognitivo, paralelo ao da primeira avaliação, para perceber o verdadeiro estado do paciente. Para isso, foi aplicado o ACE-III que permitiu identificar algumas áreas cognitivas passíveis de serem exploradas subsequentemente em maior profundidade. Nesta prova, o paciente obteve um resultado de 64 pontos face ao esperado de

89 tendo em consideração a sua idade e escolaridade, sendo um resultado inferior ao ponto de corte estabelecido para demência (Peixoto et al., 2018). A.D. evidenciou um comprometimento significativo ao nível da fluência verbal, seguido pela memória, a atenção e a capacidade visuoespacial, não tendo apresentado alterações significativas ao nível da linguagem. Ao longo desta sessão, o paciente apresentava um estado de humor aparentemente mais estável e encontrava-se mais comunicativo relativamente à primeira avaliação, observando-se assim uma evolução na sua postura. Os resultados do paciente nesta prova são apresentados na Tabela 3. Devo salientar que na avaliação foram tidas em conta as dificuldades do doente na motricidade fina, bem como a diminuição da sua acuidade visual e a hipoacusia.

Tabela 3

Resultados de A.D. no ACE-III

Domínio	Resultado esperado	Resultado obtido	DP	Pontuação z	Interpretação do resultado
Atenção	17.21	13	1.42	-2.97	Nitidamente inferior
Memória	23.09	15	2.42	-3.34	Nitidamente inferior
Fluência	12.80	4	1.82	-4.83	Nitidamente inferior
Linguagem	24.82	24	1.43	-0.57	Médio inferior
Visuoespacial	12.40	8	2.27	-1.94	Inferior/limite
Total	89.33	64	6.48	-3.91	Nitidamente inferior

Nota. ACE-III = Addenbrooke's Cognitive Examination-III

6. Interpretação conjunta dos resultados

Integrando os resultados de A.D. no MMSE e no ACE-III, constatei que o paciente aparentava encontrar-se orientado na dimensão da pessoa e apresentava também maior orientação a nível temporal e espacial, tendo falhado apenas no dia do mês na última avaliação (referiu ser dia 13 em vez de 17). Um estudo de O'Keeffe et al. (2011) verificou que a duração da hospitalização dos pacientes estava fortemente relacionada com a presença e a magnitude dos erros na identificação do dia do mês e da semana dada a relativa ausência das pistas sociais e ambientais habituais. Desse modo, o erro de A.D. pode estar associado ao longo período da sua hospitalização (inclusive antes de ingressar na UMDR, o paciente esteve também estado internado num Centro Hospitalar da cidade do Porto).

Ao nível do cálculo, o desempenho do paciente foi muito inferior na última avaliação face à primeira, na qual obteve pontuação máxima na tarefa. No ACE-III, A.D. respondeu de forma relativamente rápida e acertou na primeira subtração. No entanto, a partir desta errou consecutivamente o resultado seguinte. Esta discrepância face à primeira avaliação, juntamente com o facto de A.D. considerar ter boa capacidade de cálculo (segundo o paciente, por ter exercido bastante essa competência durante a sua atividade profissional) e com a sua restante performance na avaliação, levou-me a suspeitar de um problema relacionado com outros aspetos do seu funcionamento cognitivo que não com a competência aritmética *per se*. De modo a obter uma melhor estimativa das suas capacidades aritméticas e confirmar ou infirmar a hipótese de um comprometimento nestas, optei pela testagem de limites e propus ao paciente realizar alguns exercícios de cálculo semelhantes com recurso a papel e caneta, de maneira a que o doente pudesse visualizá-los diretamente. Devido às suas dificuldades na motricidade fina, eu escrevia os resultados que o paciente indicava. No geral, A.D. realizou os exercícios com relativa facilidade e rapidez (apesar de não estar definido um tempo limite para a realização da tarefa). O seu desempenho reforça assim a ideia de que o resultado obtido na subtração em série da última avaliação não será devido um comprometimento na sua competência aritmética, mas antes a possíveis dificuldades ao nível da atenção e concentração e/ou da memória, que são componentes consideráveis na aritmética em formato oral (Lezak et al., 2012). O facto de os exercícios terem sido realizados em papel permitiu assim diminuir a exigência destas componentes e mitigar a influência de uma atenção e/ou memória possivelmente deficitárias. Para além disso, os erros cometidos neste tipo de tarefas por pacientes com disfunção cerebral estão muitas vezes associados a um comprometimento na capacidade de automonitorização automática, isto é, de fazer duas coisas ao mesmo tempo, sendo neste caso a monitorização do desempenho enquanto se efetuam os cálculos (Lezak et al., 2012). Ainda relativamente à discrepância do desempenho na subtração em série do ACE-III face à do MMSE, é importante referir também que a tarefa do ACE-III apresenta um nível de dificuldade superior, uma vez que envolve subtrações de 7 em 7 a partir do número 100, comparativamente às de 3 em 3 a partir do número 30 que constam no MMSE.

Ao nível das capacidades mnésicas, não observei alterações significativas na memória semântica, sendo que A.D. apenas não soube indicar o nome do então Presidente dos Estados Unidos da América. O doente evidenciou também uma capacidade de evocação verbal imediata aparentemente preservada, conseguindo repetir imediata e corretamente as três palavras (à semelhança da primeira avaliação) e a morada que lhe foram fornecidas. Porém, apresentou um défice acentuado na evocação verbal diferida (livre). No que concerne às três palavras, A.D. conseguiu recordar-se apenas da primeira que lhe tinha sido dita, tal como se observou na

primeira avaliação. No entanto, não conseguiu recordar-se de nenhuma informação sobre a morada fornecida, apesar dos três ensaios de repetição. Deste modo, o paciente realizou o reconhecimento da morada, tendo conseguido identificar os diferentes elementos, exceto o número da porta. Estes resultados sugerem assim que, ao nível da memória auditiva, as dificuldades de A.D. relativamente à recordação de informação nova/recente não parecem estar relacionadas com a aprendizagem e a retenção dessa informação, mas antes com a sua recuperação, uma vez que o doente conseguiu repetir corretamente a informação logo após esta ter sido fornecida e reconhecê-la após um intervalo de tempo (Lezak et al., 2012; Strauss et al., 2006). O facto de A.D. ter uma capacidade relativamente intacta de reconhecimento, por oposição ao desempenho deficitário na evocação verbal livre, pode refletir o facto de o reconhecimento depender menos da recordação (nomeadamente do conteúdo e do contexto de um evento) e mais da avaliação de um sentimento relativamente automático de familiaridade (i.e., simplesmente saber que aconteceu; Baddeley et al., 2001). Comparando as duas tarefas de evocação verbal diferida, observou-se um melhor desempenho na das três palavras, apesar de ter existido apenas um ensaio de repetição. Tal observação pode ser explicada pela quantidade inferior de informação a recordar (apenas três palavras, por oposição à morada), pelo menor número de interferências (a única interferência foi a atividade de cálculo), bem como pelo intervalo de tempo mais curto desde a aprendizagem das palavras (dado que a evocação das mesmas foi solicitada logo após a tarefa de cálculo interferente). Nestas condições, o desempenho do doente evidenciou um aparente efeito de primazia, dado ter recordado apenas a primeira palavra apresentada. No que concerne à memória autobiográfica, avaliada através de questões relativas à vida pessoal do doente na entrevista semiestruturada realizada na primeira avaliação, esta aparentou encontrar-se intacta. Contudo, a mesma teria de ser explorada em maior detalhe numa entrevista que teria lugar em posterior avaliação.

Relativamente ao domínio da linguagem, o paciente não evidenciou alterações significativas na maioria das tarefas no ACE-III. Inclusive na escrita, que se encontrava deficitária na avaliação inicial com recurso ao MMSE, o paciente teve um desempenho superior, parecendo estar associado sobretudo à diminuição do tremor da sua mão face à primeira avaliação, permitindo-lhe assim redigir com uma caligrafia mais legível. Devo realçar ainda que as frases se encontravam corretamente escritas, porém apresentavam sintaxe simples. Na tarefa de leitura, o paciente enganou-se apenas numa palavra, podendo este lapso estar associado à diminuição da sua acuidade visual ou a dificuldades na atenção e concentração. Na tarefa de nomeação, A.D. conseguiu nomear todas as figuras apresentadas, exceto uma, e também associou corretamente as descrições às respetivas figuras.

Ao nível da fluência verbal, A.D. apresentou um desempenho significativamente baixo. Na componente fonémica, o paciente gerou apenas quatro palavras na ordem seguinte: “pato”, “pia”, “peru” e “porco”; estas foram todas referidas no início do intervalo de tempo para a tarefa (1 minuto). Na componente semântica, o paciente indicou sete nomes de animais, pela seguinte ordem: “leão”, “tubarão”, “camelo”, “urso”, “peru”, “gato” e “cão”; cerca de metade das palavras foi também referida no início do intervalo de tempo, sendo a outra metade dita no fim do tempo disponível. Na componente fonémica, o paciente aparentemente adotou uma estratégia para conseguir, de uma forma sistematizada, procurar e recordar as palavras: dizer palavras da categoria de animais até esgotá-la e trocar para outra categoria. O facto de ter pronunciado a palavra “pia” poderá confundir a análise qualitativa; no entanto, parece-me que essa palavra terá surgido por associação à categoria dos animais, nomeadamente aves, uma vez que surgiu entre dois nomes de aves (“pato” e “peru”). Estando as quatro palavras produzidas nesta componente associadas a nomes de animais, subentende-se uma tendência do doente em perseverar nesta categoria e com alguma dificuldade em trocar para outra categoria, sugerindo assim um certo nível de inflexibilidade cognitiva. Relativamente à componente semântica, a ordem de produção das palavras sugere que A.D. não adotou nenhuma estratégia específica para o ajudar na procura das palavras (e.g., organizar subcategorias de animais, como domésticos, do campo, insetos, etc.), revelando assim dificuldades na organização do pensamento. Ainda na componente semântica, o doente indicou apenas um dos três nomes de animal que referiu anteriormente na parte fonémica (“peru”), demonstrando dificuldades ao nível da atenção ou da memória a curto-prazo. Em ambas as componentes da tarefa de fluência, o paciente gerou palavras a um ritmo lento, o que pode estar associado a uma velocidade de processamento diminuída. O número reduzido de palavras geradas e o desempenho pobre do paciente em ambas as componentes parecem assim dever-se principalmente a défices na memória, atenção, organização do pensamento, flexibilidade cognitiva e/ou velocidade de processamento. Apesar do seu desempenho pobre, A.D. não quebrou nenhuma das regras que lhe foram ditas e não repetiu nenhuma palavra em cada componente da fluência verbal.

No que concerne às capacidades visuoespaciais, especificamente ao nível da perceção, o paciente apresentou um desempenho normal na tarefa de identificação das letras. No entanto, na tarefa de contagem dos pontos A.D. errou em dois dos quatro itens (mais especificamente o item no quadrante superior direito e o item no quadrante inferior esquerdo), tendo em ambos contado um ponto a mais face ao número real de pontos. A tarefa de contagem dos pontos permite avaliar o *scanning* visual e o comprometimento nesta tarefa evidencia as estratégias pobres de *scanning* dos pacientes, uma vez que alguns falham ou não veem certos pontos e acabam por responder um número muito pequeno de pontos; ou então contam o mesmo ponto

mais do que uma vez, sobrestimando o número total de pontos (McCarthy & Warrington, 1990), que parece ser o mais provável no caso de A.D. Considerando a resposta correta aos outros dois itens, bem como o seu restante desempenho na avaliação, este resultado aparenta não estar relacionado com a diminuição da acuidade visual do paciente, mas sim a dificuldades em manter uma abordagem ordenada da tarefa ou a problemas de *tracking* de números e pontos consecutivos (Lezak et al., 2012).

A.D. revelou ainda um comprometimento significativo no domínio visuoespacial. Em particular, nas tarefas de cópia o paciente não conseguiu desenhar corretamente as figuras que continham interseções, omitindo-as na sua cópia. Na tarefa de cópia do cubo, A.D. não manteve o padrão tridimensional na sua cópia e esta apenas continha cinco das 12 linhas do cubo, resultando a cópia final numa figura que em certa medida se assemelhava a um quadrado. O padrão de cópia do cubo sem a tridimensionalidade é comumente evidenciado no desempenho de doentes com demência; porém, este padrão de cópia realizado por pacientes não demenciados encontra-se significativamente associado a um risco de conversão à demência (Oonuma et al., 2013).

Por fim, evidenciou também alguns erros no desenho do relógio. O círculo estava pobremente desenhado, com uma forma quase oval e tamanho pequeno, mas os ponteiros estavam marcados nas horas indicadas. Porém, os seus comprimentos estavam errados, sendo o ponteiro das horas mais comprido que o dos minutos, e o ponto de onde partiam os ponteiros não se situava no centro do relógio. O facto de o círculo desenhado em primeira instância não ser simétrico e suficientemente grande pode ter influenciado a colocação posterior dos ponteiros. É incerto se este erro observado no desenho de A.D. se deveu às suas dificuldades na motricidade fina ou a uma possível dificuldade no planeamento. No seu desenho do relógio, observou-se ainda uma omissão de todos os números. A tarefa do desenho do relógio permite avaliar uma variedade de funções cognitivas para além das capacidades visuoespaciais, incluindo as visuoespaciais, a compreensão verbal, a memória, a atenção e concentração e as funções executivas (Freedman et al., 1994). O desempenho nesta tarefa, pela sua natureza multifacetada e multidimensional, envolve diversas regiões cerebrais em ambos os hemisférios (Lezak et al., 2012) e a afetação cerebral, causada por patologia ou lesão cerebral, pode consequentemente comprometer algumas funções relevantes ao desempenho nesta tarefa (Freitas & Simões, 2010). A análise qualitativa dos erros no desenho do relógio permite assim uma melhor compreensão das áreas com défice cognitivo (Freitas & Simões, 2010). Com efeito, o desempenho de A.D. nesta tarefa sugere uma capacidade preservada da compreensão auditiva e da memória auditiva imediata, uma vez que o paciente compreendeu as instruções dadas e memorizou o horário indicado, marcando-o posteriormente no relógio. No entanto, os erros que

apresentou (contorno pobre, ponteiros com proporções erradas e omissão dos números) sugerem défices noutras domínios cognitivos, particularmente ao nível da memória semântica (nomeadamente na recuperação dos elementos que compõem um relógio), das capacidades visuoperceptivas, visuoconstrutivas e visuomotoras, das funções executivas (como o planeamento, a automonitorização e o pensamento abstrato) e da atenção e concentração (Freedman et al., 1994). Podia ter sido útil experimentar fornecer ao paciente um círculo previamente desenhado de modo a avaliar a sua capacidade para marcar os ponteiros e os números no relógio, removendo assim a potencial influência de um círculo pobremente desenhado no restante desempenho. No entanto, este método recorreria mais às funções perceptivas e não tanto à memória, linguagem e funcionamento executivo como sucede no desenho livre (Freedman et al., 1994).

Nas tarefas visuoconstrutivas realizadas pelo paciente constatei diversos erros, nomeadamente: falha em desenhar a interseção nas figuras que a continham; simplificação do cubo, com falha em ilustrar a perspetiva do sólido geométrico; e tendência, em todas as tarefas, em realizar os desenhos com uma inclinação no sentido contrário aos dos ponteiros do relógio (rotação para a esquerda). Todavia, devo realçar que o desempenho neste tipo de tarefas é influenciado por défices noutras domínios cognitivos e, por isso, os resultados obtidos por A.D. nestas tarefas podem refletir a influência de outros fatores cognitivos no desempenho, ao invés de um défice visuoespacial *per se* (Salimi et al., 2019).

Sintetizando os resultados descritos, devo salientar que as funções cognitivas do paciente que se encontravam aparentemente preservadas eram: a orientação alopsíquica; a competência aritmética; a memória semântica, a auditiva imediata e a autobiográfica, embora não tenha sido possível avaliar a última em grande profundidade; a perceção visual; e a linguagem de um modo geral, embora as suas frases escritas tenham apresentado sintaxe simples. Por outro lado, os domínios cognitivos que se mostraram deficitários foram a memória auditiva diferida, a fluência verbal e a capacidade visuoconstrutiva. A atenção, a velocidade de processamento e o funcionamento executivo (incluindo componentes como a automonitorização, a capacidade de abstração, o planeamento e a flexibilidade cognitiva), embora não tenham sido avaliados diretamente, também eram passíveis de se encontrarem afetados, contribuindo desse modo para os erros encontrados nos outros domínios avaliados. Contudo, estes careceram de uma avaliação mais profunda. Além disso, a avaliação realizada também não incidiu sobre a memória visual, não sendo assim possível analisar o desempenho do paciente neste domínio. No geral, os resultados da avaliação sugeriram a existência de declínio cognitivo significativo, consistente com a presença de um quadro demencial.

No que diz respeito aos aspetos afetivo-emocionais, na avaliação inicial A.D. apresentou um nível de ansiedade moderado. Contudo, ao longo do seu processo de reabilitação verifiquei uma melhoria do seu estado de humor, que aparentava encontrar-se mais estável na última avaliação.

Comparativamente à primeira avaliação, o paciente exibiu uma postura um pouco mais aberta/recetiva e mostrou-se mais comunicativo e com prosódia algo mais expressiva. A.D. apresentava ainda um tom de voz baixo (hipofonia), que é uma das manifestações da Doença de Parkinson (Lezak et al., 2012). A espontaneidade no seu discurso, porém, permanecia reduzida. Além disso, em alguns momentos das sessões A.D. manifestou ecolalia (e.g., numa determinada tarefa em que o paciente estava a ter alguma dificuldade, eu referi “esta tarefa é um pouco mais complicada” [sic] e o paciente repetiu exatamente a mesma frase, tendo-se observado o mesmo noutros momentos ao longo da avaliação).

Tal como referido anteriormente, o estágio presencial foi terminado antecipadamente devido à crise pandémica gerada pelo COVID-19 e, por esse motivo, não foi possível terminar a avaliação de A.D. Importa referir que as interpretações qualitativas dos resultados aqui realizadas não são definitivas, pois tal seria um pouco prematuro com base apenas nos instrumentos utilizados, mas possibilitam a conceção de hipóteses que podem orientar os próximos passos na avaliação. Em situação normal estas hipóteses seriam então exploradas em maior profundidade nas sessões seguintes da avaliação.

Deste modo, se o processo de avaliação tivesse tido continuidade realizaria uma segunda entrevista semiestruturada para obter uma anamnese completa do paciente. A primeira entrevista a A.D., que teve lugar aquando da sua admissão, não permitiu obter informação pessoal sobre o paciente de uma forma exaustiva, dado também não ser esse o objetivo da mesma. Assim, seria importante explorar com maior detalhe diversos aspetos como: a história da infância de A.D. e do seu desenvolvimento; o seu percurso académico e laboral; as suas relações familiares, amistosas e amorosas e o seu suporte social atual; a sua história de saúde, incluindo os AVCs que sofreu, o surgimento da Doença de Parkinson e o momento da queda que originou o TCE, bem como os seus hábitos de consumo, nomeadamente de cafeína e nicotina que estiveram presentes. Esta entrevista permitiria também avaliar a memória autobiográfica do paciente com maior detalhe.

Além disso, tinha em mente aplicar posteriormente alguns instrumentos neuropsicológicos adicionais visando explorar determinadas áreas que não foram tão aprofundadas na avaliação anterior, bem como aquelas que evidenciaram défice e que careçam de uma apreciação mais detalhada, culminando assim numa avaliação exaustiva. Em seguida, refiro as provas que utilizaria após a entrevista, caso o processo de avaliação tivesse tido

continuidade (a síntese do planeamento da aplicação das provas neuropsicológicas ao doente pode ser consultada no Anexo G).

A primeira sessão da aplicação dos instrumentos seria focada na avaliação da atenção, uma vez que a atenção intacta é um pré-requisito necessário para a maioria das atividades mentais e, além disso, o desempenho bem-sucedido em diversos testes cognitivos requer atenção sustentada e focada (Lezak et al., 2012). Para isso, aplicaria o Stroop (Golden, 1994; versão portuguesa: S. Fernandes, 2013) que possibilita a avaliação da atenção seletiva e concentração, atenção focada e controlo inibitório, bem como da memória de trabalho e velocidade de processamento de informação que são componentes também envolvidas no desempenho desta tarefa (Lezak et al., 2012; Strauss et al., 2006). Além disso, utilizaria o Trail Making Test (TMT; Army Individual Test Battery, 1944; versão portuguesa: Cavaco et al., 2013), incluindo ambas as partes A e B, que permite avaliar a atenção dividida, velocidade de processamento, flexibilidade cognitiva e capacidades visuomotoras (Bowie & Harvey, 2006; Lezak et al., 2012; Strauss et al., 2006). Ambos os instrumentos seriam aplicados numa única sessão que teria lugar de manhã. O momento de testagem é um aspeto que deve ser tido em consideração e sobretudo na população idosa, pois pode ajudar a maximizar a sua performance. Particularmente na avaliação de idosos com recurso ao Stroop, a testagem numa altura do dia que não é ideal (e.g., ao final do dia) pode comprometer a eficiência do controlo inibitório (May & Hasher, 1998). Tal como referido anteriormente, o estado de humor de A.D. aparentava encontrar-se mais estável. Porém, seria importante realizar nova avaliação relativa ao estado psicoemocional, visando verificar se existem efetivamente alterações face ao nível moderado de ansiedade reportado previamente na HADS, aquando da sua admissão na unidade. Para isso, nesta sessão aplicaria ainda o Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993; versão portuguesa: Canavarro, 1999) que permite avaliar de forma breve o tipo e gravidade de sintomas psicopatológicos. Caso verificasse alguma sintomatologia significativa em particular, esta poderia ser explorada posteriormente através de um outro teste mais específico para esse efeito.

Tanto o Stroop como o TMT requerem a contribuição de componentes do funcionamento executivo no seu desempenho. Porém, seria pertinente na sessão seguinte explorar as funções executivas em maior detalhe, dada a sua importância no funcionamento cognitivo geral. Os défices no funcionamento executivo tendem a manifestar-se de uma forma global, afetando todos os aspetos do comportamento. Estes défices podem afetar diretamente o funcionamento cognitivo em termos do comprometimento de estratégias para abordar, planear ou executar tarefas cognitivas, bem como numa monitorização deficitária da performance (Goldberg, 2009; Tranel et al., 2007). Para a avaliação das funções executivas, administraria então o INECO Frontal Screening (IFS; Torralva et al., 2009; versão portuguesa: Caldeira et

al., 2011) na segunda sessão. Esta prova incide na avaliação de três domínios do funcionamento executivo, nomeadamente a inibição e alternância de resposta, a capacidade de abstração e a memória de trabalho (Torralva et al., 2009). Além disso, na mesma sessão aplicaria também o Teste Simplificado dos Seis Elementos da Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS; B. A. Wilson et al., 1996; versão portuguesa: Barbosa et al., 2011). Este subteste permite avaliar a capacidade do paciente de planear, organizar e automonitorizar o seu desempenho, enquanto simultaneamente tem de se recordar e executar uma tarefa (i.e., memória prospetiva). Este é assim um dos subtestes mais completos da BADS que abrange até uma gama mais ampla de componentes do funcionamento executivo do que os outros cinco subtestes da mesma bateria (Murakami et al., 2015).

A terceira sessão seria dedicada à examinação da memória e aprendizagem. A avaliação anterior incidiu essencialmente na modalidade auditiva da memória e deu azo à hipótese de o paciente manter uma capacidade preservada de aprendizagem e retenção de informação nova e de as suas dificuldades incidirem na recuperação dessa informação, que por sua vez beneficia da apresentação de opções de escolha (reconhecimento). Assim, seria importante explorar melhor esta hipótese, bem como a existência ou não de diferenças entre as modalidades auditiva e visual da memória. Para averiguar estes aspetos, utilizaria a Escala de Memória de Wechsler – 3ª edição (WMS-III; Wechsler, 2008), mais especificamente os subtestes principais de memória auditiva (Memória Lógica I e II e Pares de Palavras I e II) e de memória visual (Faces I e II e Cenas de Família I e II).

Na quarta sessão, aplicaria o Teste de Cópia de Figuras Complexas (Rey, 2002), mais especificamente as tarefas de cópia e reprodução de memória da Figura A. Esta prova permite avaliar a memória visual imediata, a habilidade visuoespacial e construtiva e a capacidade de organização e planeamento do sujeito (Lezak et al., 2012). Para além das provas de desenho, como a da cópia da Figura Complexa de Rey e as que o paciente realizou no MMSE e no ACE-III, seria pertinente averiguar também o desempenho do paciente em provas de montagem e construção. Para isso, aplicaria o subteste de Cubos da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª Edição (WAIS-III; Wechsler, 2006). Este subteste envolve uma componente de velocidade que pode ser prejudicada pelas dificuldades que A.D. apresenta ao nível da motricidade. No entanto, caso o doente não conseguisse realizar a tarefa no tempo destinado, recorreria à testagem de limites ao permitir a ultrapassagem do tempo inicialmente estipulado, visando assim compreender se o doente era efetivamente capaz de reproduzir o modelo fornecido. As tarefas de montagem envolvem a componente espacial na perceção e na execução motora e a sua inclusão na avaliação, juntamente com tarefas de desenho, ajudará a discriminar

entre os aspetos espaciais e visuais de uma deficiência construtiva e a estimar as contribuições relativas de cada um nesse desempenho (Lezak et al., 2012).

Os instrumentos neuropsicológicos referidos seriam aplicados novamente no final da intervenção com o paciente, visando verificar se houve evolução ou manutenção do seu funcionamento neuropsicológico.

7. Hipótese diagnóstica

A avaliação realizada a A.D., embora incompleta, sugere a existência de um declínio cognitivo significativo, que é consistente com a presença de um quadro demencial dado o resultado obtido no ACE-III ser inferior ao ponto de corte definido para demência (Peixoto et al., 2018). Tendo em conta que, para além do diagnóstico de TCE que originou o internamento na unidade, o paciente apresentava também diversos antecedentes médicos passíveis de exercer influência sobre o seu funcionamento cognitivo (incluindo doença cerebrovascular, três AVCs e Doença de Parkinson), o seu quadro clínico é assim sugestivo de uma Perturbação Neurocognitiva (PNC) Major devida a múltiplas etiologias.

De acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.^a ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2014), a PNC Major caracteriza-se pela evidência de declínio cognitivo relativamente a um nível anterior de desempenho num ou mais domínios cognitivos, baseando-se simultaneamente: 1) numa preocupação sobre o declínio no funcionamento cognitivo por parte do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico; e 2) num défice significativo no desempenho cognitivo, preferencialmente documentado por testes neuropsicológicos standardizados, sendo esse desempenho inferior ao esperado na avaliação objetiva (Critério A). O desempenho cognitivo de A.D. na avaliação inicial com o MMSE despertou a preocupação por parte da equipa multidisciplinar e a avaliação subsequente com recurso ao ACE-III evidenciou um declínio cognitivo significativo, em particular nos domínios da atenção, memória, fluência verbal e capacidade visuoespacial, sendo o resultado obtido nitidamente inferior ao esperado considerando a idade e escolaridade do paciente. Além disso, para o diagnóstico da perturbação é requerido ainda que estes défices cognitivos interfiram na independência do indivíduo para as AVD (Critério B). De facto, previamente ao internamento A.D. apresentava já limitações na sua autonomia, necessitando do apoio do seu irmão (atual cuidador responsável do doente) e da cunhada para a realização de várias atividades (e.g., gestão da medicação) e ainda de apoio formal (frequentava centro de dia). Verificou-se um agravamento do seu estado de dependência ao longo do tempo, com sucessivas quedas,

culminando a última delas no TCE que deu origem ao seu internamento hospitalar. Para ser considerada PNC Major, os défices não devem ainda ocorrer exclusivamente no contexto de um *delirium* (Critério C) e não devem ser mais bem explicados por outra perturbação mental, como por exemplo esquizofrenia ou perturbação depressiva major (Critério D). Apesar de a sintomatologia psicopatológica não ter sido avaliada em maior pormenor na última avaliação realizada, ao longo do internamento de A.D. não foram reportados nem observados sintomas associados às perturbações referidas e verificou-se inclusive um estado de humor do paciente aparentemente mais estável face à avaliação inicial, acompanhada por um comportamento mais ajustado e expressivo. Parece, assim, que os critérios para PNC Major se encontram preenchidos no caso de A.D.

Por sua vez, esta PNC aparenta ser devida a múltiplas etiologias. Segundo o DSM-5, o diagnóstico da PNC Major devida a múltiplas etiologias tem lugar após serem preenchidos os critérios para PNC Major (Critério A); existir evidência de que a PNC é consequência fisiopatológica direta de mais do que um processo etiológico (excluindo substâncias), a partir da história clínica, exame físico ou exames laboratoriais (Critério B); e os défices cognitivos manifestados pelo indivíduo não ocorrerem exclusivamente durante o curso de um *delirium*, nem serem mais bem explicados por outra perturbação mental (Critério C). Efetivamente, na história clínica do paciente constam diversas condições médicas que podem exercer influência sobre o seu funcionamento cognitivo, incluindo doença cerebrovascular, historial de AVCs, Doença de Parkinson e ainda TCE, com exames complementares descritos no seu processo clínico. A hipótese diagnóstica associada ao perfil neuropsicológico do paciente seria então de PNC Major devido a múltiplas etiologias, sendo estas nomeadamente a doença vascular, Doença de Parkinson e lesão cerebral traumática (TCE). Não existe informação relativa ao momento em que os défices cognitivos tiveram início e também não é possível determinar a patologia médica específica que originou o declínio cognitivo do paciente. Desse modo, e apesar de existir evidência da existência das diversas condições clínicas referidas no caso de A.D., não podem ser preenchidos os critérios para PNC Major devida a cada uma delas. Porém, dado que todas essas patologias são passíveis de comprometer o seu desempenho cognitivo, a hipótese diagnóstica de PNC Major devido a múltiplas etiologias parece ser assim a mais viável no seu caso.

Importa salientar que esta é meramente uma hipótese, uma vez que, tal como supramencionado, a avaliação não pôde ser concluída e, desse modo, seria prematuro determinar o diagnóstico de A.D. com base somente nos resultados reportados previamente. O estabelecimento de um diagnóstico robusto carece de uma avaliação mais aprofundada, que

seria efetivada de acordo com o planeamento das sessões de avaliação seguintes, descrito anteriormente.

8. Recomendações de intervenção

A deteção precoce da PNC, antes de esta se encontrar numa fase muito avançada, permite por em marcha estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas que visem retardar a progressão da doença, controlar a morbilidade associada e contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente (Tárraga et al., 1999). Nesse sentido, e atendendo ao que pude observar, bem como aos resultados obtidos até ao momento em que o processo de avaliação foi interrompido, considero que a reabilitação cognitiva (RC) seria a intervenção psicológica recomendada no caso de A.D. (incluída nas estratégias terapêuticas não farmacológicas). Esta visa remediar, reduzir ou aliviar os défices cognitivos, causados por um insulto neurológico, possibilitando ao indivíduo funcionar da forma mais adequada possível no ambiente que é o mais apropriado para si (B. A. Wilson, 2008; B. A. Wilson et al., 2002). A RC inclui o treino das funções cognitivas, bem como o ensino de estratégias de compensação (B. A. Wilson et al., 2009). As estratégias compensatórias são também uma parte importante no processo de reabilitação, visto consistirem em meios alternativos de possibilitar ao indivíduo alcançar um determinado objetivo desejado quando uma área cognitiva específica não se encontra a funcionar de forma eficaz (B. A. Wilson, 2008). Importa relembrar que o processo de RC se baseia na neuroplasticidade, que por sua vez existe também no cérebro de pessoas idosas, incluindo naquelas que apresentam um quadro demencial, ainda que em menor intensidade e principalmente em fases não tão avançadas do processo neurodegenerativo (Tárraga et al., 2004).

Após a conclusão da avaliação neuropsicológica, seriam identificadas as áreas cognitivas deficitárias e preservadas. A etapa seguinte seria o planeamento da RC e a definição dos objetivos. Estes seriam discutidos e negociados com A.D., viabilizando assim um papel ativo do paciente no seu próprio processo de reabilitação e aumentando, por sua vez, a sua motivação e envolvimento nesse processo. O plano de reabilitação seria adaptado ao paciente e às suas dificuldades intelectuais e físicas (nomeadamente motoras, visuais e auditivas). Tal como realça Clare (2017), a reabilitação deve ter em conta a idiosincrasia de cada pessoa, que encerra em si um conjunto único de experiências, valores e motivações, pontos fortes e necessidades.

Em princípio a RC seria operacionalizada na modalidade individual, uma vez que A.D. relatou previamente não se identificar com os restantes doentes da unidade, e os exercícios selecionados seriam realizados com recurso a papel e caneta. A RC seria também acompanhada pela psicoeducação, visando facilitar ao doente a compreensão das suas forças e fraquezas cognitivas (Clare & Woods, 2004). Além disso, realizaria paralelamente um acompanhamento psicológico a A.D., em função dos resultados evidenciados na avaliação, bem como da observação do paciente ao longo das sessões e das necessidades manifestadas. Este apoio psicológico é importante à medida que os indivíduos se confrontam com o impacto emocional da sua incapacidade funcional na reabilitação (Clare, 2017). No final da intervenção, procederia a nova avaliação a A.D. recorrendo aos instrumentos utilizados previamente para averiguar a evolução do paciente (i.e., se existiu uma melhoria ou, pelo menos, a manutenção do seu desempenho), bem como a eficácia da intervenção.

9. Reflexão sobre o estudo de caso

Infelizmente, como supramencionado, não foi possível terminar este processo devido à interrupção do estágio presencial motivada pelo COVID-19, o que originou fortes limitações no trabalho a realizar.

Do trabalho desenvolvido, salienta-se que A.D. sofreu um TCE derivado de uma queda, que originou o seu internamento hospitalar. Apesar do valor na ECG aquando da admissão, o paciente apresentava vários preditores de um prognóstico negativo relativamente à recuperação do TCE. Contudo, desde que o paciente ingressou na UMDR, apresentou uma recuperação significativa, não só ao nível físico-motor que era o objetivo do seu internamento, mas a um nível global. O seu caso despertou interesse em mim e ao longo do tempo que fui acompanhando A.D., fui adquirindo um carinho especial por ele, sem, contudo, contaminar a objetividade da minha análise e da minha intervenção.

Durante o período em que pude estar com o paciente consegui perceber que é uma pessoa determinada e que, dada a sua colaboração e boa adesão às tarefas que lhe eram propostas, a RC apresentava perspectivas de ser bem-sucedida. Sem pretender repetir os aspetos mencionados ao longo do presente capítulo, devo salientar que gostava de ter tido oportunidade de explorar melhor a história pessoal do paciente e de o poder ajudar a alcançar o seu potencial máximo de reabilitação.

Aquando da interrupção do estágio presencial, A.D. encontrava-se em situação de prolongamento social sem data de alta prevista, à espera de uma vaga para integrar uma ERPI e poder abandonar efetivamente a unidade. Pela experiência que tive no local de estágio e pelo

que pude observar, na maioria das vezes os pacientes cuja retaguarda familiar e social não era a mais favorável e que se encontravam em situação de prolongamento social, como era o caso de A.D., permaneciam em internamento durante um longo período a aguardar uma vaga disponível numa instituição pública. Esta institucionalização prolongada é efetivamente motivo de preocupação, dados os riscos associados em termos físicos, cognitivos e sociais.

Independentemente dos constrangimentos surgidos, este estudo permitiu-me tomar consciência, na prática, da importância da realização de uma avaliação neuropsicológica abrangente e da tomada de decisão fundamentada tendente à intervenção mais adequada. Sinto-me agora mais capaz e confiante para futuramente implementar estes processos de modo consistente em contexto profissional.

Reflexão final

Este estágio decorreu na UCCI de um Hospital ao longo de vários meses, tendo a parte presencial sido interrompida antecipadamente (sensivelmente a meio) devido à inesperada crise pandémica. No entanto, mesmo em regime não presencial procurei, dentro do possível, desenvolver as linhas de rumo que já orientavam a minha ação presencial na instituição. Deste modo, a minha intervenção incidiu essencialmente no apoio emocional e motivacional, mas também na estimulação cognitiva. Desenvolvi ainda outras atividades de acordo com as solicitações e as necessidades do serviço.

Neste ponto do caminho percorrido e num momento de pausa reflexiva, importa tecer algumas ideias, sublinhando aspetos que me parecem pertinentes. Assim, devo salientar a adaptação ao contexto e a apropriação de alguns termos médicos numa fase inicial do estágio. Sendo um contexto desconhecido para mim, com as suas particularidades, tive de realizar alguma pesquisa para conseguir compreender a terminologia usada no local.

A fase inicial de uma avaliação mais autónoma aos pacientes, apesar de tão ansiosamente aguardada por ser o meu primeiro contacto com a prática da Psicologia e com a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico, trouxe alguns receios e alguma ansiedade por ser algo novo para mim e por ter sentido que o período de observação foi relativamente curto. Porém, após os primeiros tempos de uma prática um pouco a medo, comecei a sentir-me mais à vontade e confiante no meu papel. Ainda numa fase inicial, senti algum desconforto face a momentos de choro ou de silêncio dos doentes, o que progressivamente fui ultrapassando, permitindo que eles expressassem livremente os seus sentimentos. Revelou-se também um pouco complicado e por vezes frustrante realizar um acompanhamento junto de alguns pacientes que não se mostravam colaborantes para tal. Além disso, as dificuldades na comunicação de algumas pessoas (e.g., afasia, disartria) por vezes aportavam alguns constrangimentos à comunicação eficiente com elas. Recordo em certos momentos querer tentar entender o doente mas não conseguir e, simultaneamente, não lhe querer transmitir que não estava a conseguir compreendê-lo para não lhe causar maior frustração e desânimo. Algumas dificuldades dos doentes internados, como por exemplo a diminuição da acuidade visual e/ou auditiva e as dificuldades motoras, implicaram também desafios que motivaram a minha capacidade de adaptação na abordagem e no desenvolvimento do meu trabalho junto destas pessoas.

Relativamente às condições do serviço, devo salientar a forma positiva e afável como fui acolhida pelos profissionais da unidade. No entanto, devo também referir que não existia uma sala própria para consulta/acompanhamento individual de Psicologia. Assim, era utilizada

a sala onde se encontravam arquivados os processos clínicos dos doentes, que por sua vez era aberta aos restantes técnicos que necessitassem desse espaço, o que por vezes motivava interrupções na minha atividade com os pacientes. Para esse efeito, também era usado o próprio quarto dos doentes. Deste modo, as condições descritas motivaram alguns constrangimentos no trabalho que desenvolvi neste local, embora não obstaculizassem a essência da minha ação. Daqui emerge a sugestão de alocar ao serviço de Psicologia da UCCI melhores condições físicas para a eficiência desta atividade.

Outro constrangimento que enfrentei relaciona-se com a conciliação do meu trabalho junto dos doentes com os seus horários de fisioterapia, terapia da fala, consultas externas e visitas de familiares e pessoas próximas, que exigiu da minha parte flexibilidade de atuação.

Tendo consciência da necessidade de algum distanciamento e de capacidade de autoanálise, mas também do carácter de subjetividade que esta reflexão final integra, poderei afirmar que, apesar de todos os constrangimentos enfrentados, terminei o estágio com um sentimento de utilidade, visto que penso ter contribuído para o bem-estar dos doentes que integraram a UCCI durante esse período e julgo também ter proporcionado uma vivência mais agradável do seu internamento. No fundo, procurei com o meu trabalho facilitar o envelhecimento ativo desta população. Como postula a World Health Organization (WHO, 2002), este consiste no processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.

Em conclusão, este estágio constituiu-se como uma oportunidade para a aplicação prática de conceitos apreendidos ao longo do percurso académico e encaro-o como uma etapa marcante no meu crescimento quer a nível profissional, quer pessoal. Aqui chegada, tenho consciência do que vivi e aprendi, mas também perspetivo um caminho de aprendizagem permanente, que procurarei trilhar no futuro em direção a uma prática cada vez mais profícua.

Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2017). *Relatório Final. Grupo de Trabalho para análise, estudo e elaboração de propostas relativamente aos modelos de organização da prestação de cuidados na área da psicologia no Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 13278/2016, de 7 de novembro de 2016)*.
- Alto Comissariado da Saúde. (2009). Cuidados Continuados Integrados em Portugal. *PNS em Foco - Boletim Informativo n.º 5*.
- Alves, R. F. (2011). *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa*. EDUEPB.
<https://doi.org/10.7476/9788578791926>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5.ª ed.)*.
- American Psychological Association. (2004). *Psychology: Promoting Health and Well-Being through High Quality, Cost-Effective Treatment*.
- Amodeo, M. T., Netto, T. M., & Fonseca, R. P. (2010). Desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva para adultos idosos: Modalidades da Literatura e da Neuropsicologia. *Letras de Hoje*, 45(3), 54–64.
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Marta, L. M. G., & Amaral, T. I. O. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 193–201.
<https://dx.doi.org/10.12707/RIII11104>
- Army Individual Test Battery. (1944). *Manual of directions and scoring*. War Department, Adjutant General's Office.
- Baddeley, A., Vargha-Khadem, F., & Mishkin, M. (2001). Preserved Recognition in a Case of Developmental Amnesia: Implications for the Acquisition of Semantic Memory? *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13(3), 357–369.
- Barbosa, F., Peixoto, B., & Silveira, C. (2011). Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS): Dados normativos portugueses e indicadores psicométricos. *Saúde Mental*, 13(6), 21–27.
- Berg, G. V., Hedelin, B., & Sarvimaki, A. (2005). A holistic approach to the promotion of older hospital patients' health. *International Nursing Review*, 52(1), 73–80.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00264.x>

- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Administration and interpretation of the Trail Making Test. *Nature Protocols*, *1*(5), 2277–2281. <https://doi.org/10.1038/nprot.2006.390>
- Caldeira, M. J., Baeta, E., & Peixoto, B. (2011). Preliminary validation of the portuguese version of the INECO Frontal Screening. *Journal of Neurology*, *258*.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 87–109). SHO/APPORT.
- Cardoso, R. M. (Ed.). (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2002). Psicologia da saúde em Portugal. Panorâmica breve. *Análise Psicológica*, *20*(1), 165–170. <https://doi.org/10.14417/ap.303>
- Carvalho Teixeira, J. A. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, *22*(3), 441–448. <https://doi.org/10.14417/ap.214>
- Cavaco, S., Goncalves, A., Pinto, C., Almeida, 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. <https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>
- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLOS Medicine*, *14*(3), 1–4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002245>
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer’s disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, *14*(4), 385–401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Costa, A. R. D., & Sequeira, C. (2013). Efetividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *9*, 14–20. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0057>
- Coutinho, M. P. L., Gontiès, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: Representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, *8*(2), 183–192. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200010>

- Cruise, C. E., Broderick, J., Porter, L., Kaell, A., & Stone, A. A. (1996). Reactive effects of diary self-assessment in chronic pain patients: *Pain*, 67(2), 253–258.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(96\)03125-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(96)03125-9)
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Em *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A*. Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). National Computers Systems.
- Despacho n.º 11347-2017. Em *Diário da República, 2.ª série—N.º 247—27 de dezembro de 2017*. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
<https://dre.pt/application/conteudo/114412218>
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A DEPRESSÃO NO IDOSO. *Millenium*, 43, 79–94.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Quarteto Editora.
- Fernandes, S. (2013). *Stroop. Teste de Cores e Palavras - Adaptação portuguesa*. CEGOG-TEA.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-Mental State”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: Symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41–49. <https://doi.org/10.12707/RIV14030>
- Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Winocur, G., Shulman, K., & Delis, D. C. (1994). *Clock Drawing: A Neuropsychological Analysis*. Oxford University Press.
- Freitas, S., & Simões, M. R. (2010). Teste do Desenho do Relógio: Utilidade e validade como instrumento de rastreio cognitivo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 14(2), 319–338.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). ESTUDOS DE ADAPTAÇÃO DO MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345–357.
- Friedman, H. S. (Ed.). (2011). *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford University Press.

- Gammon. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), 84–96. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.1998.00084.x>
- Gargallo, B. (2015). *PIAAR - Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade (Nível 1 e 2)*. CEGOC-TEA.
- Gil, P., Yubero, R., & Morón, L. (2005). *Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer*. Just in Time S.L.
- Goldberg, E. (2009). *The New Executive Brain: Frontal Lobes in a Complex World*. Oxford University Press.
- Golden, C. (1994). *Stroop. Test de Cores y Palabras*. TEA Ediciones.
- Gonçalves, C. (2012). PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. *O portal dos psicólogos*, 1–18.
- Gonçalves, Ó. F. (2006). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas (5.ª ed.)*. Edições Afrontamento.
- Groth-Marnat, G. (2003). *HANDBOOK OF PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT (4th ed.)*. John Wiley & Sons.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9–10.
- Guimarães, A. C., Dutra, N. S., Silva, G. L. S., Vieira-Silva, M., & Maia, B. D. C. (2016). Atividades grupais com idosos institucionalizados: Exercícios físicos funcionais e lúdicos em ação transdisciplinar. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(2), 443–452.
- Harvey, P. D. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(1), 91–99. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.1/pharvey>
- Holt, N. J., Furbert, L., & Sweetingham, E. (2019). Cognitive and Affective Benefits of Coloring: Two Randomized Controlled Crossover Studies. *Art Therapy*, 36(4), 200–208. <https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1645498>
- Hsieh, S., McGrory, S., Leslie, F., Dawson, K., Ahmed, S., Butler, C. R., Rowe, J. B., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2015). The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: A New

- Assessment Tool for Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39(1–2), 1–11. <https://doi.org/10.1159/000366040>
- Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(3–4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000351671>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2019). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Zalaquett, C. P. (2010). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society* (7th ed.). Thomas Brooks/Cole.
- Kinsella, G. J., Mullaly, E., Rand, E., Ong, B., Burton, C., Price, S., Phillips, M., & Storey, E. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: A randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80(7), 730–736. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2008.148346>
- Klautau, P., Winograd, M., & Jr, B. B. (2009). Normatividade e plasticidade: Algumas considerações sobre a clínica psicanalítica com pacientes neurológicos. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 9(2), 551–574.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (1998). Brain plasticity and behavior. *Annual review of psychology*, 49(1), 43–64. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.43>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed). Oxford University Press.
- Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). PSYCHOMETRIC AND NORMATIVE INDICATORS OF THE PORTUGUESE VERSION OF THE ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION-III. PRELIMINARY STUDY ON A SAMPLE OF HEALTHY SUBJECTS. *Acta Neuropsychologica*, 13(2), 127–136.
- Madrigal, J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 22, 4–14.
- Maroto, M. Á. (2005). *La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Instituto de Salud Pública.

- Martín, S. M., & Cruz-Jentoft, A. J. (2012). Impact of hospital admission on functional and cognitive measures in older subjects. *European Geriatric Medicine*, 3(4), 208–212. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.11.008>
- May, C. P., & Hasher, L. (1998). Synchrony effects in inhibitory control over thought and action. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 24(2), 363–379. <https://doi.org/10.1037/0096-1523.24.2.363>
- McCarthy, R. A., & Warrington, E. K. (1990). *Cognitive Neuropsychology: A Clinical Introduction*. Elsevier Science.
- Morris, T. (2010). Traumatic Brain Injury. Em C. L. Armstrong, & Morrow, L. (Eds.), *Handbook of Medical Neuropsychology: Applications of Cognitive Neuroscience* (pp. 17–32). Springer Science+Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1364-7_2
- Murakami, H., Owan, Y., Oguchi, T., Nomoto, S., Shozawa, H., Kubota, S., Mori, Y., Mizuma, K., Futamura, A., Kobayakawa, M., Kezuka, M., Midorikawa, A., Miller, M. W., & Kawamura, M. (2015). Modified Six Elements Test: Earlier diagnosis of the correlation between motor and executive dysfunction in Parkinson’s disease without dementia. *Neurology and Clinical Neuroscience*, 3(6), 209–214. <https://doi.org/10.1111/ncn3.12002>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment: MOCA: A BRIEF SCREENING TOOL FOR MCI. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- O’Keeffe, E., Mukhtar, O., & O’Keeffe, S. T. (2011). Orientation to time as a guide to the presence and severity of cognitive impairment in older hospital patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82(5), 500–504. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.214817>
- Oonuma, J., Kasai, M., Meguro, K., Akanuma, K., Meguro, M., & Ksuya, M. (2013). Non-3D pattern of copying the Necker cube as a risk of dementia among a nondemented population: Reanalysis from the Tajiri project. *Alzheimer’s & Dementia*, 4(9).
- Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., & Woods, B. (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with

- dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 446–451.
<https://doi.org/10.1002/gps.1304>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237.
<https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Peixoto, B., Baeta, É., Machado, M., Rocha, P., Macedo, C., Machado, A., Gonçalves, G., Pimentel, P., Lopes, E., & Monteiro, L. (2019). Diagnostic Utility of the Portuguese Version of the Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination in Early Dementia. *GeroPsych*, 32(4), 175–180. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000214>
- Peixoto, B., Machado, M., Rocha, P., Macedo, C., Machado, A., Baeta, É., Gonçalves, G., Pimentel, P., Lopes, E., & Monteiro, L. (2018). Validation of the Portuguese version of Addenbrooke's Cognitive Examination III in mild cognitive impairment and dementia. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 27(6), 781–786.
<https://doi.org/10.17219/acem/68975>
- Peña, A. S. (2010). *Estimulación cognitiva para adultos*. Gesfomedia.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Fundación La Caixa.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Quarteto.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223–236.
<https://doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Ponsford, J., Draper, K., & Schönberger, M. (2008). Functional outcome 10 years after traumatic brain injury: Its relationship with demographic, injury severity, and cognitive and emotional status. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 233–242. <https://doi.org/10.1017/S1355617708080272>
- Ponsford, J., Willmott, C., Rothwell, A., Cameron, P., Kelly, A.-M., Nelms, R., Curran, C., & Ng, K. (2000). Factors influencing outcome following mild traumatic brain injury in adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 568–579.
<https://doi.org/10.1017/S1355617700655066>

- Rey, A. (2002). *Teste de Cópia de Figuras Complexas* (2.^a ed.). CEGOC-TEA.
- Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Nursing*, 222, 7–11.
- Salimi, S., Irish, M., Foxe, D., Hodges, J. R., Piguet, O., & Burrell, J. R. (2019). Visuospatial dysfunction in Alzheimer's disease and behavioural variant frontotemporal dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 402, 74–80.
<https://doi.org/10.1016/j.jns.2019.04.019>
- Santos, M. T., & Flores-Mendoza, C. (2017). Treino Cognitivo para Idosos: Uma Revisão Sistemática dos Estudos Nacionais. *Psico-USF*, 22(2), 337–349.
<https://doi.org/10.1590/1413-82712017220212>
- Schmitz, B., Klug, J., & Schmidt, M. (2011). Assessing self-regulated learning using diary measures with university students. Em B. J. Zimmerman, & D. H. Schunk (Eds.), *Handbook of self-regulation of learning and performance* (pp. 251–266). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(34), 9–33.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. *BMJ*, 303(6814), 1385–1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). *O essencial sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Guia Prático para a população* [Brochura].
https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/PUBLICO/GUIA%20AVC%20POPULACAO_final.pdf
- 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 dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). Oxford University Press.

- Tárraga, L., & Boada, M. (Eds.). (2004). *Cuadernos de repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve*. Glosa.
- Tárraga, L., & Boada, M. (Eds.). (2003). *Cuadernos de repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Glosa.
- Tárraga, L., & Boada, M. (Eds.). (1999). *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Glosa.
- Thornhill, S., Graham, M. T., Murray, G. D., McEwen, J., Roy, C. W., & Penny, K. I. (2000). Disability in young people and adults one year after head injury: Prospective cohort study. *BMJ*, *320*(7250), 1631–1635. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7250.1631>
- 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—CORRECTED VERSION. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *15*(5), 777–786. <https://doi.org/10.1017/S1355617709990415>
- Tranel, D., Benton, A., & Olson, K. (1997). A 10-year longitudinal study of cognitive changes in elderly persons. *Developmental Neuropsychology*, *13*(1), 87–96. <https://doi.org/10.1080/87565649709540669>
- Tranel, D., Hathaway-Nepple, J., & Anderson, S. W. (2007). Impaired behavior on real-world tasks following damage to the ventromedial prefrontal cortex. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *29*(3), 319–332. <https://doi.org/10.1080/13803390600701376>
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2002). Psicologia em serviços de saúde. Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, *20*(1), 171–174. <https://doi.org/10.14417/ap.304>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2013). *Implementação e monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Relatório final*. Direção Geral de Saúde Lisboa.

- Urzi, D., Stapleton, P., & Chatwin, H. (2016). The use of a daily diary system to promote self-monitoring and improve health-related identity and self-efficacy. *Graduate Journal of Sport, Exercise & Physical Education Research*, 4, 14–28.
- Wechsler, D. (2006). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª Edição*. CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2008). *WMS-III: Escala de Memória de Wechsler – 3ª Edição*. CEGOC-TEA.
- Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2004). Enhancing COMMUNICATION With Older Adults: Overcoming Elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(10), 17–25. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-08>
- Wilson, B. A., Gracey, F., Malley, D., Bateman, A., & Evans, J. J. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcomes*. Cambridge University Press.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 141–162. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>
- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., & Evans, J. J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADs)*. Thames Valley Test Company.
- Wilson, B. A., Evans, J. J., & Keohane, C. (2002). Cognitive Rehabilitation: A Goal-Planning Approach. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(6), 542–555. <https://doi.org/10.1097/00001199-200212000-00006>
- Wilson, R. S., Hebert, L., Scherr, P., Barnes, L., De Leon, C. M., & Evans, D. (2009). Educational attainment and cognitive decline in old age. *Neurology*, 72(5), 460–465. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000341782.71418.6c>
- Wilson, R. S. (2002). Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease. *JAMA*, 287(6), 742–748. <https://doi.org/10.1001/jama.287.6.742>
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. World Health Organization.
- Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th ed.). Basic Books.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A

preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Artmed Editora.

ANEXOS

Índice de anexos

Anexo A – Ficha de Psicologia Clínica da UCCI

Anexo B – Diário de automonitorização

Anexo C – Caderno de exercícios de estimulação cognitiva *Ment'Ativa*

Anexo D – Planeamento das atividades em grupo

Anexo E – Planeamento do PEC

Anexo F – Publicações redigidas para as redes sociais do Hospital

Anexo G – Planeamento da aplicação das provas neuropsicológicas a A.D.

Anexo A

Ficha de Psicologia Clínica da UCCI

(vinheta identificativa do utente)

Ficha de Psicologia Clínica

Cama: _____

Data de admissão: __/__/__

Data da Alta: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____

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

Estado Civil: _____ Situação Profissional: _____ Escolaridade _____

Residência/Localidade: _____ Cuidador: _____

HISTÓRIA ACTUAL

Proveniência: _____

Diagnóstico(s): _____

Antecedentes patológicos (médicos): _____

Limitações: _____

Antecedentes psicopatológicos: _____

Medicação Psicofarmacológica: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA

1) Dados relativos ao doente

- a. Consciência do estado de saúde

- b. Adaptação à doença/ incapacidade

- c. Expectativas em relação à sua recuperação

- d. Interação com os técnicos de saúde

(vinheta identificativa do utente)

2) Dados relativos à família

a. Genograma

b. Relação com o cuidador

c. Relação com a família

d. Rede Suporte Social

AVALIAÇÃO COGNITIVA E PSICOEMOCIONAL

Orientação _____

Défices cognitivos (áreas afectadas) _____

Humor _____

Mímica (expressão, contacto ocular) _____

Colaboração; Motivação para o processo de reabilitação _____

Queixas _____

Anexo B

Diário de automonitorização

Anexo C

Caderno de exercícios de estimulação cognitiva *Ment'Ativa*

MENT'ATIVA

CADERNO DE EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA



ÍNDICE

Gnosias.....	5
Praxias.....	10
Linguagem.....	15
Memória.....	20
Atenção.....	25
Funções Executivas.....	32
Cálculo.....	37

Bem vindo ao **MENT'ATIVA** !

Este caderno contém exercícios de estimulação cognitiva. É importante mantermos a nossa **Mente Ativa** e exercitarmos o nosso cérebro, tal como um músculo. A prática de exercícios de estimulação cognitiva contribui para isso mesmo.

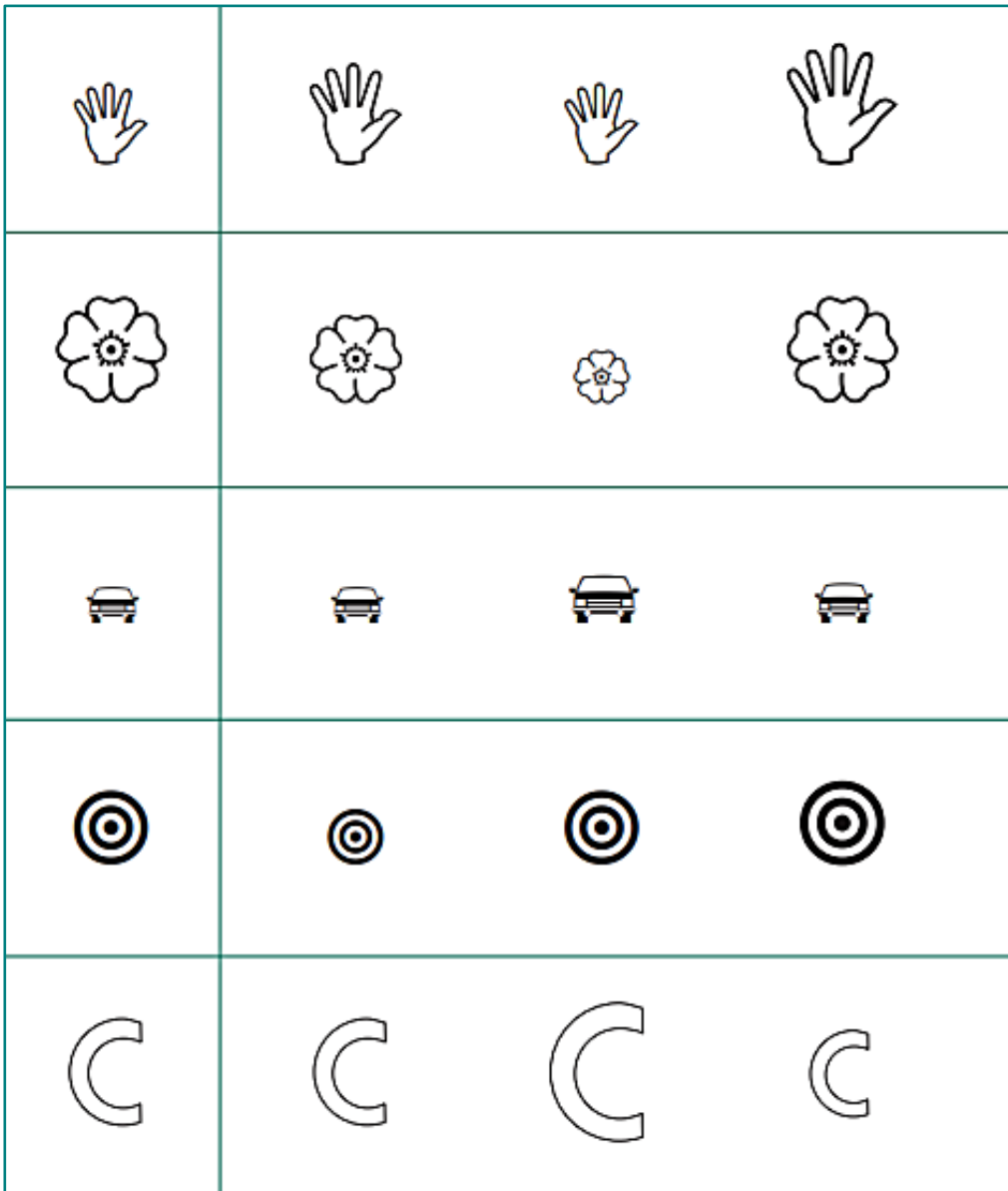
Neste caderno estão incluídos exercícios que trabalham diversas funções cognitivas: as **gnosias**, as **praxias**, a **linguagem**, a **memória**, a **atenção**, as **funções executivas** e o **cálculo**.

Bom trabalho!

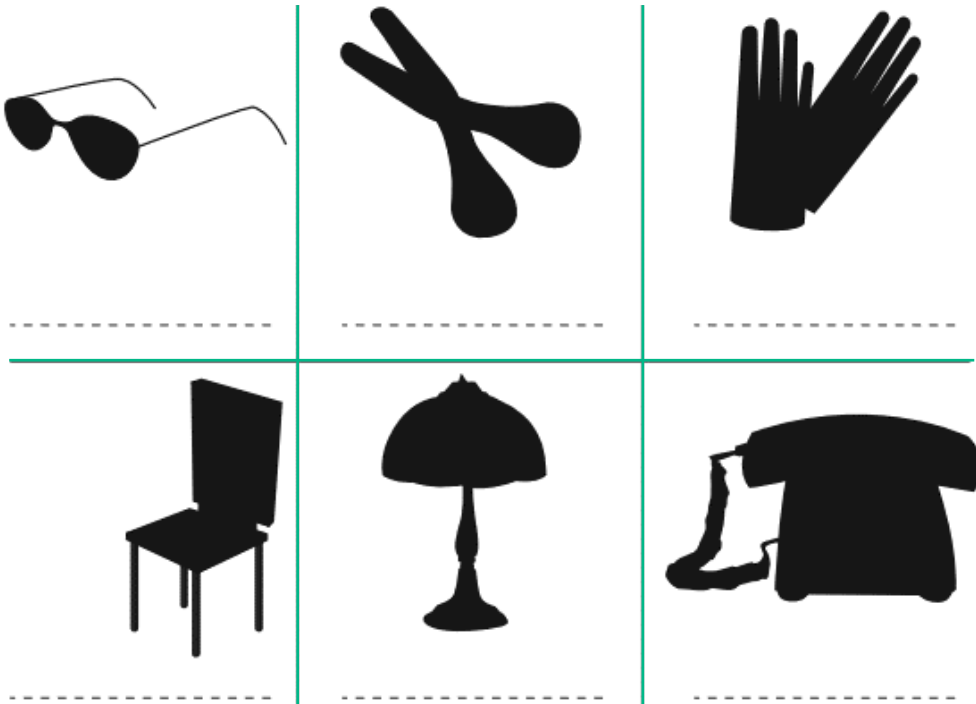
GNOSIAS

GNOSIAS

Assinale a figura que tem o mesmo tamanho do modelo do lado esquerdo.



Escreva o nome do objeto a que corresponde cada sombra.



Escreva 4 nomes de coisas para cada cor:

AZUL

.....
.....
.....
.....

VERDE

.....
.....
.....
.....

VERMELHO

.....
.....
.....
.....

AMARELO

.....
.....
.....
.....

De que cor é...

O sangue? →

A neve? →

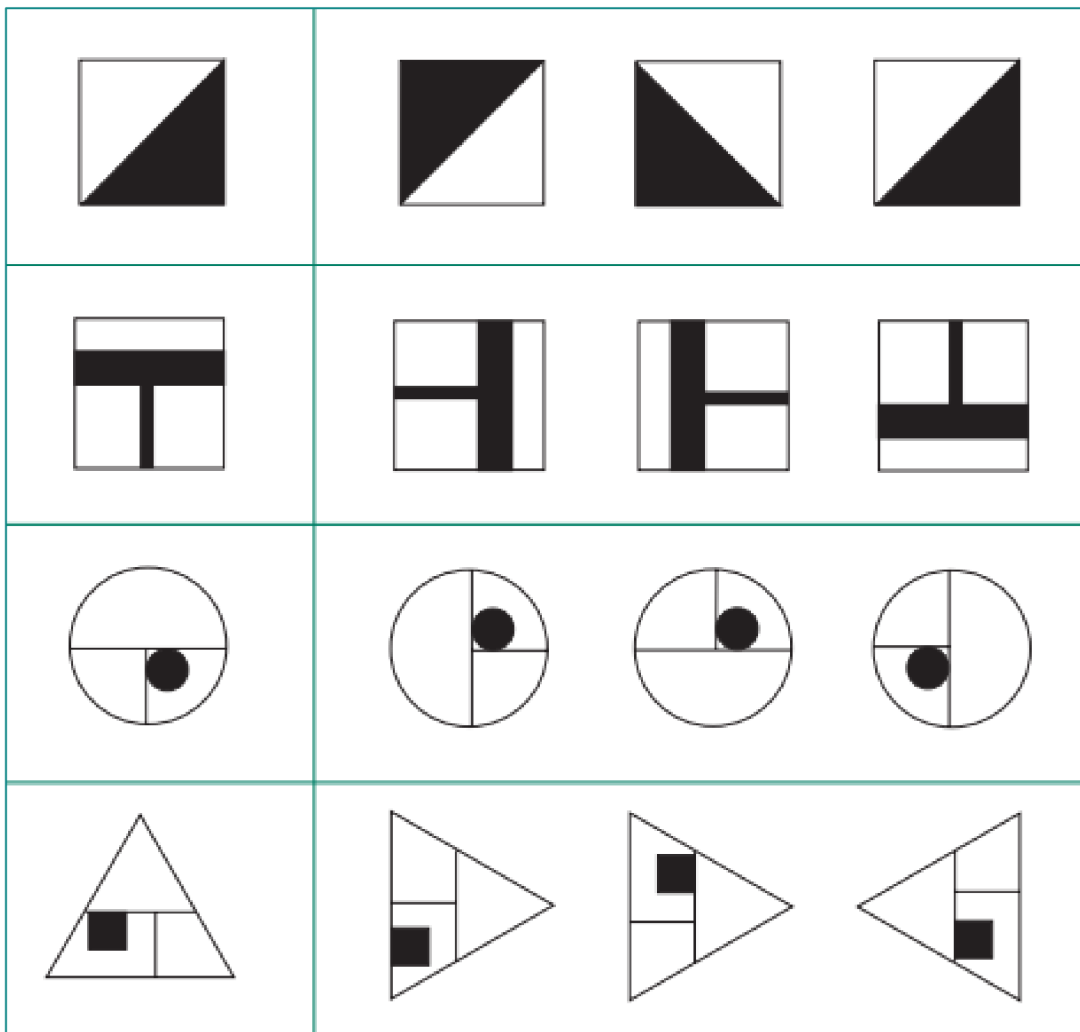
O tomate? →

O limão? →

O café? →

A relva? →

Assinale a figura que corresponde ao modelo (do lado esquerdo) se a rodarmos uma vez para a direita.

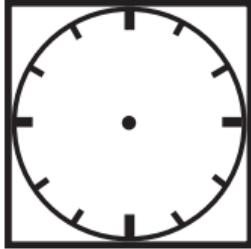


Desenhe, em cada relógio, os ponteiros correspondentes às horas indicadas.

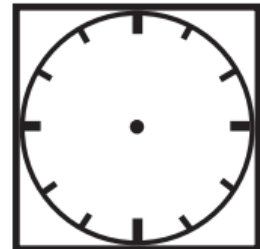
Sete e meia



Nove menos vinte



Doze e dez



Onze e um quarto



Quatro em ponto



Oito e vinte



Agora escreva em baixo de cada relógio a hora indicada.

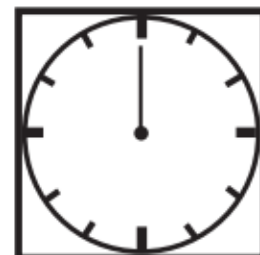








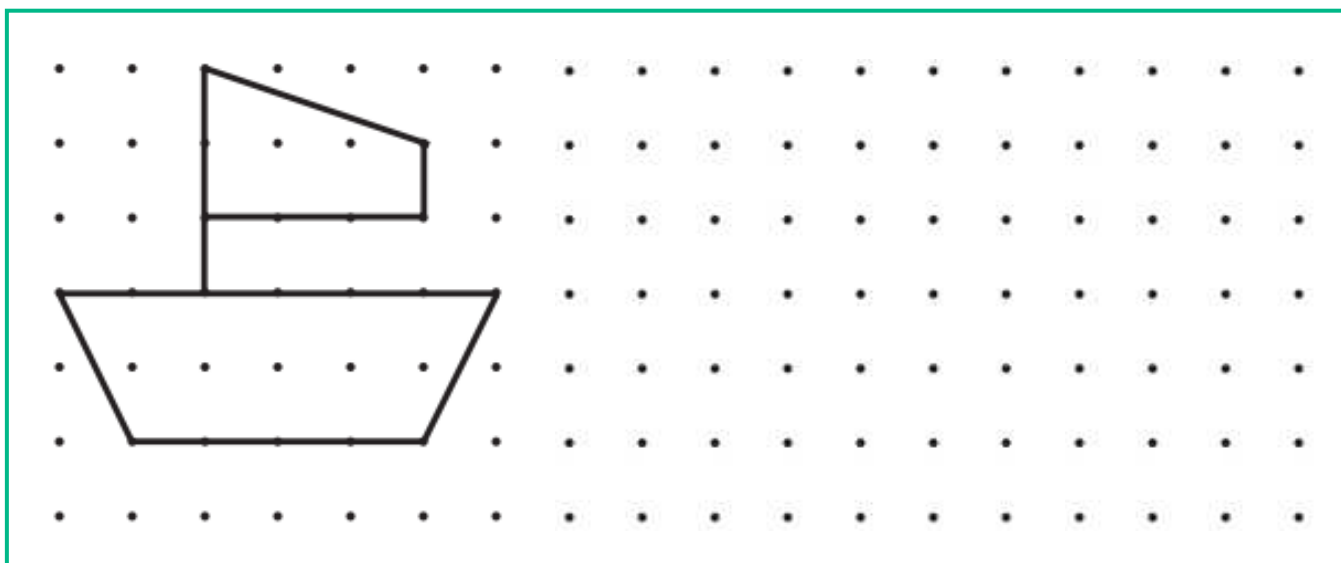
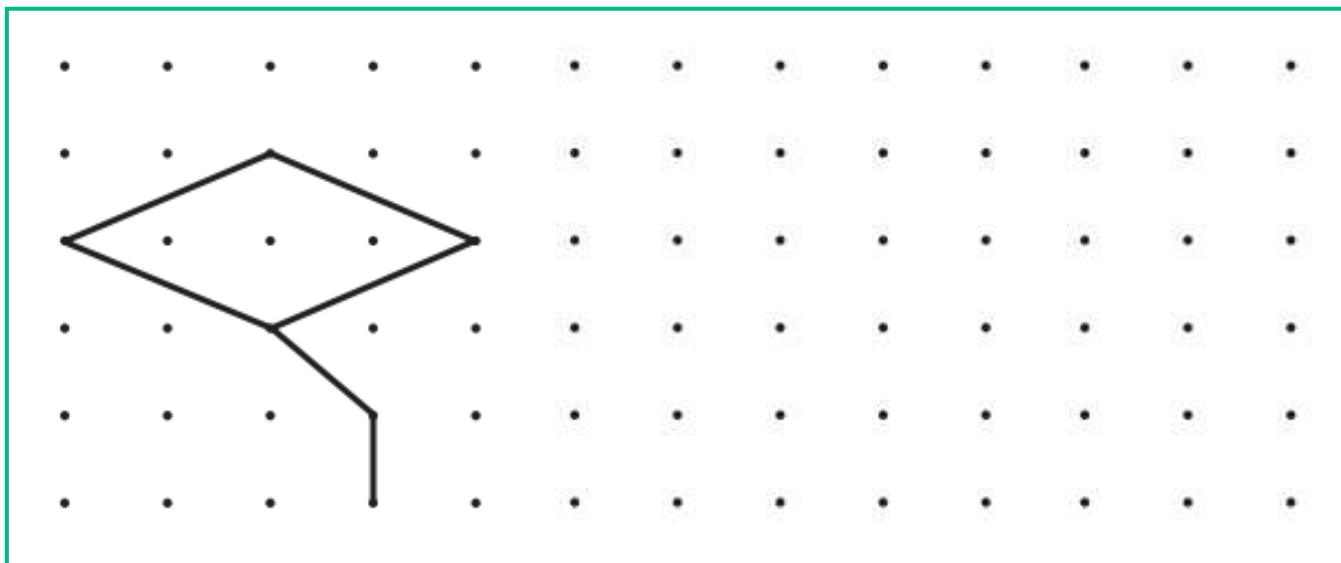




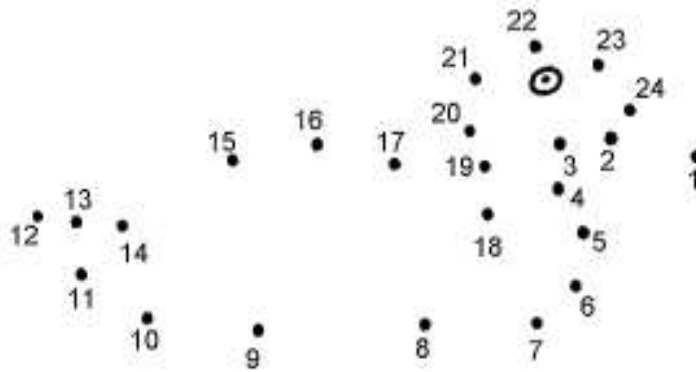
PRAXIAS

PRAXIAS

Reproduza a figura do lado esquerdo no conjunto de pontos.



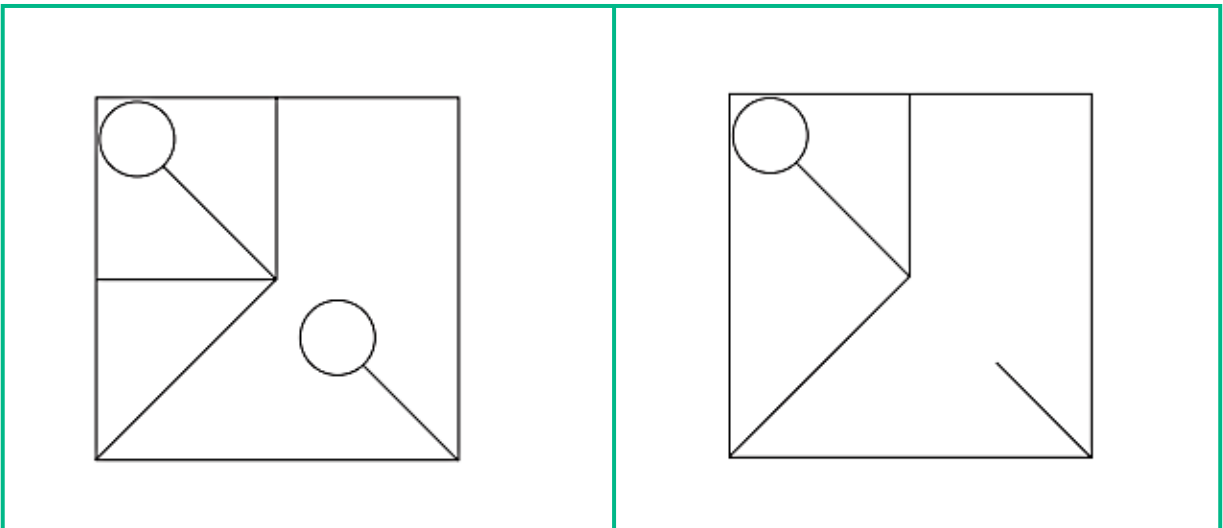
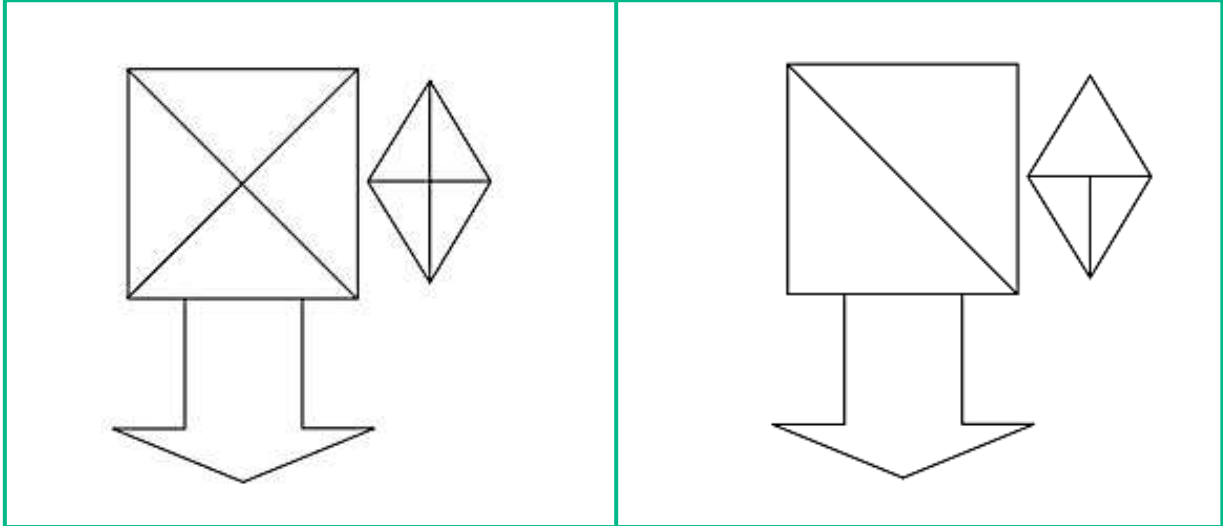
Una os pontos seguindo a numeração para decifrar o que é cada figura.



Desenhe a metade que falta em cada figura.

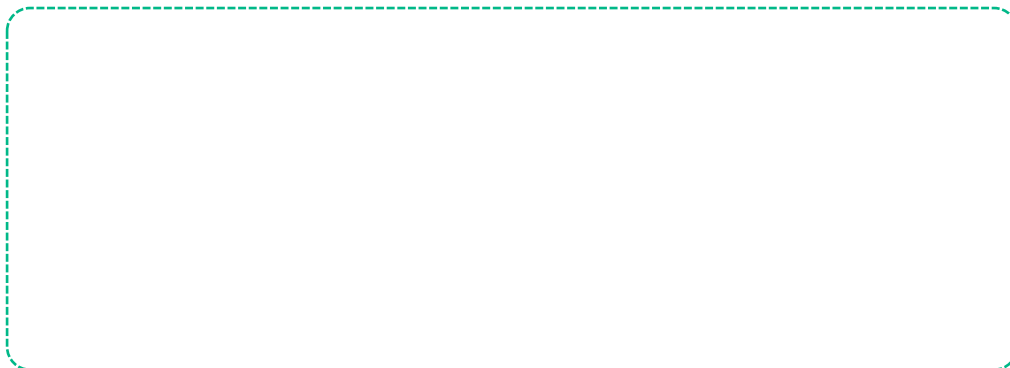


Complete o desenho da direita para que fique igual ao modelo da esquerda.

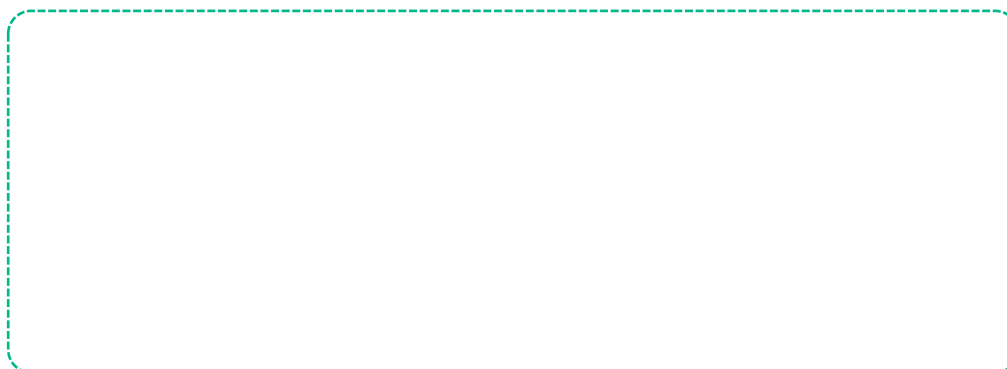


Leia atentamente as seguintes indicações e desenhe o que é pedido.

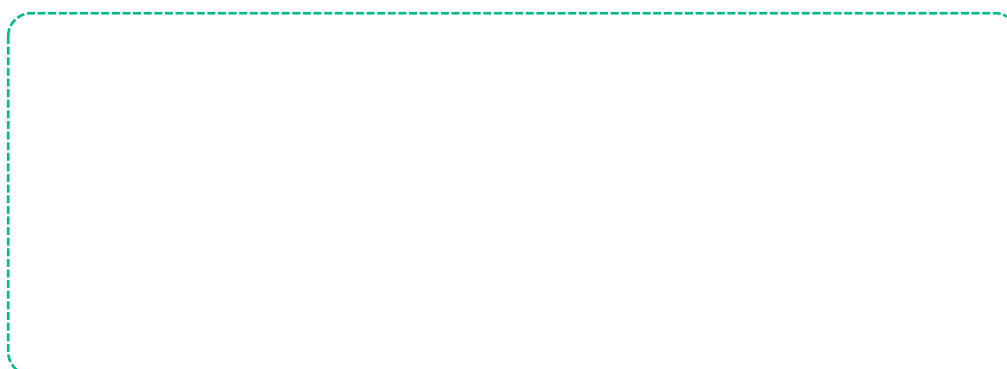
✓ Desenhe um círculo. À direita do círculo desenhe um triângulo.



✓ Desenhe um quadrado. À esquerda do quadrado desenhe um círculo. À direita do quadrado desenhe um triângulo.



✓ Desenhe um retângulo. Em cima do retângulo desenhe um triângulo. Dentro do retângulo desenhe um círculo.



LINGUAGEM

LINGUAGEM

Escreva a palavra que corresponde à definição do lado esquerdo.

DEFINIÇÃO	PALAVRA
A árvore que dá maçãs como fruto	M _ _ _ _ _
Construção para passar de um lado para o outro de um rio	P _ _ _ _
Mover o remo para impulsionar um barco	R _ _ _ _
Pedra preciosa de cor vermelha	R _ _ _
Desenhos ou palavras desenhadas com tinta na pele humana	T _ _ _ _ _
Senhora que se dedica a cozinhar	C _ _ _ _ _ A
Animal com asas e plumas	P _ _ _ O

Escreva palavras que comecem pelas letras apresentadas, seguindo os exemplos.

GA	DE	SO	TR
GAtto	DEdo	SOrte	TRonco

Escreva nomes de coisas que podemos encontrar:

NO SUPERMERCADO	NA FARMÁCIA	NA PAPELARIA	NO CAFÉ

Associe cada uma das seguintes profissões à categoria mais adequada.

Editor	Anestesista	Chef de cozinha
Rececionista	Repórter	Pneumologista
Enfermeiro	Bagageiro	Fotógrafo
Jornalista	Cirurgião	Empregada de limpeza
HOSPITAL	IMPrensa	HOTEL
.....
.....
.....
.....

Escreva uma palavra para cada categoria que comece pela letra indicada do lado esquerdo.

	NOMES	ANIMAIS	PROFISSÕES	OBJETOS	CIDADES E PAÍSES
A					
C					
M					
R					
B					

Complete as frases com o grau de parentesco correspondente.

- a) O marido da minha irmã é meu
- b) O pai do meu marido é meu
- c) A mãe da minha mãe é minha
- d) A mulher do meu tio é minha
- e) A irmã da minha mãe é minha
- f) A mãe da minha avó é minha

Escreva uma frase com as palavras seguintes:

Viajar

Bagagem

Avião

.....

Consulta

Hospital

Doente

.....

Circo

Trapezista

Pirqueta

.....

Complete os seguintes provérbios:

✓ Para bom entendedor

✓ Mais vale um pássaro na mão,

✓ Amigos, amigos,

✓ Em terra de cego,

✓ Quem ri por último,

✓ Grão a grão

MEMÓRIA

MEMÓRIA

Complete com os seus dados pessoais.

- ✓ O meu nome é
- ✓ Nasci no dia, no mês de, no ano de
- ✓ Tenho anos
- ✓ Vivo em
- ✓ O meu número de telefone é
- ✓ Trabalhei
- ✓ O nome do meu pai é
- ✓ O nome da minha mãe é
- ✓ Tenho irmão(s)
- ✓ Tenho filho(s)
- ✓ Tenho neto(s)
- ✓ Os meus passatempos são
-
-

Escreva os meses do ano e os dias da semana pela ordem inversa.

MESES DO ANO	
12	– Dezembro
11	–
10	–
9	–
8	–
7	–
6	–
5	–
4	–
3	–
2	–
1	– Janeiro

DIAS DA SEMANA	
	Domingo

	Segunda

Leia atentamente o texto e tente memorizar os detalhes.
Depois, responda às questões na página seguinte sem olhar para o texto.

A Bianca Silva é uma rapariga de 18 anos, natural de Vila Nova de Gaia. Estuda direito na Universidade de Coimbra. Atualmente vive numa residência universitária muito próxima da faculdade e divide a casa com duas colegas, uma de Braga e outra de Aveiro.

Agora responde às questões sobre o texto.

- ✓ Como se chama a personagem do texto?
- ✓ Quantos anos tem?
- ✓ De onde é natural?
- ✓ Onde é que estuda?
- ✓ Que curso está a tirar?
- ✓ Onde é que se encontra hospedada?
.....
- ✓ Com quantas pessoas divide casa?
- ✓ De onde são as suas colegas de casa?

Complete as canções populares.



Ai ai ai minha machadinha,
quem



Alecrim, alecrim aos molhos,
.....



Indo eu, indo eu,
.....



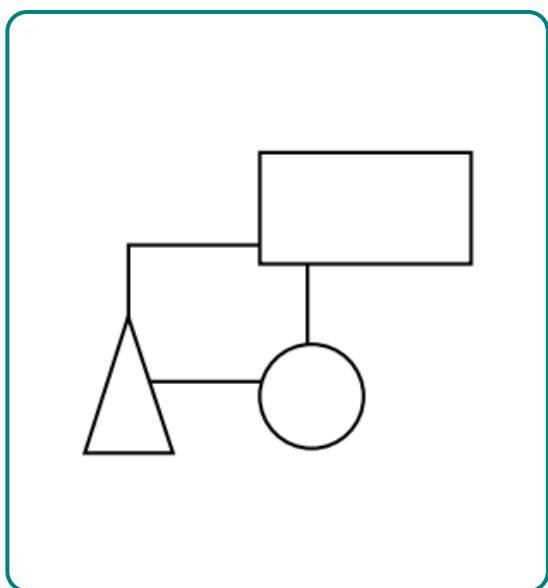
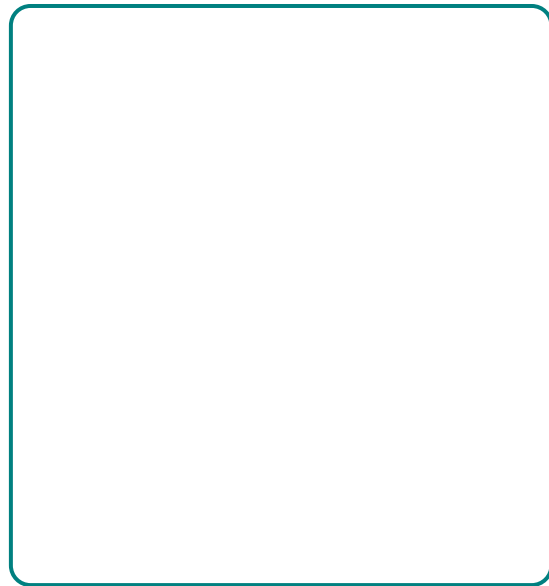
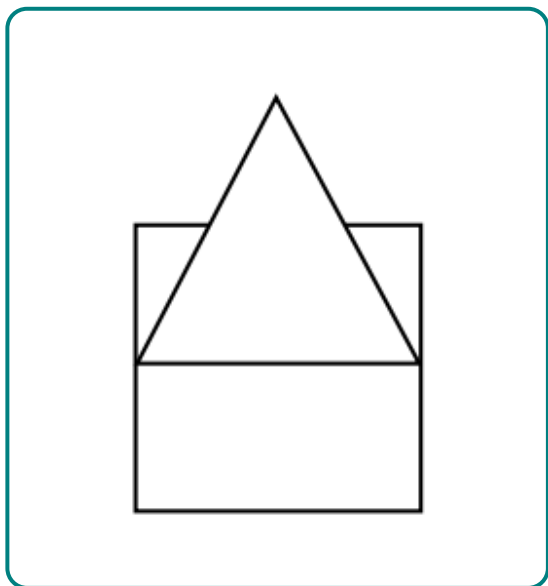
Oh malhão, malhão,
.....



Apita o comboio, lá vai a apitar,
.....

Observe a primeira figura do lado esquerdo e, sem olhar, tente copiá-la no quadrado do lado direito. Depois, faça o mesmo para a segunda figura.

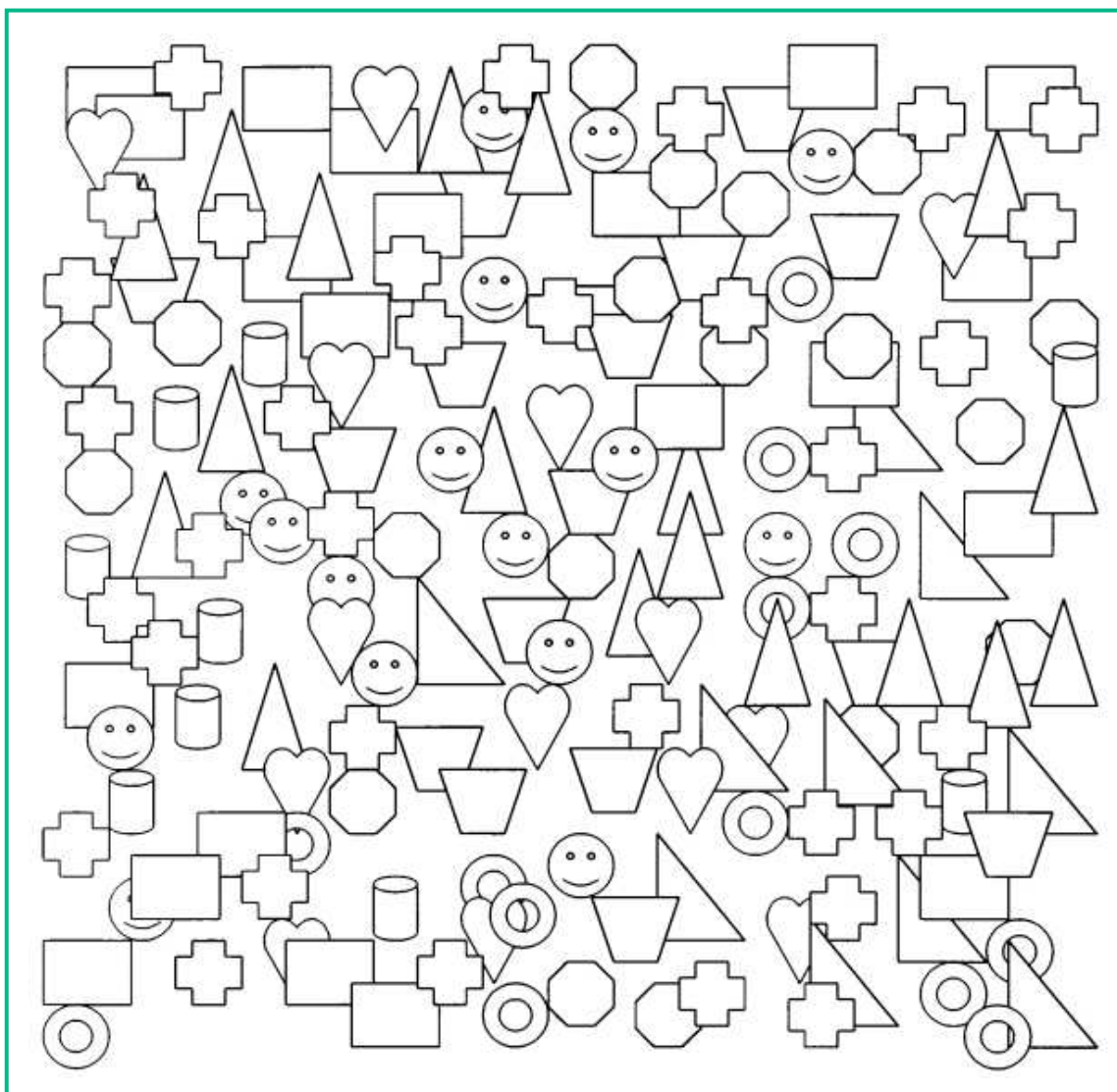
Deve tapar a figura do lado esquerdo antes de desenhá-la ou dobrar a folha ao meio pelo picotado.



ATENÇÃO

ATENÇÃO

Conte quantas figuras há de cada tipo.



Escreva, debaixo de cada figura, o número total encontrado.



Quantas letras "Z", "N", "M" e "T" consegue encontrar no quadro?



✓ Número de "Z" encontrados: _____

✓ Número de "M" encontrados: _____

✓ Número de "N" encontrados: _____

✓ Número de "T" encontrados: _____

Encontre os nomes de 15 profissões escondidas no quadro. Os nomes podem estar escritos na horizontal, na vertical ou na diagonal.

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

Escreva aqui as profissões encontradas:

1 –

9 –

2 –

10 –

3 –

11 –

4 –

12 –

5 –

13 –

6 –

14 –

7 –

15 –

8 –

Assinale a palavra, entre as 8, que é igual à palavra modelo sublinhada em cima.

LUDOVICORRESPINGOPTERO

LUDOBICORRESPINGOPTERO	LUDOVICORRESPINGOPTERO
LUDOVICORRESPINGOPTREO	LUDOVICORRESPINGHOPTERO
LUDOVICORRESPYNGOPTERO	LUDOVICORRESPINCOPTERO
LUDOVICORESPINGOPTERO	LUDOVICORRESPINGOPTERA

PAUPERRIMOENRIQUECEDOR

PAUPERRIMOENRRIQUECEDOR	PAUPERRIMOENRIQUEZEDOR
PAUPERRYMOENRIQUECEDOR	PALPERRIMOENRIQUEZEDOR
PAUPERRIMOENRIQUECIDOR	PAUPERRIMOENRYQUECEDOR
PAUPERRIMOENRIQUELEDOR	PAUPERRIMOENRIQUECEDOR

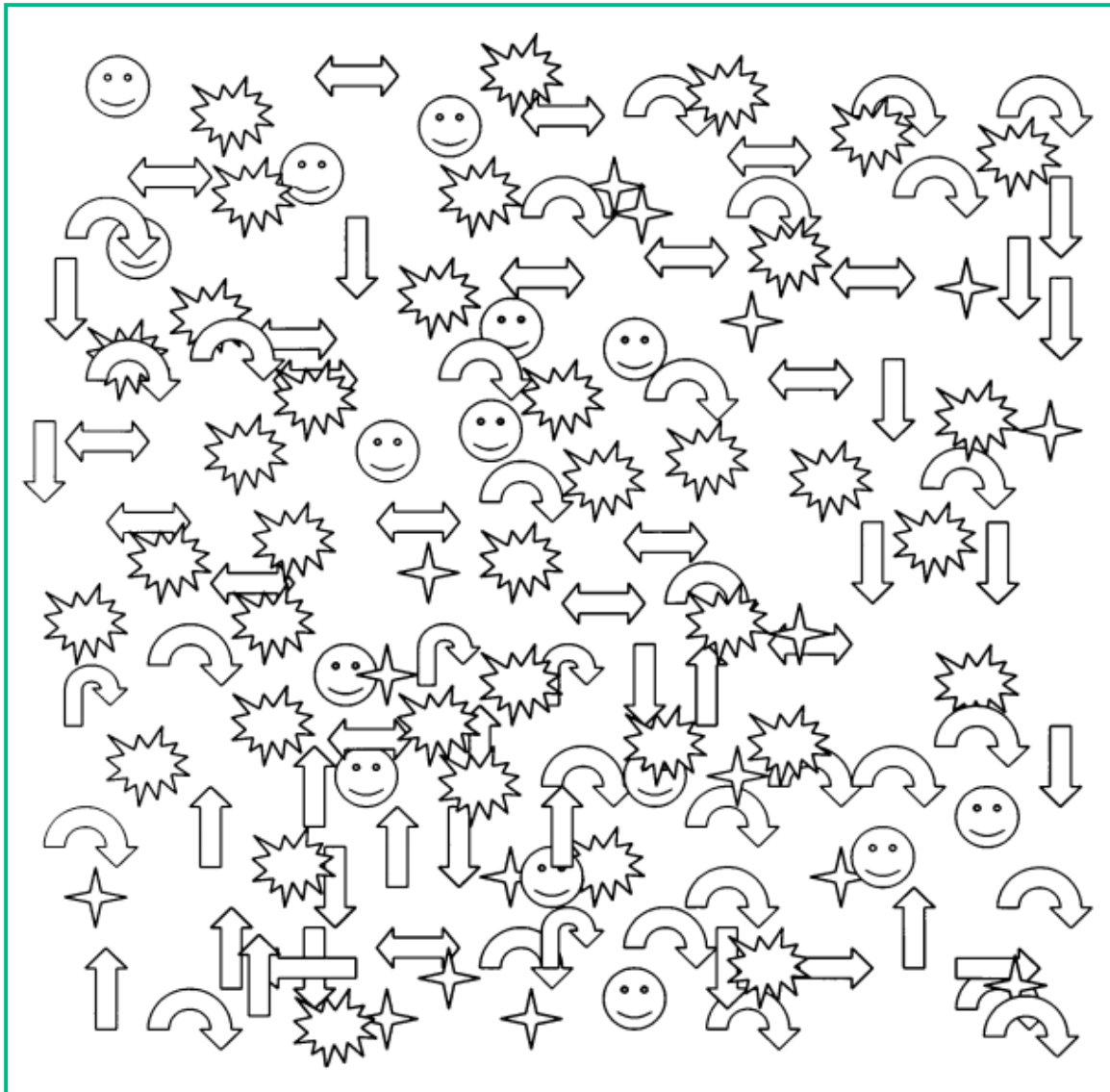
NICENOCONSTANTINOPOLITANO

NICENOCONSTANTINOPLITANO	NIKENOCONSTANTINOPOLITANO
NICHENOCONSTANTINOPLITANO	NICENOCONSTANTINOPOLITONO
NICENOCONSTANTINOPOLITANO	NIZENOCONSTANTINOPOLITANO
NICENACONSTANTINOPOLITANO	NICENOCOSTANTINOPOLITANO

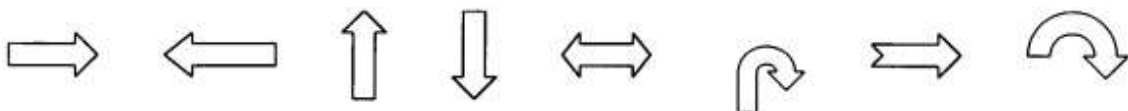
ALHAJOMEZORRAZYGHSTAN

ALHAJOMEZORAZYGHSTAN	ALHOJOMEZORRAZYGHSTAN
ALHAJOMEZORRAZYGHSTAN	ALHAZOMEZORRAZYGHSTAN
ALHAJAMEZORRAYGHSTAN	ALHAJOMEZORAZYGHSTAN
ALHAJAMEZORRAZIGHSTAN	ALAJOMEZORRAZYGHSTAN

Quantos tipos diferentes de setas existem na imagem?



Escreva, debaixo de cada seta, o número total encontrado.



Quantas letras "A", "E", "O" e "U" consegue encontrar no quadro?

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

✓ Número de "A" encontrados: _____

✓ Número de "E" encontrados: _____

✓ Número de "O" encontrados: _____

✓ Número de "U" encontrados: _____

FUNÇÕES EXECUTIVAS

FUNÇÕES EXECUTIVAS

Escreva o que têm em comum as palavras, seguindo o exemplo dado.

- ✓ Um autocarro e um comboio? São **meios de transporte**.
- ✓ Uma macieira e uma cerejeira?
- ✓ Uma camisa e um casaco?
- ✓ Um jornal e uma revista?
- ✓ Uma borboleta, uma abelha e uma mosca?
- ✓ Uma guitarra, uma flauta e um trompete?
- ✓ O azul, o vermelho e o amarelo?
- ✓ O T, o R e o B?

Para cada conjunto, assinale a palavra “intrusa” que se diferencia mais das outras.

Manuel — João — Sandra — Jorge

Pastel — Gelado — Assado — Pudim

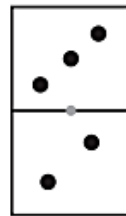
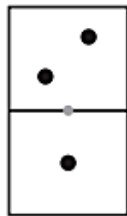
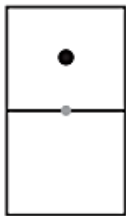
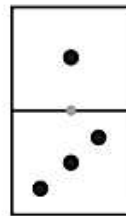
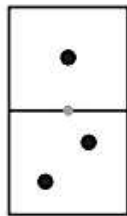
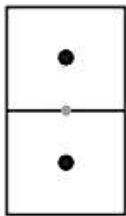
Vermelho — Verde — Negro — Redondo

Aranha — Cavalo — Porco — Ovelha

Mesa — Sala — Cama — Armário

França — Porto — Alemanha — Itália

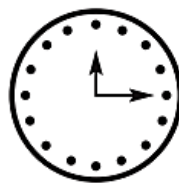
Observe cada uma das séries e complete o último elemento seguindo a sequência lógica.



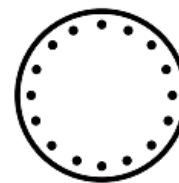
12:05



12:10



12:15



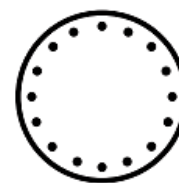
12:20



12:40



13:00



Ordene as frases de 1 a 8 para completar cada ação, seguindo o exemplo, em que 1 corresponde ao primeiro passo e 8 corresponde ao último.

Para tomar banho:

- 8 Vestir-se
- Ajustar a temperatura da água
- Ensaboar-se
- Entrar para o chuveiro
- Abrir a água
- 1 Tirar a roupa
- Tirar o sabão com água
- Secar-se com a toalha

Para viajar no autocarro:

- Carregar no botão para sair
- Pagar o bilhete
- Sair do autocarro
- Esperar pelo autocarro
- Procurar um lugar vago
- Entrar no autocarro
- Ir para a paragem do autocarro
- Fazer a viagem

Leia cada uma das situações apresentadas e responda às questões.

1. Imagine que vai passar um dia à praia. O que é que deve levar?

.....

.....

2. Imagine que tem de organizar uma festa de anos. O que é que tem de fazer?

.....

.....

Complete a agenda com as seguintes atividades, de modo a organizá-la.

- Quarta-feira, 28 → 11:30 – Consulta de dermatologia
- Quinta-feira, 29 → 16:30 – Levantar encomenda nos correios
- Quinta-feira, 29 → 09:00 – Visita do técnico da companhia da água
- Quarta-feira, 28 → 13:00 – Almoço com a minha filha Isabel
- Quinta-feira, 29 → 11:30 – Assistir à conferência
- Quarta-feira, 28 → 19:00 – Reunião de equipa

Quarta-feira	28 Abril	Quinta-feira	29 Abril
9		9	
10		10	
11		11	
12		12	
13		13	
14		14	
15		15	
16		16	
17		17	
18		18	
19		19	
20		20	
21		21	

CÁLCULO

CÁLCULO

Continue as séries numéricas.

+3

3	6	9							

-2

100	98	96							

Tente agora descobrir a lógica das séries seguintes e completá-las.

?

5	10	15							
									100

?

80	76	72							
									4

Resolva os seguintes problemas. Pode usar o espaço livre para fazer cálculos se for necessário.

Para ir ao Algarve demoramos 6h de autocarro. Se sairmos às 10h da manhã, a que horas chegamos lá?

Resposta: _____

Espaço para cálculos:

A Rosa tem 53 anos e o Manuel tem 65 anos. Quantos anos de diferença têm um do outro?

Resposta: _____

Espaço para cálculos:

A Maria tem de preparar 6 jarros com 3 rosas em cada um. De quantas rosas precisa?

Resposta: _____

Espaço para cálculos:

A Joana foi ao supermercado e a sua compra custou-lhe 14,27 euros. Se ela pagar com uma nota de 20 euros, quanto é que vai receber de troco?

Resposta: _____

Espaço para cálculos:

Somos 20 pessoas e temos 4 mesas. Quantas pessoas se sentam em cada mesa?

Resposta: _____

Espaço para cálculos:

Escreva os seguintes números em algarismos, seguindo o exemplo.

Quinze

15

Vinte e três

Quarenta e nove

Duzentos e um

Quinhentos e
setenta e três

Novecentos e
cinquenta

Mil, trezentos e
quarenta e nove

Quatro mil e
vinte e um

Agora escreva os números seguintes por extenso (em palavras), seguindo o exemplo.

3 = três

18 =

36 =

85 =

200 =

570 =

963 =

1025 =

Observe os símbolos e o valor de cada um e resolva as operações aritméticas.

★	⌘	⬥	Ω
20	14	5	31

$$\text{⌘} + \text{⬥} + \text{★} =$$

$$\text{Ω} + \text{⌘} + \text{⬥} =$$

$$\text{⬥} + \text{★} + \text{★} + \text{Ω} =$$

$$\text{★} + \text{⌘} - \text{Ω} =$$

$$\text{⬥} + \text{Ω} + \text{⬥} - \text{★} =$$

Responda ao que é pedido, seguindo o exemplo.

A partir do número apresentado...

8 7 3 4

- Forme o número mais baixo: _____
- Forme o número mais alto: _____
- Forme um número que comece por 4 e acabe em 7: _____

2 3 9 1 9

- Forme o número mais baixo: _____
- Forme o número mais alto: _____
- Forme um número que comece por 1 e acabe em 9: _____
- Forme um número que comece e acabe no mesmo algarismo: _____

7 3 2 5

- Some o primeiro e o último algarismo: _____
- Some o segundo e o quarto algarismo: _____
- Some o terceiro, o segundo e o último algarismo: _____
- Some todos os algarismos e subtraia 7: _____
- Some os três primeiros algarismos e depois subtraia o último: _____

3 8 6 1

- Some os três primeiros algarismos: _____
- Some o segundo, o último e o primeiro algarismo: _____
- Some os dois algarismos do meio: _____
- Ao algarismo mais alto subtraia o algarismo mais baixo: _____
- Some todos os algarismos e subtraia 9: _____

Leia o problema e observe a lista de preços. Em seguida, responda às questões.

É domingo de manhã. O Rui saiu de casa, entrou no quiosque e comprou o jornal. De seguida foi ao café tomar o pequeno-almoço. Comprou uma baguete de pão para levar para casa e, como era o aniversário da sua irmã, comprou um ramo de flores e uns bombons para lhe oferecer.

LISTA DE PREÇOS		
Quiosque		
Jornal 1,75€	Revista semanal 1,50€	Revista mensal 3€
Café		
Tosta mista 1,35€	Leite achocolatado 1,20€	Café 0,70€
Galão 1,20€	Sumo de laranja 1,50€	Croissant 0,80€
Florista		
Ramo de rosas 5,40€	Uma tulipa 2€	Um ramo variado 3,50€
Pastelaria		
Uma caixa de bombons 9€	Um brigadeiro 0,90€	Doces sortidos 12,10€
Baguete de pão 1,20€	Pão de mistura 1,50€	Madalenas 3€

- ✓ No quiosque, o Rui comprou a revista semanal e o jornal. Quanto gastou?

.....

- ✓ No café, comeu uma tosta mista e bebeu um sumo de laranja e pediu ainda um café. Quanto é que pagou?

.....

- ✓ Na florista, comprou um ramo de rosas para a irmã. Quanto é que lhe custou?

.....

- ✓ Na pastelaria, comprou o pão e a caixa de bombons para oferecer à sua irmã. Quanto é que ele pagou?

.....

- ✓ Calcule quanto é que o Rui gastou no total na manhã de domingo.

.....

- ✓ O Rui levava uma nota de 50 euros quando saiu de casa. Quanto dinheiro é que lhe resta?

.....

Observe a lista dos produtos e responda às questões.

1 kilo de peras 1,19€	1 kilo de uvas 1,65€	1 pacote de massa 0,53€
1 kilo de chouriço 6,40€	1 litro de azeite 2,28€	1 caixa de gelado 1,50€

✓ Quanto custa o produto mais caro?

.....

✓ O que podemos comprar com 1 euro?

.....

✓ Calcule o preço de 2 quilos de peras e um quilo de uvas.

.....

✓ Calcule quanto custariam 3 caixas de gelado.

.....

✓ Calcule o preço de um litro de azeite e um pacote de massa.

.....

✓ Quanto custaria um kilo e meio de chouriço?

.....

Este caderno foi elaborado por Maria Inês Azevedo no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde, no ano letivo de 2019/2020.

the *Journal of Applied Behavior Analysis* (1974), and the *Journal of Experimental Psychology: Applied* (1975).

There are a number of reasons why the *Journal of Applied Behavior Analysis* is the most widely cited journal in the field of behavior analysis.

First, the journal has a long history of publishing high-quality research in the field of behavior analysis. The journal was founded in 1968 and has since published a wide range of research, including experimental, clinical, and applied research.

Second, the journal has a high impact factor, which is a measure of the journal's influence in the field. The journal's impact factor is consistently high, reflecting the high quality of the research published in the journal.

Third, the journal has a wide readership, both within the field of behavior analysis and in related fields. The journal is read by researchers, clinicians, and students alike, which contributes to its high citation rate.

Finally, the journal has a strong reputation for publishing research that is both scientifically rigorous and practically relevant. This combination of factors has led to the journal's status as the most widely cited journal in the field of behavior analysis.

There are a number of other journals in the field of behavior analysis, but none have achieved the same level of citation as the *Journal of Applied Behavior Analysis*. This is due to a combination of factors, including the journal's long history, high impact factor, wide readership, and strong reputation for publishing high-quality research.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a testament to the power of behavior analysis as a scientific discipline. The journal's high citation rate reflects the field's growing influence in the world of psychology and education.

As the field of behavior analysis continues to grow, it is likely that the *Journal of Applied Behavior Analysis* will continue to be the most widely cited journal in the field for many years to come.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a must-read for anyone interested in the field of behavior analysis. The journal's high-quality research and practical relevance make it an essential resource for researchers, clinicians, and students alike.

For more information about the *Journal of Applied Behavior Analysis*, please visit the journal's website at <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is published by SAGE Publications, a leading publisher of academic journals and books. SAGE Publications is committed to providing high-quality research and education to the world.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a member of the American Psychological Association (APA), which is the leading professional organization for psychologists in the United States. The APA is committed to promoting the science and practice of psychology.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is also a member of the Society for Behavior Analysis (SBA), which is an international organization of behavior analysts. The SBA is committed to promoting the science and practice of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a leading journal in the field of behavior analysis. The journal's high-quality research and practical relevance make it an essential resource for researchers, clinicians, and students alike.

For more information about the *Journal of Applied Behavior Analysis*, please visit the journal's website at <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is published by SAGE Publications, a leading publisher of academic journals and books. SAGE Publications is committed to providing high-quality research and education to the world.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a member of the American Psychological Association (APA), which is the leading professional organization for psychologists in the United States. The APA is committed to promoting the science and practice of psychology.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is also a member of the Society for Behavior Analysis (SBA), which is an international organization of behavior analysts. The SBA is committed to promoting the science and practice of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a leading journal in the field of behavior analysis. The journal's high-quality research and practical relevance make it an essential resource for researchers, clinicians, and students alike.

For more information about the *Journal of Applied Behavior Analysis*, please visit the journal's website at <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is published by SAGE Publications, a leading publisher of academic journals and books. SAGE Publications is committed to providing high-quality research and education to the world.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a member of the American Psychological Association (APA), which is the leading professional organization for psychologists in the United States. The APA is committed to promoting the science and practice of psychology.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is also a member of the Society for Behavior Analysis (SBA), which is an international organization of behavior analysts. The SBA is committed to promoting the science and practice of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a leading journal in the field of behavior analysis. The journal's high-quality research and practical relevance make it an essential resource for researchers, clinicians, and students alike.

For more information about the *Journal of Applied Behavior Analysis*, please visit the journal's website at <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is published by SAGE Publications, a leading publisher of academic journals and books. SAGE Publications is committed to providing high-quality research and education to the world.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a member of the American Psychological Association (APA), which is the leading professional organization for psychologists in the United States. The APA is committed to promoting the science and practice of psychology.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is also a member of the Society for Behavior Analysis (SBA), which is an international organization of behavior analysts. The SBA is committed to promoting the science and practice of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a leading journal in the field of behavior analysis. The journal's high-quality research and practical relevance make it an essential resource for researchers, clinicians, and students alike.

For more information about the *Journal of Applied Behavior Analysis*, please visit the journal's website at <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is published by SAGE Publications, a leading publisher of academic journals and books. SAGE Publications is committed to providing high-quality research and education to the world.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a member of the American Psychological Association (APA), which is the leading professional organization for psychologists in the United States. The APA is committed to promoting the science and practice of psychology.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is also a member of the Society for Behavior Analysis (SBA), which is an international organization of behavior analysts. The SBA is committed to promoting the science and practice of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a leading journal in the field of behavior analysis. The journal's high-quality research and practical relevance make it an essential resource for researchers, clinicians, and students alike.

For more information about the *Journal of Applied Behavior Analysis*, please visit the journal's website at <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is published by SAGE Publications, a leading publisher of academic journals and books. SAGE Publications is committed to providing high-quality research and education to the world.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a member of the American Psychological Association (APA), which is the leading professional organization for psychologists in the United States. The APA is committed to promoting the science and practice of psychology.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is also a member of the Society for Behavior Analysis (SBA), which is an international organization of behavior analysts. The SBA is committed to promoting the science and practice of behavior analysis.

The *Journal of Applied Behavior Analysis* is a leading journal in the field of behavior analysis. The journal's high-quality research and practical relevance make it an essential resource for researchers, clinicians, and students alike.

Anexo D

Planeamento das atividades em grupo

FEVEREIRO

Dia	Atividade	Descrição	Materiais
13	Percurso dos saberes	<ul style="list-style-type: none"> • Lançar os dados e resolver a tarefa associada à cor no percurso (relacionada com a atenção, memória, linguagem ou cálculo). O primeiro participante a chegar ao fim do percurso é o vencedor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados • Tabuleiro com o percurso • Objeto para marcar a posição no percurso • Cartões com tarefas para cada domínio
27	Ida às compras	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma lista de compras, procurar os produtos em folhetos, recortar os produtos e colá-los no carrinho de compras. • Responder a questões diversas sobre os produtos, procurando simular a presença do participante num supermercado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel com a imagem de um carrinho de compras • Lápis/caneta • Folhetos comerciais • Tesoura • Cola

MARÇO

Dia	Atividade	Descrição	Materiais
12	Mímica com palavras	<ul style="list-style-type: none"> • Um participante deve explicar uma palavra sorteada através de gestos. É dito aos restantes participantes a categoria da palavra que devem adivinhar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papéis com palavras • Caixa/bolsa para colocar os papéis
19	Dia do Pai	<ul style="list-style-type: none"> • Relembrar momentos e experiências positivas que os doentes tiveram com os seus pais. • Cada um deve expressar o que é que a palavra “pai” significa para si. 	
26	Início da Primavera	<ul style="list-style-type: none"> • Pintar e realizar colagens de folhas e flores em desenhos alusivos à Primavera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenhos alusivos à Primavera • Lápis de cor, marcadores, folhas e flores para decorar • Cola

ABRIL

Dia	Atividade	Descrição	Materiais
2	Verdade ou mentira? (Dia das mentiras)	<ul style="list-style-type: none"> • À vez, cada participante deve dizer três coisas sobre si – duas verdadeiras e uma falsa – e os restantes participantes devem tentar adivinhar qual é a mentira. 	
9	Páscoa	<ul style="list-style-type: none"> • Decorar desenhos de ovos da Páscoa com materiais diversos e enfeitar a unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenhos de ovos com padrões diversos • Materiais para decorar os ovos • Tesoura • Cola
16	Era uma vez	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes sentam-se em roda e um deles deve começar a contar uma história com “Era uma vez”. À vez, cada participante deve repetir o que foi dito anteriormente e acrescentar algo mais à história. • Os participantes podem ajudar-se entre si se algum tiver dificuldades em recordar-se da história que foi referida anteriormente. 	
23	Atividade musical	<ul style="list-style-type: none"> • Completar os excertos das músicas que ouvem, cantando um pouco da parte que falta. • Cantar uma música que contenha as palavras indicadas no papel sorteado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Músicas tradicionais portuguesas • Papéis com palavras • Caixa/bolsa para colocar os papéis
30	Dominó	<ul style="list-style-type: none"> • São distribuídas as peças pelos participantes e cada um na sua vez deve colocar uma peça de forma a encaixar em alguma das pontas do jogo. O primeiro participante a ficar sem peças vence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominó

MAIO

Dia	Atividade	Descrição	Materiais
7	Dia da Mãe	<ul style="list-style-type: none">• Relembrar momentos e experiências positivas que os doentes tiveram com as suas mães.• Cada um deve expressar aquilo que a palavra “mãe” significa para si.	
14	As emoções	<ul style="list-style-type: none">• Identificar a emoção representada na imagem e dar exemplos de momentos/situações em que podem sentir essa emoção.• Responder a questões diversas relacionadas com as emoções.	<ul style="list-style-type: none">• Imagens com diferentes emoções• Papel com questões
21	Jogo da memória	<ul style="list-style-type: none">• Em equipas, os participantes devem virar os cartões e encontrar os pares. Vence quem conseguir virar o maior número de pares.	<ul style="list-style-type: none">• Cartões
28	Tangram	<ul style="list-style-type: none">• Reproduzir as figuras indicadas recorrendo ao tangram.	<ul style="list-style-type: none">• Figuras para reproduzir• Tangrams

JUNHO

Dia	Atividade	Descrição	Materiais
4	Conhecer Portugal (Dia de Portugal)	<ul style="list-style-type: none">• Cada participante deve lançar o cubo e, consoante a cor que ficar virada para cima, responder a questões sobre a cultura portuguesa (adivinhas, provérbios, curiosidades, geografia, gastronomia e canções tradicionais).	<ul style="list-style-type: none">• Cubo com faces de cores diferentes• Questões
18	Associação de imagens	<ul style="list-style-type: none">• Em equipas, os participantes devem associar as palavras à categoria a que pertencem.• Ainda nas mesmas equipas, devem associar entre si diferentes imagens fornecidas e dar um nome a cada categoria de acordo com as associações que fizeram.	<ul style="list-style-type: none">• Palavras e respetivas categorias• Imagens
25	São João	<ul style="list-style-type: none">• Decorar desenhos de manjericos para enfeitar a unidade.• Escrever em conjunto na bandeira do manjerico uma quadra alusiva ao São João.	<ul style="list-style-type: none">• Desenhos com manjericos• Materiais para decorar os manjericos• Caneta

JULHO

Dia	Atividade	Descrição	Materiais
2	Mímica com imagens	<ul style="list-style-type: none"> • Um participante deve explicar uma imagem sorteada através de gestos. É dito aos restantes participantes a categoria da imagem que devem adivinhar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papéis com as imagens • Caixa/bolsa para colocar os papéis
9	Tato e olfato	<ul style="list-style-type: none"> • Sem verem e através do tato ou do olfato, os participantes devem identificar o objeto. O participante que conseguir adivinhar o maior número de objetos vence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos para tocarem e cheirarem (alimentos, especiarias, plantas, algodão, etc.)
16	Bingo de sons	<ul style="list-style-type: none"> • Adivinhar o som que foi tocado. • Responder a questões sobre os sons tocados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sons • Papel com questões
23	Objeto em falta	<ul style="list-style-type: none"> • São apresentados vários objetos sobre a mesa e cada participante deve nomear um objeto. • Cobrem-se os objetos, tira-se um de cada vez e, em equipas, os participantes devem identificar o objeto em falta. • No final, ainda em equipas devem escrever numa folha o maior número de objetos apresentados que se lembrarem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos • Pano ou caixa para cobrir • Folhas • Lápis/caneta
30	Atividade musical	<ul style="list-style-type: none"> • Completar os excertos das músicas que ouvem, cantando um pouco da parte que falta. • Cantar uma música que contenha as palavras indicadas no papel sorteado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Músicas tradicionais portuguesas • Papéis com palavras • Caixa/bolsa para colocar os papéis

Anexo E

Planeamento do PEC

Sessão 1

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Apresentação da estagiária		
❖ Apresentação e integração dos elementos do grupo	<ul style="list-style-type: none">• Cada participante deve apresentar-se• Dinâmica: o participante deve tirar aleatoriamente 2 cartões que contêm perguntas às quais deve responder:<ul style="list-style-type: none">a) <i>Uma qualidade e um defeito meu</i>b) <i>Qualidades que mais aprecio nas outras pessoas</i>c) <i>Passatempos</i>d) <i>Coisas que não gosto de fazer</i>e) <i>Comida preferida</i>f) <i>Comida que menos gosto</i>g) <i>Música ou programa preferido</i>h) <i>Melhor momento da minha vida</i>i) <i>Uma aventura ou episódio engraçado que tive</i>j) <i>Um grande desejo que tenho</i>	<ul style="list-style-type: none">✓ Cartões com perguntas✓ Caixa para colocar os cartões
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Apresentação do programa	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação de informações sobre o programa, incluindo objetivos, nº de sessões, frequência, duração aproximada e definição do horário em conjunto com os participantes• Distribuição de uma folha com a síntese das informações	<ul style="list-style-type: none">✓ Computador✓ PowerPoint✓ Folha com síntese das informações

❖ **Psicoeducação sobre o funcionamento cognitivo**

- Psicoeducação sobre o envelhecimento e alterações cognitivas associadas, bem como a importância da estimulação cognitiva
- Esclarecimento de alguns conceitos
- Estratégias de compensação que podem ser adotadas

- ✓ Computador
- ✓ *PowerPoint*

❖ **Conclusão da sessão**

- Lembrar a data e hora da próxima sessão
 - Realçar a importância da participação ativa e da assiduidade nas sessões
-

Sessão 2

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular a orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Referir os meses do ano e identificar festividades em alguns deles.• Atividade 2 Identificar a estação do ano a partir das imagens e das descrições.• Atividade 3 Colocar os nomes dos distritos no local correto no mapa de Portugal.• Atividade 4 Escrever a hora marcada em cada relógio.• Atividade 5 Desenhar os ponteiros em cada relógio e responder a algumas questões (e.g. Qual dos relógios marca a hora do almoço? O que é que acontece a esta hora? Que relógios marcam a mesma hora?).	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com as atividades✓ Lápis/canetas

❖ **Conclusão da sessão**

- Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas e a utilidade das mesmas no nosso quotidiano
 - Relembrar a data e hora da próxima sessão
-

Sessão 3

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular a atenção e concentração, a capacidade de abstração e a memória de trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Discriminação de símbolos: assinalar todas as figuras iguais à figura modelo e indicar que outras figuras existem.• Atividade 2 Identificação de palavras: encontrar a palavra exatamente igual à palavra modelo apresentada.• Atividade 3 Palavras ocultas: procurar 15 nomes de profissões num quadro tipo “Sopa de letras”.• Atividade 4 Textos diferentes: ler e comparar 2 textos, assinalando as diferenças no texto de baixo.	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com atividades✓ Lápis/canetas
❖ Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas, a utilidade das mesmas no nosso quotidiano e estratégias que podem ser adotadas na resolução das tarefas• Relembrar a data e hora da próxima sessão	

Sessão 4

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular o cálculo, a atenção, a memória de trabalho, a flexibilidade mental, a capacidade de raciocínio e de resolução de problemas e a capacidade visuoespacial	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Responder a questões de cálculo.• Atividade 2 Peças de dominó: completar o número de pintas na última peça de dominó para que o resultado da soma de todas as pintas seja 13.• Atividade 3 Num quadro são apresentados vários números. Os participantes devem escrever a letra A por baixo do algarismo 4 e a letra B por baixo do algarismo 6. Posteriormente, no final de cada fila devem indicar o número de letras A e o número de letras B.• Atividade 4 Gerir o dinheiro: responder a questões relacionadas com a gestão do dinheiro, recorrendo a cálculos.	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com as atividades✓ Lápis/canetas
❖ Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas e a utilidade das mesmas no nosso quotidiano• Relembrar a data e hora da próxima sessão	

Sessão 5

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular as funções executivas (capacidade de abstração, planeamento, sequenciação de raciocínio, flexibilidade mental e controlo inibitório), a atenção e a capacidade visuoespacial	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Resolver um labirinto.• Atividade 2 Completar a sequência de figuras e números.• Atividade 3 Identificar os objetos sobrepostos.• Atividade 4 Palavras proibidas: à vez, cada participante irá tirar um cartão que contém uma palavra referente a uma tarefa/objeto/local e terá de a descrever para que os restantes elementos do grupo adivinhem o que é. No entanto, existem algumas palavras proibidas, isto é, que não podem ser usadas nessa descrição. Também não podem ser realizados gestos nem sons.	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com as atividades✓ Lápis/canetas✓ Cartões com as palavras a descrever e as respetivas palavras proibidas
❖ Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas, a utilidade das mesmas no nosso quotidiano e estratégias que podem ser adotadas na resolução das tarefas• Relembrar a data e hora da próxima sessão	

Sessão 6

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular as funções executivas (capacidade de abstração e de planeamento, sequenciação de raciocínio, resolução de problemas e flexibilidade mental) relacionadas com as AVD	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Sequências de ação relacionadas com atividades da vida diária: colocar na ordem correta as frases e as imagens de forma a conseguir completar a ação.• Atividade 2 Pensar em formas de resolver várias situações/problemas do dia-a-dia.• Atividade 3 Guia TV: consultando um guia de televisão, os participantes devem responder a algumas questões.• Atividade 3 Planear um almoço com todos os elementos do grupo:<ul style="list-style-type: none">– Quantas pessoas seriam;– Quais os materiais necessários e o número (mesas, cadeiras, talheres...);– Elaborar uma ementa;– Enumerar os ingredientes que precisariam para confeccionar a refeição;	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com as atividades✓ Lápis/canetas✓ Quadro✓ Caneta

-
- Elaborar a lista de alimentos que seria necessário comprar e posteriormente evocar os alimentos;
 - Referir os passos a seguir para confeccionar o almoço.

❖ **Conclusão da sessão**

- Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas, a utilidade das mesmas no nosso quotidiano e estratégias que podem ser adotadas na resolução das tarefas
 - Relembrar a data e hora da próxima sessão
-

Sessão 7

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular a memória semântica, visual e de trabalho, a atenção, a flexibilidade mental e a linguagem	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 É apresentado um conjunto de imagens e em seguida é apresentado o mesmo conjunto mas sem uma das imagens, sendo que os participantes devem identificar qual é a imagem que falta.• Atividade 2 Repetir uma sequência de números em sentido direto e inverso.• Atividade 3 Esta atividade é constituída por 3 partes, sendo que o objetivo é demonstrar que agrupar imagens ou palavras em categorias facilita a sua posterior recordação.<ul style="list-style-type: none">1º) Visualizar diversas imagens e de seguida recordar quais estavam presentes;2º) Visualizar novamente as imagens e agrupá-las em categorias;3º) Recordar novamente as imagens.• Atividade 4	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com as atividades✓ Lápis/canetas✓ Computador✓ <i>PowerPoint</i> com imagens

Os participantes devem observar uma imagem durante alguns segundos e posteriormente irão descrevê-la e responder a algumas questões (e.g. Quantas pessoas estavam presentes? Em que sítio estavam? O que estavam a fazer?)

❖ **Conclusão da sessão**

- Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas, a utilidade das mesmas no nosso quotidiano e estratégias que podem ser adotadas na resolução das tarefas
 - Relembrar a data e hora da próxima sessão
-

Sessão 8

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular a linguagem, a fluência verbal, a atenção, a memória semântica, a capacidade de abstração e a sequenciação de raciocínio	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Completar as palavras com a letra adequada.• Atividade 2 Para cada categoria, escrever uma palavra começada por uma letra pré-definida.• Atividade 3 Palavras encadeadas: escrever palavras que comecem pela última sílaba da palavra anterior.• Atividade 4 Escrever cinco palavras que estejam relacionadas com a categoria fornecida.• Atividade 5 Provérbios: completar provérbios e interpretar o significado de cada um.	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com as atividades✓ Lápis/canetas
❖ Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas e a utilidade das mesmas no nosso quotidiano• Relembrar a data e hora da próxima sessão	

Sessão 9

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular as praxias, a motricidade fina, a capacidade visuoperceptiva e a atenção	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Ligar os pontos para formar uma imagem.• Atividade 2 Cópia de figuras.• Atividade 3 Desenhar as figuras, consoante a ordem dada (e.g., desenhar um retângulo; desenhar um triângulo dentro do retângulo; desenhar um círculo à direita do retângulo).• Atividade 4 Cumprir ordens diversas.• Atividade 5 Mímica de palavras.	<ul style="list-style-type: none">✓ Fichas com as atividades✓ Lápis✓ Cartões com palavras da mímica
❖ Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas e a utilidade das mesmas no nosso quotidiano• Relembrar a data e hora da próxima sessão	

Sessão 10

Objetivos	Atividades	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Estimular as gnosias, a atenção e a memória	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Visão: nomear as cores representadas (azul, vermelho, amarelo e verde) e indicar nomes de 5 objetos ou coisas que sejam azuis, vermelhas, amarelas e verdes.• Atividade 2 Tato: com os olhos vendados, reconhecer os objetos através do toque.• Atividade 3 Audição: identificar o som.• Atividade 4 Audição: reconhecer e completar a música (técnica da reminiscência).• Atividade 5 Olfato: identificar diferentes odores com os olhos vendados.	<ul style="list-style-type: none">✓ Caixa com objetos com diferentes formas, tamanhos e texturas✓ Diferentes sons e músicas tradicionais portuguesas✓ Alimentos e temperos diversos
❖ Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Relembrar as áreas cognitivas que foram estimuladas e a utilidade das mesmas no nosso quotidiano	

-
- Relembrar a data e hora da próxima sessão
-

Sessão 11

Atividades	Objetivos	Materiais
❖ Acolhimento dos participantes		
❖ Orientação temporal e espacial	<ul style="list-style-type: none">• Registo no quadro do dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, horas e local	<ul style="list-style-type: none">✓ Quadro✓ Caneta✓ Relógio analógico
❖ Partilha de opiniões sobre o programa	<ul style="list-style-type: none">• Atividade 1 Cada participante deve partilhar a sua opinião sobre a sua experiência no PEC com base em alguns tópicos:<ul style="list-style-type: none">a) Como me senti?b) O que gostei mais? E menos?c) Grau de exigência: atividades que achei mais difíceisd) Impacto que teve no meu funcionamento diário	<ul style="list-style-type: none">✓ Computador✓ <i>PowerPoint</i> com tópicos de resposta
❖ Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none">• Entrega dos certificados de participação• Realçar a importância de dar continuidade à participação em atividades de estimulação cognitiva• Tirar fotografia de grupo	<ul style="list-style-type: none">✓ Certificados de participação✓ Câmara fotográfica

Anexo F

Publicações redigidas para as redes sociais do Hospital

(1) Dia de São Valentim/Dia da Amizade (14 fevereiro)

O toque é essencial nos seres humanos, não só para o fortalecimento do relacionamento interpessoal, mas também para o bem-estar físico e mental. Sabia que o abraço desencadeia a libertação de oxitocina, que é chamada a “hormona do amor”? Por isso, abraçar alguém permite literalmente aprofundar a nossa relação com essa pessoa a nível bioquímico.

A investigação científica já provou que o contacto físico com outros seres humanos possui inúmeros benefícios. Promove sentimentos positivos, como a felicidade e o otimismo, fomenta a autoestima e diminui até a probabilidade de contrair uma constipação. A nível fisiológico, permite a ativação de mecanismos neuronais e hormonais específicos que reduzem a dor, diminuem a pressão sanguínea e outros marcadores de stress, e melhoram a saúde física e mental geral.



Referência:

<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/the-science-kindness/201910/why-does-hug-feel-so-good>

(2) Os benefícios da prática diária da gratidão

Quer aumentar o seu bem-estar psicológico? Comece a agradecer!

Expressar gratidão possui efeitos a nível cerebral: ativa o sistema de recompensa no cérebro, aumentando a quantidade de neurotransmissores responsáveis pela sensação de bem-estar e prazer: a dopamina e a serotonina. O ato de pensar em coisas pelas quais está agradecido(a) permite-lhe focar-se nos aspetos positivos da sua vida, ativando as regiões cerebrais responsáveis pela produção destes dois neurotransmissores. A maior quantidade de dopamina e serotonina conduz a uma maior sensação de bem-estar. Por isso, o ato de agradecer pode ter um efeito semelhante ao dos antidepressivos.

Para praticar a gratidão não precisa de dispor de muito tempo. Pode começar por agradecer 3 coisas na sua vida. Agradecer de manhã ao acordar permite-lhe iniciar o dia de forma positiva e com mais vitalidade; por outro lado, agradecer à noite antes de dormir pode ajudá-lo a dormir melhor. O importante é começar a fazê-lo. Se o fizer durante pelo menos 21 dias, tornar-se-á um hábito que com certeza trará benefícios para a sua felicidade e bem-estar.

Lembre-se: *“Não são as pessoas felizes que são gratas, são as pessoas gratas que são felizes”*.



Referências:

<https://lifestyle.sapo.pt/saude/bem-estar/artigos/neurociencia-como-pode-a-gratidao-aumentar-o-bem-estar-psicologico>

<https://obemviver.blog.br/2016/12/26/saiba-como-a-gratidao-age-no-cerebro-segundo-a-neurociencia/>

(3) Dia Mundial do Sono (15 março)

Ter um sono reparador é fundamental para a saúde física e mental. No entanto, os problemas relacionados com o sono tornam-se mais comuns com o avançar da idade e atualmente afetam uma percentagem significativa da população portuguesa, sendo que apenas menos de um terço das pessoas é que efetivamente procura ajuda médica.



Os distúrbios do sono têm impacto sobre a qualidade de vida e a saúde: aumentam o risco de doença cardiovascular; aumentam o apetite, devido a alterações hormonais, o que pode conduzir a um aumento do risco de obesidade; estão associados a taxas mais elevadas de depressão e ansiedade; e estão também associados ao desenvolvimento de problemas

cognitivos e neurológicos, como problemas de concentração, memória e raciocínio. A privação de sono pode até mesmo aumentar o risco de desenvolvimento de doença de Alzheimer, segundo um estudo realizado pela Fundação Pasqual Maragall (pode ler mais sobre o assunto aqui: <https://observador.pt/2020/01/10/noites-mal-dormidas-podem-causar-alzheimer/>).

Se tiver dificuldades em ter um sono reparador, procure ajuda. Pode também adotar algumas medidas para melhorar a qualidade do seu sono. Deixamos aqui algumas dicas que o podem ajudar a dormir melhor.

- Tente que o seu sono tenha uma duração superior a 7 horas por noite;
- Adote um horário fixo para adormecer e acordar todos os dias à mesma hora;
- Evite o consumo de álcool, nicotina e cafeína (ou outras bebidas estimulantes, como chá verde) nas horas antes de deitar;
- Use a sua cama apenas para dormir, evitando ver televisão ou estar no computador no seu quarto. Desta maneira, permitirá à sua mente associar o quarto ao ato de descansar;
- Crie condições no seu quarto: procure manter uma temperatura adequada, sem luminosidade e sem ruído, e durma num colchão e almofada confortáveis;
- Evite o uso do telemóvel, tablet ou computador nas horas próximas da ida para a cama;
- Evite refeições pesadas e com muito açúcar nas 4 horas antes de se deitar. Se possível, procure também não beber muitos líquidos próximo da hora de ida para cama, para evitar levantar-se durante a noite para ir à casa de banho;
- Se quiser fazer uma sesta durante o dia, procure que esta não seja superior a 45 minutos;

- Pratique atividade física regularmente, evitando o exercício intenso ao final do dia, uma vez que lhe pode proporcionar mais energia e ter dificuldades em adormecer.

Referências:

<https://www.saudecuf.pt/mais-saude/artigo/doencas-do-sono-acorde-para-este-problema>

<https://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/ir-para-a-cama-e-dormir-bem-10-dicas-para-um-sono-melhor>

<https://observador.pt/2015/02/02/intervalo-ideal-horas-sono/>

<https://observador.pt/2020/01/10/noites-mal-dormidas-podem-causar-alzheimer/>

(4) O aumento do consumo de psicofármacos

O consumo de psicofármacos tem-se tornado alarmante devido à tendência crescente que se tem vindo a observar nos últimos anos. Segundo o relatório do Conselho Nacional de Saúde dedicado à saúde mental divulgado em dezembro do ano passado, o consumo de antidepressivos nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tem vindo a aumentar, tendo duplicado entre 2000 e 2017. Como explicação para estes dados, o relatório aponta como hipótese o facto de existir um melhor acesso aos medicamentos, um melhor reconhecimento e diagnóstico da depressão ou ainda uma evolução das orientações clínicas no tratamento desta psicopatologia.

Portugal é o quinto país da OCDE, num total de 29, com maior consumo de antidepressivos. Em 2018, os portugueses compraram quase 9 milhões de embalagens deste tipo de fármaco, sendo o dobro da taxa de consumo em relação a países como a Eslováquia, Itália e Holanda e a tendência é para um aumento deste número. Já no caso dos ansiolíticos, o número de embalagens compradas pelos portugueses em 2018 é superior – mais de 10 milhões – com uma tendência de consumo que se tem mantido estável desde 2014. Ainda assim, este número é preocupante dados os efeitos nocivos associados ao uso continuado das benzodiazepinas, como a dependência e a disfunção cognitiva, sendo apenas indicadas para o controlo de curto prazo da insónia e ansiedade.



Referências:

<https://www.dn.pt/vida-e-futuro/compra-de-antidepressivos-dispara-em-portugal-quase-nove-milhoes-em-2018-11621655.html>

<https://www.jornalmedico.pt/atualidade/38222-relatorio-mostra-aumento-de-consumo-de-antidepressivos-em-portugal-e-situacao-preocupante-quanto-aos-ansioliticos.html>

(5) A relação entre o intestino e a saúde mental

Sabia que a saúde do seu intestino pode influenciar a sua saúde mental? Para além da quantidade gigante de bactérias que aloja, e que são cruciais para o organismo, o nosso intestino contém milhões de neurónios, sendo até considerado o “segundo cérebro”. Os neurónios aqui presentes produzem grandes quantidades de serotonina e dopamina (neurotransmissores associados ao bem-estar), sendo que 90% e 50%, respetivamente, da quantidade que corre no nosso corpo são produzidas no intestino para extrair energia dos alimentos.

O intestino está em constante comunicação com o cérebro através do nervo vago, que estabelece uma ligação de duplo sentido entre ambos. Os neurotransmissores que ocorrem nos intestinos são depois utilizados pelo cérebro para regular alguns dos seus processos, como o humor e a retenção de informação.

Existe ainda um terceiro elemento que desempenha um papel importante nesta conexão cérebro-intestino: a flora intestinal. O interesse por esta população que habita no nosso intestino tem vindo a aumentar nos últimos tempos e começa-se agora a perceber a sua influência na predisposição a várias doenças e na saúde mental das pessoas. A flora intestinal desempenha um papel fundamental na



absorção de nutrientes e vitaminas e protege-nos de microrganismos que podem provocar doenças. Alguns fatores podem desequilibrar a flora intestinal, como a alimentação rica em gordura, níveis elevados de stress e o uso de antibióticos que acaba por matar não só as bactérias “más”, mas também as “boas”. Um maior número de bactérias

“más” presentes conduz a inflamação, que por sua vez se manifesta não só a nível físico, através da diarreia, mas também a nível mental, como alterações no humor e na concentração. Um estudo recente publicado no jornal *General Psychiatry* revelou que a regulação da flora intestinal pode mesmo ajudar no tratamento de doenças como a ansiedade, através do consumo de suplementos alimentares probióticos, mas também de outras intervenções não-probióticas, como alterações na dieta alimentar.

Referências:

<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/a-incrivel-conexao-cerebro-intestino/>

<https://www.noticiasmagazine.pt/2019/afinal-e-verdade-temos-mesmo-o-intestino-ligado-a-cabeca/estilos/saude/239233/>

(6) O papel do psicólogo na Reabilitação Neuropsicológica

A Reabilitação Neuropsicológica (RN) tem por objetivo remediar as sequelas a nível cognitivo, emocional, psicossocial e comportamental resultantes de uma lesão cerebral. Visa assim possibilitar ao indivíduo funcionar da forma mais adequada possível num ambiente que lhe é mais apropriado, ajudando-o a atingir o seu nível ótimo de bem-estar.

A RN baseia-se em dois mecanismos centrais de recuperação que se interrelacionam: a **plasticidade cerebral**, que consiste na capacidade do sistema nervoso para alterar a sua estrutura e o seu funcionamento de acordo com a interação com o meio ambiente; e o **comportamento adaptativo** do indivíduo, que lhe permite adaptar-se às novas circunstâncias.

Alguns sintomas comuns após a lesão cerebral incluem: a nível cognitivo, défices de memória, atenção, planeamento e organização, raciocínio, comunicação e perceção; a nível emocional e psicossocial, alterações de humor e sintomatologia ansiosa e depressiva, raiva, medo, isolamento social e baixa autoestima; a nível comportamental, o doente pode exibir baixo autocontrolo, impulsividade, desinibição e agressão; podem ainda surgir dificuldades motoras e sensoriais. Os sintomas podem variar em função da etiologia, extensão e gravidade da lesão cerebral, pelo que é fundamental conhecer as suas particularidades.

O plano de reabilitação inicia-se com uma avaliação neuropsicológica para identificar as sequelas cognitivas e emocionais. A etapa seguinte consiste na definição dos objetivos terapêuticos, que deve ser um trabalho realizado em conjunto com o doente e com a sua família, promovendo o seu maior envolvimento e motivação no processo de reabilitação.

O programa de RN deve procurar aumentar a consciência do indivíduo, remediar défices cognitivos, desenvolver capacidades compensatórias e fornecer aconselhamento vocacional e deve ainda ser uma combinação de terapia individual e em grupo. Para isso, o plano de intervenção poderá incluir:

- treino cognitivo, para estimular as funções mentais afetadas e melhorar a funcionalidade da pessoa no seu quotidiano. Quando não é possível restituir a função cognitiva, ensinam-se estratégias de compensação ao doente e à sua família (por exemplo, o uso de uma agenda como auxiliar de memória);



- aconselhamento psicológico, visando aumentar a consciência das dificuldades do doente e a adaptação à sua nova condição. O aconselhamento psicológico, que pode ser prestado ao doente e à sua família, pretende também auxiliar no controlo emocional que pode encontrar-se afetado, quer pela lesão, quer pela perda da sua condição anterior e as alterações implicadas;
- pode ainda incluir orientação vocacional, que procura auxiliar o doente na construção de um projeto profissional compatível com a sua nova condição.

A RN é, portanto, um processo interativo que envolve um papel ativo do doente e da sua família, tanto no planeamento e na definição dos objetivos de intervenção, como no cumprimento do plano delineado. O psicólogo desempenha um papel fundamental ao longo de todo o processo de reabilitação, ao nível da avaliação e da intervenção, procurando fazer a ponte entre o doente, o seu processo de reabilitação e a família, e conjugando as dimensões cognitiva e emocional do doente, de forma a atingir o seu potencial máximo de reabilitação.

Referências:

Guerreiro, S. (2014). *Avaliação dos impactos de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica: medidas de ativação cerebral, funcionamento cognitivo, estabilidade emocional, funcionalidade e qualidade de vida* (Tese de Doutoramento). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78078/2/34022.pdf>

Wilson, B. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141–162. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212

Wilson, B., Gracey, F. Malley, D., Bateman, A., & Evans, J. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, models, therapy and outcomes*. Cambridge: Cambridge University Press.

<http://neuroser.pt/2018/03/24/reabilitacao-neuropsicologica-pos-avc/>

<http://cmra.pt/psicologos-para-ajudar-a-reabilitar/>

Anexo G

Planeamento da aplicação das provas neuropsicológicas a A.D.

Sessão	Duração total estimada	Instrumento	Tempo estimado de aplicação	Objetivo
1	20-30 min.	Stroop	5 min.	Avaliação da atenção
		TMT	5 min.	
		BSI	10 min.	Avaliação de sintomatologia psicopatológica
2	20-30 min.	IFS	10 min.	Avaliação do funcionamento executivo
		Teste dos 6 elementos (BADS)	10 min.	
3	35-40 min.	Memória Lógica I e II + Pares de Palavras I e II + Faces I e II + Cenas de Família I e II (WMS-III)	35-40 min.	Avaliação da memória
4	30-40 min.	Figura Complexa de Rey (Cópia + Reprodução de memória)	10-15 min.	Avaliação da memória + das capacidades visuoespaciais e construtivas
		Cubos (WAIS)	15-20 min.	