



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Inês Moreira Eusébio

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Gandra, janeiro de 2023

Inês Moreira Eusébio

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Relatório de Estágio

Trabalho realizado sob a Orientação da **Professora Dr.ª Joana Soares.**

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, **Inês Moreira Eusébio**, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, 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

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida, quero expressar o meu muito obrigada a todos os que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada.

À **minha orientadora de estágio**, por todos os momentos, pela compreensão, apoio, ajuda, otimismo, carinho e conhecimento transmitido.

À **professora doutora Joana Soares**, pelo acompanhamento, atenção e disponibilidade ao longo desta etapa.

A **todos os professores**, que a instituição colocou no meu caminho, por todo o conhecimento transmitido ao longo destes cinco anos e pela disponibilidade que sempre demonstraram.

Aos **meus pais**, por todo o esforço que fizeram ao longo destes anos para que fosse possível concretizar um dos meus sonhos, por todo o apoio que me deram e por acreditarem sempre em mim.

Ao **meu tio e à minha avó**, por estarem sempre lá para mim.

Ao **João**, pela força, motivação, carinho, companheirismo e por estar presente em todos os momentos e pelas palavras de conforto nos momentos mais árduos.

A todos os **profissionais** da Unidade de Convalescença e da Unidade de Média Duração e Reabilitação pela excelente receção, amabilidade e ajuda prestada ao longo do meu percurso no hospital.

A todos os **utentes** do Hospital, um agradecimento muito especial, por me permitirem desenvolver competências e crescer enquanto pessoa e profissional.

Mais uma vez, não posso deixar de agradecer a todos que fizeram parte desta caminhada.

Muito Obrigada!

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Caracterização do local de estágio	2
1. O Hospital	2
1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	4
1.2. Hospital na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	6
2. O papel do psicólogo em contexto hospitalar	8
2.1. O papel do psicólogo na Instituição.....	10
Capítulo II – Atividades de Estágio	12
2.1 Descrição das Atividades Desenvolvidas	12
2.2 Reuniões de Orientação e Supervisão	13
2.3 Integração e Acompanhamento Psicológico Individual	13
2.4 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica.....	16
2.5 Grupo de Estimulação Cognitiva.....	17
2.6 Formação “ <i>Conversas de Bata Branca</i> ”	22
2.7 Formações Recebidas	23
Capítulo III – Estudo de Caso	24
1. Caso Clínico E.....	24
1.1 Dados de Identificação.....	24
1.2 Motivo de Encaminhamento / Acompanhamento	24
1.3 Genograma.....	25
1.4 Fontes de Informação	25
1.5 História Pessoal e Familiar	26
1.6 Informação Médica Relevante e Psicofarmacológica	27
1.7 Observação do Estado Mental e do Comportamento	27
1.8 Instrumentos de Avaliação Aplicados	28

1.9	Resultados	29
1.10	Interpretação Conjunta dos Resultados.....	31
1.11	Processo de Intervenção	32
1.12	Reflexão Pessoal sobre o Caso Clínico	35
	Reflexão Final.....	36
	Referências Bibliográficas.....	39
	Anexos	44

Índice de Tabelas

Tabela 1. Exemplos de casos avaliados/acompanhados, de forma autónoma	
14	
Tabela 2. Resumo das sessões do PEC – ATIVA’MENTE	19
Tabela 3. Resultados da Escala Montreal Cognitive Assessment	27
Tabela 4. Resultados da Escala Addenbrooke’s Cognitive Examination	28
Tabela 5. Resultados da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária	28
Tabela 6. Resultados da Escala Beck Depression Inventory	29

Lista de Abreviaturas

AP – Avaliação Psicológica

APA – American Psychological Association

CCI – Cuidados Continuados Integrados

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

PEC – Programa de Estimulação Cognitiva

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Curricular, do segundo ano do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), decorrido durante o ano letivo 2021/2022, tendo como objetivo refletir sobre o percurso enquanto estagiária de Psicologia.

O estágio curricular assume-se como um momento crucial para a finalização do percurso académico, permitindo pela primeira vez o contacto com a prática clínica e proporcionando a aplicação de conhecimentos previamente adquiridos.

O estágio decorreu sob a orientação da psicóloga da instituição acolhedora, e a supervisão a cargo da Prof^a. Doutora Joana Soares, docente no IUCS.

O mesmo teve início no dia 29 de setembro de 2021 e terminou, oficialmente, no dia 29 de julho de 2022. No decorrer do estágio curricular foi estipulado um horário semanal de três dias (terças, quartas e quintas-feiras), numa Rede Nacional de Cuidados Continuados. O horário estabelecido era, no entanto, de caráter flexível, tendo sido ajustado conforme as necessidades da instituição. Durante este período, foram ultrapassadas as 420 horas necessárias a serem cumpridas para a concretização do estágio curricular.

O presente relatório pretende apresentar o trabalho efetuado no decorrer deste período, estando organizado em três capítulos e uma reflexão final. O primeiro capítulo engloba uma componente mais teórica e explicativa, da instituição acolhedora e do seu modelo de funcionamento. O segundo capítulo diz respeito à explanação das atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular. E num, terceiro capítulo é apresentado um caso clínico em detalhe, adaptado às circunstâncias presentes na instituição acolhedora.

O relatório finaliza com uma reflexão sobre as aprendizagens, desafios e experiências vivenciadas ao longo do estágio curricular. De salientar que toda a aprendizagem ao longo destes meses veio complementar os conhecimentos adquiridos

teoricamente e aumentar o meu crescimento pessoal e como ser humano, tendo passado a compreender as diferentes situações sob pontos de vista distintos.

Capítulo I – Caracterização do local de estágio

1. O Hospital

A unidade hospitalar onde decorreu o estágio curricular localiza-se no centro de uma cidade a norte de Portugal. A presente unidade hospitalar presta cuidados a toda a população do concelho, ou seja, cerca de 83.064 habitantes e direciona a sua influência para os concelhos vizinhos, totalizando uma população superior a 200.000 habitantes, devido à inexistência de uma unidade hospitalar com a mesma oferta de serviços e qualidade semelhantes à deste hospital nas proximidades.

O hospital foi inaugurado em 1966, porém em 1977 foi nacionalizado pelo Estado passando a funcionar como instituição pública até novembro de 2001. Após a inauguração e entrada em funcionamento de um centro hospitalar público nas redondezas, o hospital encerrou no final de 2001.

Anos mais tarde, a fim de retomar a atividade hospitalar, no atual edifício existente, procedeu-se à remodelação e ampliação do mesmo, reiniciando a sua atividade no ano de 2008, em contexto particular.

A presente instituição visa como principal missão a prestação de cuidados de saúde, personalizados e de qualidade, passando pelas componentes a nível tecnológico e humano num ambiente institucional, ambulatório e domiciliário. Sendo todo este trabalho desempenhado e regulado pelos valores éticos e com o compromisso de uma melhoria contínua, respeitando todos os direitos dos utentes. Sendo deste modo, reconhecido como um hospital de referência no norte do país.

A unidade hospitalar, além de oferecer diversas especialidades médicas e não médicas, integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na qual se insere a Unidade de Convalescença (UC) e a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), nas quais ocorreu o estágio curricular.

1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI, ou simplesmente Rede, foi fundada em 2006, pelo *Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de junho, como resultado de uma parceria entre o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e o Ministério da Saúde. Até 2006 a prestação pública de cuidados de saúde encontrava-se organizada em dois tipos de estruturas: cuidados de saúde primários, serviços de proximidade orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença e os cuidados diferenciados, com oferta de serviços especializados em situações agudas e crónicas (Rainho et al., 2020; Oliveira, 2016).

A RNCCI consiste num modelo organizacional, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017). Desta forma, a Rede destina-se a todas as pessoas, que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Porém, torna-se evidente que a maioria dos seus utentes (cerca de 85%) são idosos e que a utilização da mesma por crianças e jovens é apenas em casos pontuais (Gomes, 2020).

Observando o panorama do envelhecimento em Portugal e em consenso com a comunidade científica que, apesar da palavra envelhecimento não ser sinónimo de doença e dependência, existe uma considerável prevalência de doenças crónicas nos idosos (INE, 2012). Na qual, o aumento de doenças crónicas incapacitantes e o acréscimo dos níveis de dependência funcional da população idosa levaram a que se confirmasse carências ao nível dos cuidados de longa duração, cuja resposta não podia ser suportada pelos hospitais de agudos, nem pela contratação pontual de “camas de retaguarda” (Gomes, 2020). Pois, a progressiva diminuição das capacidades funcionais e cognitivas dos idosos apresentam como consequência a sua dependência, não só em fases agudas de doença, mas também no contexto da sua vida quotidiana (Rainho et al., 2020).

Desta forma, tornou-se imprescindível a criação da RNCCI para dar resposta às situações de dependência e incapacidade decorrente das necessidades de saúde e/ou de carácter social (Cardoso, 2017). No qual, os objetivos pretendidos com a RNCCI passam pela prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada às pessoas, independentemente da idade e estatuto social e se se encontram

em situação de dependência, na sequência de um episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção do agravamento de doença crónica (Gomes, 2020).

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) encontram-se focalizados numa intervenção sustentada no princípio dos “3 R’s” – **Reabilitação** global da pessoa, promovendo a sua autonomia; **Readaptação**, melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista ao objetivo primordial e a sua **Reintegração** sociofamiliar (RNCCI, 2013; Cardoso, 2017).

A prestação de cuidados de saúde e apoio social é constituída por quatro tipologias de respostas: Unidades de Internamento; Unidades de Ambulatório; Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias (RNCCI, 2013).

As Unidades de Internamento, atualmente, englobam as: Unidades de Convalescença (UC); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e as Unidades de Longa Duração e Manutenção. As Unidades de Ambulatório abarcam a Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia. Por sua vez, as Equipas Hospitalares contêm: Equipas de Gestão de Altas e Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos. Já as Equipas Domiciliárias abrangem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (domiciliários) e as Equipas Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (RNCCI, 2013). Todos os cuidados são prestados por equipas interdisciplinares, nomeadamente nas áreas da medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social, sendo todo o trabalho realizado em equipa, de modo maximizar a recuperação do utente (Macedo, 2020).

Desta forma, a criação de respostas adequadas pela RNCCI permitiu uma mudança de paradigma e concomitantemente a modernização do sistema de saúde e segurança social, progredindo do modelo clássico de cuidado ao doente – modelo biomédico tradicional, para um modelo de cuidados holísticos e de foco biopsicossocial (UMCCI, 2013).

1.2. Hospital na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O hospital disponibiliza a UC e a UMDR, pertencentes à RNCCI, estando estas unidades em pisos distintos e sucessivos, possuindo cada uma características e objetivos próprios. Os utentes encontram-se em quartos duplos, consoante o sexo, não existindo quartos mistos por uma questão de conforto e privacidade para o próprio. Contudo, existe um quarto individual em cada piso que é utilizado no caso de algum utente contrair algum tipo de infeção, como por exemplo a Covid-19 ou por alguma bactéria multirresistente. Tendo em consideração o período em que decorreu o estágio (pandemia por Covid-19), por vezes, foi necessária a redistribuição dos utentes devido ao surgimento de casos confirmados por Covid-19.

Cada uma das unidades disponibiliza uma sala de estar, onde os utentes podem ver televisão e socializar entre si, onde ocorrem as atividades de grupo e as visitas semanais dos familiares. O último piso inclui um ginásio onde se realizam as sessões diárias de fisioterapia, e se encontra a capela do hospital.

A UC é dirigida às pessoas que já não necessitam de estar internadas em cuidados hospitalares de agudos, mas que devido à sua situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, requerem cuidados de saúde que, pela sua complexidade, frequência ou duração, não podem ser prestados no seu domicílio. Contudo, o internamento numa UC é assegurado por um período de internamento máximo de 30 dias ininterruptos, para cuidados de reabilitação clínica e medicina física. A unidade assegura reabilitação funcional intensiva; cuidados médicos e de enfermagem permanentes; exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológico; prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação adequada a cada caso; e momentos de convívio e lazer para os utentes (Oliveira, 2016).

A UMDR diz respeito a uma unidade que se destina a pessoas que, na sequência de uma doença aguda ou por motivos de um processo de reagudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas que apresentam potencial de reabilitação funcional e que necessitam de cuidados de saúde ou apoio social e que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio. O internamento

numa UMDR tem a duração mínima de 30 a um máximo de 90 dias. A presente unidade garante reabilitação funcional; cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer (Oliveira, 2016).

Durante o período de internamento, na UC e na UMDR, o hospital além das comodidades proporcionadas pelo espaço físico acolhedor e confortável, fornece acesso ao mais completo apoio médico. Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista, assistentes operacionais, administrativa, terapeuta da fala e psicóloga. Desta forma, os cuidados ao serem concedidos de forma multidisciplinar permitem uma intervenção de carácter holístico, garantindo a prestação de cuidados ajustados às diversas necessidades do utente.

Com a implementação da RNCCI, esperam-se ganhos a nível da saúde e da qualidade de vida dos utentes, mas também ganhos no que se refere aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, ao nível da sua eficácia e eficiência (Simões, 2010).

2. O papel do psicólogo em contexto hospitalar

A Organização Mundial de Saúde define a instituição Hospitalar como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cujo objetivo é facultar a toda a comunidade uma assistência médica preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família no seu lar e, por sua vez, um centro de formação dos que trabalham na área da saúde e para investigações biopsicossociais (Alves et al., 2020).

O exercício dos profissionais da área da psicologia em instituições hospitalares públicas ou privadas tem ganho espaço diariamente, contudo, a sua identidade ainda se encontra em construção pelas multitarefas e o seu carácter multiprofissional (Assis & Figueiredo, 2020). Segundo a APA (2013) o trabalho dos psicólogos em ambiente hospitalar tem por base a psicologia da saúde (Castro & Bornhold, 2004), cujo objetivo é compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam tanto a saúde como a doença.

Segundo Almeida & Malagris (2015), a atuação do psicólogo na área da saúde, em contexto hospitalar, tem-se desenvolvido não só devido ao seu carácter de tratamento, mas principalmente ao seu carácter preventivo, onde são considerados os aspetos físicos e emocionais, tendo em consideração a visão do ser humano de uma forma holística, como um ser biopsicossocial.

Segundo Simonetti (2004) a psicologia hospitalar é um campo de entendimento e tratamento dos aspetos psicológicos em torno do adoecimento. Na qual, a psicologia hospitalar tem-se desenvolvido no âmbito de um novo paradigma epistemológico que procura uma visão mais ampla do ser humano e privilegia a articulação entre diferentes formas de conhecimento, sendo a consequência clínica mais revelante dessa visão, ou seja, a forma como os profissionais vêem os pacientes: *“em vez de doença existem doentes”*.

Desta forma, a psicologia hospitalar tem construído a sua história, passo a passo, sendo uma das áreas de elevada importância, devido ao seu conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para uma melhor assistência junto dos pacientes. A psicologia hospitalar apresenta

como objetivo principal minimizar o sofrimento causado pela hospitalização e as consequências emocionais que a mesma provoca no paciente (Camon et al., 2018).

Conforme descreve Romano (2002): *“A hospitalização pode ser um momento de bastante angústia para o paciente e para os familiares que o cercam. Oferecer suporte psicológico nessa fase de fragilidade é o cerne da atenção do profissional especializado em Psicologia Hospitalar.”*

O psicólogo em contexto hospitalar é o profissional que reúne conhecimentos técnicos para os aplicar de forma coordenada, visando a melhoria da assistência integral do paciente (Rodríguez-Marín, 2003). É necessário que a atuação do psicólogo em ambiente hospitalar assente no modelo biopsicossocial, em que vê o sujeito de uma forma global, e detenha uma intervenção generalizada, tendo em conta as diferentes dimensões do indivíduo (física, psíquica e social) (Gasparini, 2018). Pois, o paciente tem necessidades e preocupações que necessitam de ser amenizadas e escutadas, para que enfrente de forma mais pacífica o processo de adoecimento, internamento e reabilitação (Almeida, 2019).

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016), a atuação do psicólogo da saúde é alargada e diversificada, abrangendo desta forma todos os contextos e comportamentos de saúde. O psicólogo deve estar presente em todos os momentos necessários para o paciente, de forma a escutá-lo sobre a sua história, a sua doença, a sua vida, o que pensa, o que sente, o que teme e o que deseja. Assim, conhecendo o paciente, o psicólogo deve estimular o mesmo a assumir uma postura ativa durante o seu processo de adoecimento, hospitalização e recuperação (Simonetti, 2004).

2.1. O papel do psicólogo na Instituição

Atualmente, em Portugal assiste-se a um aumento da esperança média de vida, por consequência do envelhecimento da população, de uma diminuição da natalidade, pessoas em situação de incapacidade ou doença incurável e, ainda, a alterações na organização e funcionamento a nível familiar (Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2012) e, para fazer face a estas problemáticas foi criada a RNCCI. Desta forma, o papel da Psicologia ganha destaque na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções psicológicas, sem nunca descorar os aspetos sociais, culturais e ambientais da pessoa (Trindade, 1996).

O bem-estar psicológico e a saúde mental são essenciais para uma intervenção psicológica nos serviços de saúde, tendo sempre em ponderação o sujeito e a comunidade onde este se encontra inserido e para a qual irá regressar após a sua alta da unidade. Estes são os fatores primordiais e responsáveis pela manutenção da sua saúde, prevenção e sobrevivência à doença (Trindade, 1996).

Nas unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), da instituição, os utentes eram maioritariamente idosos, sendo os diagnósticos clínicos mais frequentes: dependência nas atividades de vida diária, por resultado de fraturas ósseas, acidente vascular cerebral, traumatismos crânio encefálicos e amputação de membros. Perante o descrito, considera-se de extrema importância a intervenção de psicólogos, pois a sua atuação contribui para uma melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos utentes.

Face a isto, na UCCI do hospital, o psicólogo atua numa equipa multidisciplinar, desenvolvendo um conjunto de funções essenciais para o bem-estar e a reabilitação do utente que se encontra internado. Respeitando o protocolo vigente na instituição, o psicólogo realiza uma avaliação inicial do estado mental, cognitivo e emocional do utente, com recurso à entrevista psicológica, observação e instrumentos psicométricos de caráter psicológico e neuropsicológico, com o objetivo de recolher o máximo de informação possível acerca do utente, as suas crenças face à doença e as expectativas para a sua recuperação.

Uma vez realizada a entrevista psicológica inicial e a avaliação neuropsicológica, com base na informação recolhida/observada e os resultados obtidos era elaborado e implementado um plano individual de reabilitação/intervenção, com foco na psicoeducação para uma mudança de comportamentos, gestão emocional, ajustamento de crenças e expectativas com base na realidade e em progressão para um processo de adaptação à doença. Porém, em alguns casos, não se reuniam critérios suficientes para acompanhamento psicológico diário, e esses utentes beneficiavam, unicamente, de supervisão para a monitorização do seu estado psicoemocional face às suas perspetivas.

O psicólogo ao se encontrar inserido numa equipa multidisciplinar atua em parceria com os restantes técnicos e ajuda o utente a manter a sua motivação e promover o envolvimento do mesmo no seu processo de reabilitação, efetuando a ligação entre as problemáticas do utente e a sua família.

O psicólogo exerce também um papel potenciador na equipa multidisciplinar, de modo a contribuir para uma melhor relação desta com os utentes. De forma, a que os utentes se sintam em comunidade e que toda a equipa está motivada para a sua recuperação.

Nesta instituição, o psicólogo desempenha um papel fulcral na integração, promoção e manutenção da saúde dos utentes. Constituindo-se assim um elemento essencial da instituição para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a humanização dos mesmos.

Capítulo II – Atividades de Estágio

2.1 Descrição das Atividades Desenvolvidas

Como referido anteriormente, o estágio curricular teve a duração de 10 meses, com início a 29 de setembro de 2021 e término a 28 de julho de 2022.

Numa fase inicial, foi-me dado a conhecer os aspetos que teria de ter em consideração face à instituição, o protocolo de testes existente na unidade, tal como a forma de descrição dos relatórios clínicos que seriam solicitados, ao longo do estágio. O estágio curricular teve início com uma visita às instalações da UCCI, na presença da psicóloga/orientadora, para conhecimento do espaço físico, da equipa de profissionais e o atual funcionamento da unidade.

No decorrer do estágio integrei e desenvolvi diversas atividades, destas destacam-se: a observação de acompanhamentos psicológicos com avaliação psicológica e neuropsicológica; acompanhamentos individuais com respetiva avaliação psicológica e neuropsicológica; atividades de estimulação cognitiva de caráter grupal e individual; realização de um Programa de Estimulação Cognitiva “ATIVA’MENTE”; uma formação/*Workshop* intitulada de “Conversas de Bata Branca”; formações e atividades formativas, entre outras (anexo A).

Contudo, devido ao estágio curricular ter decorrido num período recente de pós pandemia, no mês de janeiro o mesmo encontrou-se suspenso devido a um surto de Covid-19 existente na UC e UMDR. Após a normalização da situação pandémica na instituição o estágio foi retomado.

2.2 Reuniões de Orientação e Supervisão

Ao longo do período de estágio, a orientação do mesmo decorreu sob a responsabilidade da psicóloga da instituição acolhedora. Essa orientação era realizada, essencialmente, no final de cada dia de estágio, devido à partilha diária do contexto de estágio/trabalho entre estagiárias e orientadora. Porém, excecionalmente, as reuniões para orientação eram realizadas no início do dia seguinte. Essa orientação consistia no esclarecimento de dúvidas, na partilha de experiências, conselhos/dicas e de formas que poderiam ser mais vantajosas para a intervenção junto dos utentes e no debate de casos clínicos e atividades a serem programadas e implementadas na instituição.

Para além das orientações no local de estágio, foram realizadas reuniões de supervisão com a Professora Doutora Joana Soares. As reuniões eram agendadas sempre que necessário e foram efetuadas com o intuito de esclarecer e debater dúvidas que surgiam relativamente ao estágio, acerca de casos clínicos, de atividades a ser realizadas e ainda ocorria a partilha de experiências vividas ao longo do período do estágio.

De forma geral, tanto as reuniões de orientação como de supervisão demonstraram-se essenciais para a construção da minha identidade profissional, por meio dos conhecimentos e indicações transmitidas pela orientadora e supervisora.

2.3 Integração e Acompanhamento Psicológico Individual

Previamente ao início do estágio foi realizada uma reunião com a psicóloga da instituição que se tornou na orientadora do meu percurso ao longo do estágio. Nessa reunião foram-me explicadas as funções que iria desenvolver na unidade e o horário semanal de estágio. Nessa reunião, também me foi proporcionada uma visita às instalações da UCCI, de forma a conhecer o espaço físico, a equipa de profissionais e o funcionamento das unidades.

Inicialmente, durante o período de estágio, tive a oportunidade de observar e realizar acompanhamentos e avaliações psicológicas individual. O período de

observação consistiu em observar a minha colega estagiária e vice-versa, como forma de nos conseguirmos ajudar mutuamente, o qual teve uma duração de aproximadamente três meses. Nesta fase, esses momentos eram presenciados pela orientadora, contudo, com o avançar do tempo e a prática adquirida começamos a iniciar a nossa atividade de acompanhamentos individuais de forma autónoma.

Neste período de observação mútua, foi-me possível assistir à aplicação de instrumentos de avaliação psicológica e neuropsicológica, bem como intervenções realizadas junto dos utentes. O período de observação revelou-se de extrema importância, possibilitando a existência de um momento inicial no qual nos conseguimos ajudar mutuamente, com certas correções no desenrolar da nossa prática clínica e para a aquisição de confiança enquanto psicólogas estagiárias.

Esta fase de observação e intervenção junto dos utentes com supervisão, mais permanente, revelou-se uma etapa que me permitiu familiarizar com os diversos comportamentos e atitudes por parte dos utentes e numa das formas de adquirir estratégias de intervenção junto dos mesmos, sendo sempre assegurado o *feedback* e apoio pela orientadora após a observação da minha prática. Após a aprovação da orientadora, comecei de forma independente e autónoma a acompanhar casos de utentes e a realizar as sessões de acompanhamento.

Ou seja, inicialmente, após a distribuição dos utentes pelas estagiárias, era consultado o processo clínico, seguindo-se da recolha da anamnese junto do mesmo, com base na entrevista psicológica semiestruturada e com recurso à ficha protocolada da instituição de Psicologia Clínica (anexo B). Após a recolha de todas as informações necessárias, procedia à avaliação psicológica e neuropsicológica, realizando posteriormente um relatório sumário individual que era enviado à orientadora, para admissão do utente.

No decorrer do estágio foi-me possível realizar um total de 66 avaliações/accompanhamentos psicológicos de forma autónoma que se encontram sintetizados (anexo C). De forma a elucidar um pouco as patologias mais frequentes na unidade, na tabela 1 são apresentados alguns dos casos de avaliação/accompanhamento individual pela estagiária. Todos os utentes foram identificados por siglas para

salvaguardar o seu anonimato, de forma a garantir a sua privacidade e confidencialidade.

Após a avaliação inicial, eram implementadas sessões de acompanhamento individual junto de cada utente, cuja periodicidade variava perante as necessidades manifestadas e as necessidades de atualização dos registos da RNCCI.

As sessões de acompanhamento demonstraram-se fulcrais para a monitorização do estado do utente como por exemplo, dando apoio à sua integração na unidade; monitorização do seu estado emocional, orientação tempo-espacial; ajustamento de expectativas e recolha de necessidades que se revelassem, para um melhor planeamento do período pós alta. Desta forma, foi criado algum material para ajudar os utentes, na realização deste acompanhamento (anexo D).

No âmbito das sessões de acompanhamento individual foram realizadas atividades de estimulação cognitiva junto de alguns pacientes. Contudo, estas atividades eram realizadas juntos daqueles que demonstravam abertura e as queriam realizar, não sendo de caráter obrigatório, e respeitando sempre os horários das restantes atividades como as sessões de fisioterapia, terapia da fala, visitas de familiares e as flutuações de humor e motivação do utente para a tarefa.

Porém, nem sempre foi possível realizar um acompanhamento permanente e tão duradouro como o desejável, tendo em consideração todos os parâmetros descritos anteriormente e o tempo de internamento na UC que se reporta até um máximo de 30 dias.

Tabela 1.

Exemplos de casos avaliados/acompanhados pela estagiária, de forma autónoma

Identificação	Motivo de Encaminhamento	Referenciação	Instrumentos de Avaliação
J. P. (60 anos) Masculino	Isquemia irreversível do membro inferior esquerdo	UC	Entrevista; Mini-ACE
J. E. (73 anos) Masculino	Síncope / Traumatismo Crânio Encefálico	UC	Entrevista; Mini-ACE
J. S. (69 anos)	Internamento por hematúria	UMDR	Entrevista;

Masculino			Mini-ACE
M. T. (69 anos)	Fratura do colo do fémur à	UC	Entrevista; Mini-ACE
Feminino	direita		
M. G. (57 anos)	Artroplastia total	UC	Entrevista; ACE-III
Feminino			
I. P. (91 anos)	Pós-fratura Basicervical	UMDR	Entrevista; Avaliação qualitativa
Feminino	esquerda		
M. A. (73 anos)	Doença crónica do fígado e	UC	Entrevista; Mini-ACE; Ineco
Masculino	cirrose		
R. M. (48 anos)	Sépsis com ponto de partida	UMDR	Entrevista; Mini-ACE
Feminino	cutâneo		
M. A. (68 anos)	DM descompensada e ITU	UC	Entrevista; Mini-ACE
Feminino			

2.4 Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

A avaliação psicológica (AP) é um processo que se encontra inserido nas áreas de atuação profissional de um psicólogo e encontra-se relacionada com um conjunto de competências que todos os psicólogos devem adquirir ao longo da sua formação, independentemente da área em que venha a exercer profissionalmente (Nunes et al., 2012; Pais-Ribeiro, 2010).

A AP é, assim, um processo que pode incluir testes padronizados como um dos recursos para atingir os seus objetivos e nela estão envolvidos a recolha de informações, os instrumentos e as diversas formas de medidas para que se possa chegar a uma conclusão (Primi & Nunes, 2010). Desta forma, a AP serve distintos objetivos, incluindo diagnosticar e monitorizar a evolução da doença, planear o tratamento e a reabilitação, bem como a reavaliação do doente e verificar a eficácia do tratamento, e se necessário reajustá-lo (Harvey, 2012; Lezak et al., 2012; Simões, 2012).

Já a avaliação neuropsicológica consiste num método de investigação/avaliação das funções cognitivas e do comportamento, relacionando-os com o funcionamento normativo ou deficitário do sistema nervoso central. O objetivo da avaliação neuropsicológica é o de identificar perturbações provocadas por alterações cerebrais, desencadeando respostas comportamentais, avaliar as suas consequências na vida

quotidiana e, por sua vez, reorganizar o suporte adequado para a vida do sujeito (Lezak et al., 2004; Vieira et al., 2007). Uma avaliação completa revela-se útil para melhorar o diagnóstico do utente. Normalmente, a avaliação neuropsicológica é realizada com base na recolha da anamnese e nas queixas do utente, bem como na observação clínica (Zwick, 2017).

Desta forma, a avaliação psicológica e neuropsicológica envolve um conjunto de procedimentos. Estes vão desde a recolha anamnésica, a administração de instrumentos adequados às características do paciente e ao que é pretendido avaliar, à sua análise/cotação e interpretação dos resultados obtidos, elaboração do relatório e à devolução dos resultados ao paciente. É de salientar que as provas neuropsicológicas, por si só, não permitem retirar conclusões acerca do funcionamento do indivíduo. Todos os resultados obtidos nas provas psicológicas e neuropsicológicas devem ser, sempre, interpretados tendo em consideração os dados anamnésicos do indivíduo, bem como a observação clínica. Só assim é possível interpretar de forma eficaz os resultados de cada pessoa (Ricou, 2016).

2.5 Grupo de Estimulação Cognitiva

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial, especialmente no contexto português. Portugal possui uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, sendo considerado um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos, pessoas com 65 ou mais anos, estimando-se que em 2080 o número de idosos seja perto de 2,8 milhões (Instituto Nacional de Estatística, 2017). O envelhecimento demográfico encontra-se associado ao declínio biológico e cognitivo, e conseqüentemente ao aumento da incidência de demências e de outras doenças neurodegenerativas (Livingston et al., 2017; WHO, 2019).

O sucessivo envelhecimento populacional tem conduzido a um aumento na prevalência de doenças degenerativas crónicas, particularmente de perturbações neurocognitivas. Segundo a literatura, prevê-se que no ano de 2050, cerca de 131,5 milhões de pessoas apresentem perturbações neurocognitivas, a nível mundial (Prince et al., 2016).

Face a este cenário descrito, no Hospital, no serviço da UC e da UMDR predominava, essencialmente, uma população com idade superior a 60 anos, afetada por uma panóplia de patologias. Contudo, existia uma percentagem significativa de utentes com défice cognitivo. Dessa forma, foi elaborado um Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) intitulado por ATIVA'MENTE (anexo E).

Segundo Apóstolo et al. (2011) a estimulação cognitiva é importante na prevenção do risco de declínio cognitivo e do aparecimento de demências e de perturbações depressivas. Apresentando ainda um impacto positivo na melhoria da autonomia e no autocuidado da pessoa idosa.

A estimulação cognitiva consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementada individualmente ou em grupo (Sousa & Siqueira, 2012). Este tipo de intervenção tem igualmente impacto noutras dimensões: funcional, psicoafectiva e relacional. Deste modo, as próprias tarefas vão além do treino cognitivo específico, envolvendo a participação do indivíduo numa variedade de atividades e debates em grupo, promovendo uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social (Clare & Woods, 2004).

O PEC – ATIVA'MENTE teve o seu início em março, sendo o objetivo inicial a diminuição dos défices apresentados pelos utentes que se encontravam internados, e pelo facto observado pelas estagiárias de que os utentes passavam muito tempo do seu dia-a-dia nos seus quartos, sem existir momentos de convívio e partilha com os restantes utentes.

Com a elaboração do PEC – ATIVA'MENTE estabeleceu-se alguns princípios a terem de ser cumpridos para uma boa dinamização da atividade em formato de grupo, sendo estes princípios os seguintes: respeitar a dignidade da pessoa; respeitar as diferenças e as vivências de cada participante; respeitar os momentos de partilha; não fazer juízos de valor, perante o que era partilhado nas sessões; ser gentil na forma de falar/comunicar com os outros e ser empático e colaborativo.

O PEC é constituído por um consentimento informado e o limite de participantes estipulado foi de seis, para que se consiga dar o devido acompanhamento na realização das tarefas/atividades. Sendo este plano composto por um total de 10 sessões, com uma duração prevista de 120 minutos cada e com uma frequência bissemanal. Na criação deste programa teve-se em consideração alguns cuidados tais como: a faixa etária da população, ao qual o mesmo iria ser implementado; o tipo de linguagem utilizada; a forma como se transmitiria a instrução dos exercícios; a acuidade visual e a criação de exercícios que tivessem validade ecológica.

Este programa foi produzido e pensado para ter dois momentos de avaliação (inicial e final), esta avaliação seria realizada através de um questionário geral, a HADS e o *Addenbrook Cognitive Examination*, como forma de se conseguir avaliar as possíveis melhorias nos défices apresentados. Contudo, face às condições e aos surtos de Covid-19 nas unidades da instituição, não foi possível a realização do término do PEC junto dos utentes, devido à suspensão dos ajuntamentos dos utentes na sala de convívio local onde ocorriam as sessões.

Dessa forma, optou-se por adequar os exercícios do PEC – ATIVA'MENTE, para a sua realização ser com os utentes em contexto de quarto, individualmente ou a pares. Estas sessões de estimulação cognitiva tiveram bastante adesão e os utentes demonstravam bastante investimento e satisfação nos dias em que estavam estipuladas as sessões, sendo estas planeadas para ocorrerem duas vezes por semana.

Na tabela 2 é apresentado um resumo das sessões, bem como da capacidade neurocognitiva a ser trabalhada, os objetivos e as atividades a serem implementadas.

Sessões	Capacidade Neurocognitiva	Objetivos	Descrição da sessão
Sessão nº 1 Duração: 1h30	Memória	→ Apresentação do programa, das suas atividades, objetivos e conduta; → Promover o estabelecimento de uma boa relação entre os participantes.	Atividades planeadas para esta sessão: → Ficha de Inscrição; Linha da Vida; Teia de Aranha.
Sessão nº 2 Duração: 1h30	Linguagem	→ Estimular a capacidade de Linguagem.	Atividades planeadas para esta sessão: → Afirmação e Negação; O que tem ali; Complementar.
Sessão nº 3 Duração: 1h30	Cálculo	→ Estimular a capacidade de Cálculo.	Atividades planeadas para esta sessão: → Contas Simples; Vamos às compras.
Sessão nº 4 Duração: 1h30	Funções Executivas	→ Estimular as Funções Executivas.	Atividades planeadas para esta sessão: → Este ou Aquele; Lista de Tarefas; Letras ao Molho.
Sessão nº 5 Duração: 1h30	Memória	→ Estimular a Memória.	Atividades planeadas para esta sessão: → Saber Popular; Jogo da Memória; Jogo do Stop.
Sessão nº 6 Duração: 1h30	Capacidades Visuoperceptivas	→ Estimular a Capacidade visuoperceptiva.	Atividades planeadas para esta sessão: → Sinais; Quem é Quem?; A outra metade.
Sessão nº 7 Duração: 1h30	Atenção	→ Estimular a capacidade de Atenção.	Atividades planeadas para esta sessão: → A Figura Igual; Sopa de Letras; Bingo.
Sessão nº 8 Duração: 1h30	Linguagem	→ Estimular a Linguagem;	Atividades planeadas para esta sessão: → Sinónimos e Antónimos; Rimar e Encantar; Era uma vez.
Sessão nº 9 Duração: 1h30	Funções Executivas	→ Estimular as Funções Executivas;	Atividades planeadas para esta sessão: → Qual a Ordem?; Sem C.
Sessão nº 10 Duração: 1h30	_____	→ Promover a continuidade da prática de exercícios de estimulação cognitiva;	Atividades planeadas para esta sessão: → Avaliação do programa;

Tabela 2. _____ → Reflexão sobre as atividades implementadas. *Resumo*
das sessões do PEC – ATIVA’MENTE

2.6 Formação “*Conversas de Bata Branca*”

Durante o período de estágio, ocorreu a oportunidade de se criar um Plano de Formação - intitulado “*Conversas de Bata Branca*”, que consistiu numa forma de transmitir e dar conhecimento sobre a importância da comunicação/relação em contexto hospitalar, a toda a equipa da UCCI, da Unidade Hospitalar (anexo F).

Esta formação foi pensada e elaborada com o propósito de combater algumas fragilidades sentidas no decorrer do estágio, nomeadamente o processo de comunicação, desenvolvido com o apoio da orientadora de estágio. Sendo esta uma das funções do psicólogo, na instituição, implementar ações de formação, esta foi realizada tendo por base que a comunicação/relação é uma temática pertinente e de extrema importância, nos dias de hoje, e uma forma de se criar e potenciar a humanização nos cuidados e a proximidade com os familiares dos utentes.

Esta formação/workshop pretende demonstrar a importância que a comunicação detém no utente, ou seja, na forma como este encara o seu processo de reabilitação e como forma de ajuda a que os formandos adquiram competências de comunicação para a criação de um elo de relação utente-profissional de saúde e profissional de saúde-familiares.

A formação é dinamizada em duas sessões com os seguintes temas: “O que é a Comunicação?” na primeira sessão, sendo a segunda sessão dedicada à temática da “Comunicação entre profissionais de saúde, utentes e familiares”. Cada sessão no seu final tem uma atividade/dinâmica a ser realizada.

No final da primeira sessão, os formandos deverão ser capazes de reconhecer os tipos de comunicação existentes e a sua importância, assim como compreender a relevância da comunicação verbal e não-verbal. A atividade desta sessão consiste na visualização de pequenos vídeos de forma a refletir, analisar e identificar quais os aspetos não verbais da comunicação que se encontravam presentes.

Já na segunda sessão é esperado que os formandos sejam capazes de identificar os problemas que possam surgir por consequência de uma comunicação deficitária, assim como saber realizar esta da melhor forma, seja entre a equipa multidisciplinar, com os utentes ou

com os familiares deste. A atividade desta sessão consiste no debate de pequenos casos clínicos hipotéticos de crises que podem ocorrer devido a problemas ou falhas na comunicação.

Esta formação foi elaborada para ser implementada em duas sessões, com uma duração de aproximadamente 45 minutos cada. Detém como material de apoio o manual dos formandos e os *PowerPoint's*.

2.7 Formações Recebidas

Paralelamente ao estágio curricular, ao longo destes meses, foi possível participar em diversas ações de formação/*workshops*, com o objetivo de aumentar o conhecimento em diversas áreas de interesse e sobre práticas de atuação relacionadas com a saúde mental.

Neste sentido, foi possível participar em sete formações/*workshops* (anexo G): “Técnicas de Estimulação Cognitiva no Idoso” (anexo G1); “I Jornadas de Psicologia do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Universitário de São João” (anexo G2); “Humanização em Cuidados Paliativos” (anexo G3); Jornadas da Humanização (anexo G4); XXII Jornadas de Psicologia do IUCS “Jogos com Fronteiras: Cara ou Coroa? (anexo G5)”; *Workshop* Online EmCarreira – 17ª Edição (anexo G6) e na ação de sensibilização sobre “Afasia” (anexo G7).

Estas formações foram cruciais para a minha aprendizagem, benéficas para a aquisição e aprimoramento dos conhecimentos enquanto estagiária e futura profissional de psicologia, uma vez que me permitiram racionalizar problemáticas de um ponto de vista clínico, adquirindo conhecimentos e materiais essenciais para o meu futuro.

Capítulo III – Estudo de Caso

Neste capítulo, é apresentado de forma detalhada e completa um caso clínico acompanhado no decorrer do estágio curricular.

De modo a salvaguardar o direito à confidencialidade da utente, a mesma será nomeada por “E.”.

1. Caso Clínico E.

1.1 Dados de Identificação

E. nasceu a 30 de março de 1962, tem 60 anos, é do sexo feminino e tem o 4º ano de escolaridade. A utente tem dois filhos de uma relação que culminou em divórcio. É natural de Moçambique, residindo atualmente em Portugal, no distrito do Porto. No que diz respeito à situação profissional, a utente encontra-se desempregada.

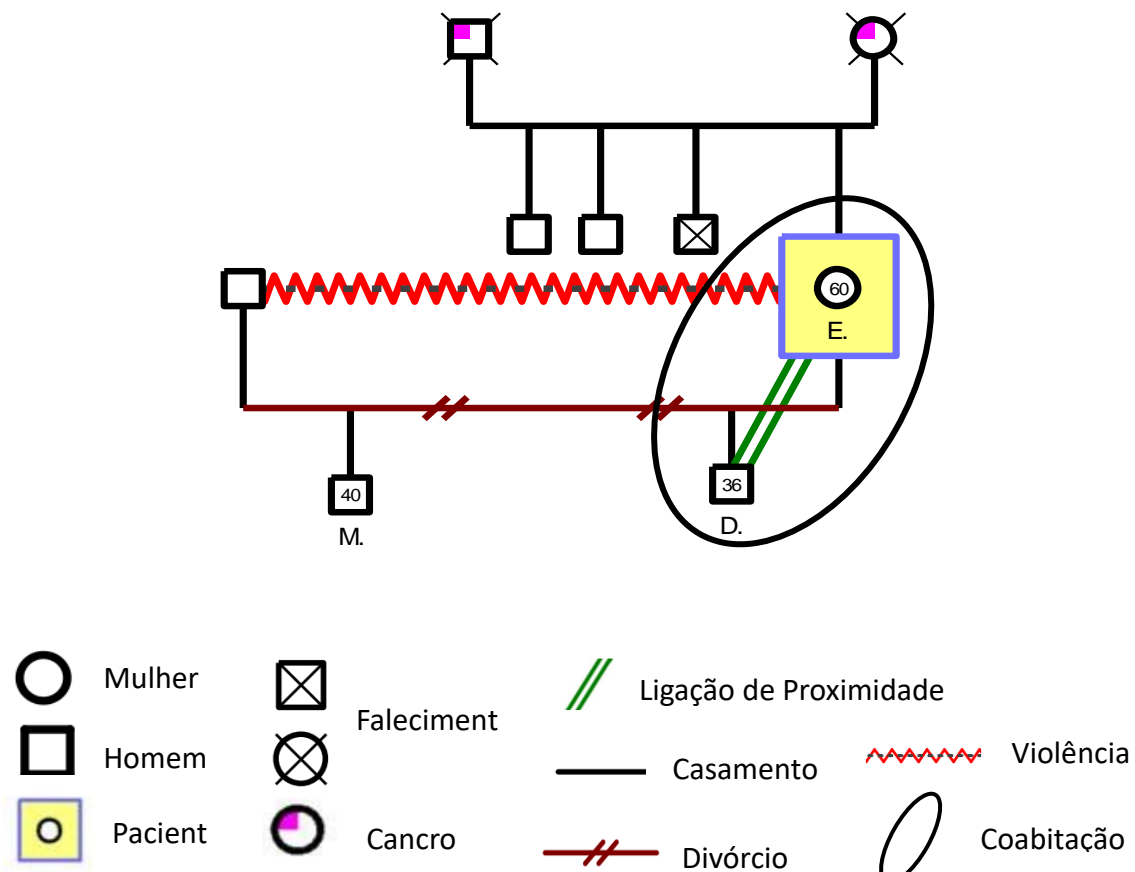
1.2 Motivo de Encaminhamento / Acompanhamento

E. foi reencaminhada de outro hospital para a UMDR da RNCCI do Hospital, para cumprimento de plano de reabilitação da sua capacidade físico-motora após diagnóstico principal de uma úlcera crónica de pele, devido a se encontrar acamada há cerca de 2 anos na sua habitação.

No momento de admissão foi identificada a necessidade de realizar acompanhamento psicológico devido à utente não demonstrar motivação para a sua reabilitação, apresentando sinais de um possível quadro depressivo e para supervisionar o seu estado psicoemocional, cognitivo e motivacional.

1.3 Genograma

Figura 1. Genograma Familiar de E.



Legenda:

1.4 Fontes de Informação

Utilizou-se duas fontes para a recolha da história clínica, a entrevista com E. e a consulta do seu processo clínico.

1.5 História Pessoal e Familiar

E. nasceu no ano de 1962, é a quarta filha de uma fratria de 4 irmãos, tendo um dos irmãos falecido com 9 anos, vítima da doença de meningite. Refere que nasceu de uma gravidez desejada.

A paciente nasceu em Moçambique, filha de pais portugueses, onde permaneceu durante toda a sua infância. Descreve a sua infância como “normal”. Frequentou a escola em Moçambique onde completou o 3º ano de escolaridade, sem reprovações. Contudo, menciona que não gostava de estudar, “sentia dificuldades em aprender” (sic).

Aos 9 anos, o seu pai, Guarda Republicano em Moçambique, faleceu vítima de cancro nos intestinos, episódio que descreve como um momento “bastante duro” (sic) pois, “tinha uma ligação muito boa com o meu pai” (sic).

Aos 12 anos, com o despoletar da guerra, veio viver para Portugal com a sua mãe e os seus irmãos, “Tivemos de fugir” (sic). Com a chegada a Portugal, completou o 4º de escolaridade. Aos 14 anos teve um problema grave de saúde (meningite), sobre o qual menciona ter ficado internada durante bastante tempo (mas não consegue indicar o tempo preciso).

E. refere que nunca trabalhou, tendo sido sempre doméstica, ajudando a sua mãe na lida da casa.

Aos 23 anos casou, do qual é fruto desse casamento 2 filhos. M. de 40 anos e D. de 35 anos que ainda reside com a paciente. Este casamento teve uma duração, aproximadamente de 35 anos, tendo culminado em divórcio. A paciente narra que foi vítima de violência doméstica durante todo o casamento, no qual o seu ex-marido esteve detido por facto desse crime. Porém, descreve “o meu marido nunca foi violento para os filhos, apenas batia em mim. Mas era quando estava bêbado” (sic).

Após o divórcio, a paciente começou a desleixar-se do seu autocuidado e do cuidado da casa, tendo sido apoiada pelo filho mais novo e por uma prima. Contudo, com o

surgimento da pandemia por Covid-19, a prima deixou de realizar as visitas a casa da paciente e a situação degradou-se, tendo E. acabado por acamar e viver em situação degradável. De ressaltar que

D., o seu filho mais novo foi diagnosticado com um quadro de esquizofrenia, indicando que ele se encontra medicado para a patologia.

E. foi encontrada pelos serviços sociais numa situação de autoabandono, em casa acamada, sendo que a paciente já se encontrava nessas condições há cerca de 2 anos, não se conseguia levantar devido ao seu estado de obesidade mórbida e múltiplas úlceras de pressão.

Segundo E. este estado de desleixo/autoabandono veio a agravar-se ainda mais após o divórcio, referindo que não queria viver mais e que já tinha sofrido muito. Face a este cenário, a paciente foi reencaminhada para o serviço de urgência da sua área de residência e com internamento posterior na Rede, onde se encontra.

1.6 Informação Médica Relevante e Psicofarmacológica

De acordo com o processo clínico, E. está medicada com antidepressivos (Trazodona), inibidores da dor (Tramadol) e anti-hipertensores (Irbesartan).

No que diz respeito a doenças psiquiátricas ou psicológicas na família, E. refere que o seu filho D. foi diagnosticado com Esquizofrenia, por volta dos 20 anos de idade, mas que se encontra medicado, cumprindo com a medicação prescrita.

Quanto a doenças crónicas, menciona que o cancro tem estado presente na família, especificamente cancro dos intestinos e cancro localizado numa perna. O seu pai faleceu de cancro nos intestinos e a sua mãe de cancro na perna.

1.7 Observação do Estado Mental e do Comportamento

No momento de admissão de E. esta apresentava-se pouco comunicativa, com uma postura fechada sobre si mesma e tinha dificuldade em manter contacto ocular com outros

intervenientes, sendo inicialmente difícil estabelecer uma relação com a paciente. E. encontra-se numa cadeira de rodas devido ao seu excesso de peso.

Durante o processo de acompanhamento psicológico foi possível observar que E. apresentava, por vezes, alguma inquietação e pouca motivação para a realização dos exercícios

solicitados. Exibia um comportamento adequado, mas uma postura bastante reservada. Demonstrava algum descuido relativamente à sua aparência, indicador de baixa autoestima.

Além destes aspetos, com o decorrer do tempo, E. foi capaz de estabelecer uma relação empática, demonstrando-se mais relaxada e comunicativa com o passar do tempo. Manteve-se sempre vígil e orientada a nível tempo-espacial e com um contacto ocular ajustado. Apresentava um discurso coerente, lógico e organizado, uma diferenciação psicológica, com *insight*, e um humor neutro, com embotamento afetivo. Apresenta lateralidade manual à direita.

1.8 Instrumentos de Avaliação Aplicados

Para além da anamnese focalizada na história do problema, foi realizada uma recolha de dados biopsicossociais relevantes, avaliou-se a sua autonomia e funcionalidade perante as diversas tarefas da vida diária e procedeu-se à aplicação dos seguintes instrumentos, tendo em conta os factos observados e a sua história clínica.

Tendo em conta o estado de E. a seleção dos instrumentos passou essencialmente pela aplicação de testes cognitivos com o intuito de aceder aos possíveis défices apresentados pela paciente. Por sua vez, tendo em conta o possível quadro depressivo, aplicou-se o *Beck Depression Inventory*, e de forma a ter conhecimento da dependência/independência utilizou-se a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Após a utilização destes instrumentos, interpretação e análise conjunta dos diferentes resultados, será possível estabelecer um perfil cognitivo da paciente, e com isto perceber quais as alterações cognitivas presentes.

- **Montreal Cognitive Assessment – MoCA**

- Contempla tarefas de memória de curto prazo, habilidades visuoespaciais, múltiplos aspetos das funções executivas, atenção e concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação tempoespacial (Nasreddine et al., 2005; Freitas et al., 2011).

▪ ***Addenbrooke's Cognitive Examination -ACE-III***

- Avalia diferentes domínios cognitivos, como a atenção, memória, fluência verbal, linguagem e o domínio visuoespacial (Machado et al., 2015).

▪ ***Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD***

- Avalia as tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade (Araújo et al., 2008).

▪ ***Beck Depression Inventory – BDI-II***

- Avalia a gravidade dos níveis de sintomatologia depressiva. Contém um total de 21 itens de escolha múltipla (Coelho et al., 2002).

1.9 Resultados

➤ **Escala Montreal Cognitive Assessment – MoCA**

Tabela 3.

Resultados da Escala Montreal Cognitive Assessment – MoCA

Resultado Quantitativo (Total)	Resultado Qualitativo
18	Défice Cognitivo Ligeiro

Os resultados obtidos nesta prova são sugestivos da presença de um quadro de declínio cognitivo ligeiro (DCL), tendo em consideração o valor total ser inferior ao ponto de corte (<22).

Deste modo, realizando uma análise pormenorizada dos resultados obtidos por E., as áreas em que apresentam um desempenho inferior e merecem maior destaque são, respetivamente, a Linguagem a nível da fluência verbal semântica na recuperação da informação guardada na memória e na repetição de frases (capacidade de fluência fonética) e a Memória de Trabalho, tendo em consideração os défices apresentados na evocação de conteúdos aprendidos previamente.

➤ **Escala Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE-III**

Tabela 4.

Resultados da Escala Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE-III

	Resultados Brutos	Resultados em notas Z
Atenção	15/18	-1.55 (Inferior)
Memória	15/26	-3.74 (Muito Inferior)
Fluência	5/14	-4.55 (Muito Inferior)
Linguagem	18/26	-4.76 (Muito Inferior)
Visuoespacial	14/16	0.43 (Médio)
Total	67/100	-3.80 (Muito Inferior)

De salientar que, os resultados obtidos nesta prova foram traduzidos em notas Z, sendo que, de uma forma global os resultados são preditores que a paciente se encontra com um funcionamento cognitivo muito inferior ao que seria esperado, tendo em consideração a faixa etária e a escolaridade.

Os domínios cognitivos que se encontram em níveis muito inferiores são a componente mnésica, a fluência verbal (semântica e fonética) e a linguagem, tendo em consideração a média da população face à faixa etária e a escolaridade de E.

O domínio da atenção também se encontra prejudicado num nível inferior à média. Porém, não foram apresentadas alterações significativas na capacidade gráfica a nível da visuoconstrução, tanto da componente bidimensional como tridimensional. De ressaltar, que a paciente não apresentou dificuldades na orientação tempoespacial.

➤ **Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD**

Tabela 5.

Resultados da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD

Resultado Quantitativo	Resultado Qualitativo
4	Dependência moderada

A paciente apresenta uma dependência moderada nas diversas atividades instrumentais da vida diária, especialmente na capacidade da gestão financeira, na preparação e toma da sua

medicação, na lavagem diária da roupa e na realização das compras, na qual necessita de ajuda de terceiros.

➤ **Escala Beck Depression Inventory – BDI II**

Tabela 6.

Resultados da Escala Beck Depression Inventory – BDI II

	Resultado Quantitativo (Total)	Resultado Qualitativo
Depressão	20	Presença de Sintomatologia Depressiva importante

A pontuação total obtida pela paciente foi de 20, o que evidencia a existência de sintomatologia depressiva.

1.10 Interpretação Conjunta dos Resultados

Integrando os resultados obtidos pela paciente nos diferentes instrumentos e os diferentes domínios cognitivos avaliados, são evidenciadas alterações significativas na capacidade mnésica, bem como na linguagem. Nos restantes domínios não foram evidenciadas alterações de relevo de acordo com a sua idade e escolaridade.

Face aos resultados obtidos por E. na Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária e tendo em consideração a presença de sintomatologia depressiva, estes resultados poderão justificar-se mutuamente. Tendo em consideração que a paciente relata que anteriormente era capaz de se autogerir de forma autónoma.

Tendo em conta o tempo em que a paciente sofreu de violência doméstica por parte do seu ex-marido, esta exposição contínua é suportada na literatura como apresentando um fator de alto impacto emocional, devido à sua intensidade e continuidade devido a ser um evento *stressor* (Meichenbaum, 1994). Segundo Mozzambani et al. (2010), a mulher vítima de violência doméstica apresenta características de fragilidade extrema, estando o sofrimento vivido inerente à sua autoestima e autoimagem, fazendo com que fique mais exposta a um quadro depressivo, tornando-a numa pessoa insegura.

Desta forma, este quadro depressivo e autoabandono manifestado por E., que a levou a um grau de dependência moderada, no momento atual, é justificado pela literatura da qual a pessoa vítima de violência doméstica pode enfrentar certos sintomas como: depressão, ansiedade, desânimo, baixa autoestima, isolamento social, dificuldade de tomada de decisão e dependência (Day et al., 2003).

1.11 Processo de Intervenção

O processo de intervenção foi traçado e planeado com o consentimento da utente, de forma a dar resposta às suas necessidades tendo em consideração os resultados obtidos na avaliação neuropsicológica e um futuro regresso da utente à sua residência e sociedade. Este processo teve um total de nove sessões de acompanhamento, de cerca de 50 minutos cada uma.

Recordando, E. foi reencaminhada para a unidade para cumprimento de plano de reabilitação da sua capacidade físico-motora após diagnóstico principal de uma úlcera crónica de pele. Contudo, foi notório que a utente necessitaria de acompanhamento psicológico.

Após a recolha anamnésica da utente, o processo de avaliação e uma interpretação conjunta dos mesmos, a história de vida da mesma demonstrou-se como um fator chave nos resultados obtidos. Desta forma, inicialmente, o acompanhamento psicológico prendia-se com o objetivo primário no que diz respeito ao estabelecimento de uma relação terapêutica e empática, fundamentada através do princípio da confidencialidade, como peça fulcral para uma eficácia da intervenção e conseqüente mudança por parte da utente.

Desta forma, foram definidos objetivos específicos para a intervenção psicológica: (1) reabilitar e/ou compensar as funções cognitivas alteradas; (2) diminuir os níveis da sintomatologia depressiva (3) implementar rotinas diárias e intervir na autoestima e identidade do “Eu”.

Na fase inicial de cada sessão de acompanhamento existiu, sempre, um momento de escuta ativa sobre os acontecimentos vividos no período entre a sessão anterior e a atual, tentando aceder aos possíveis acontecimentos e pensamentos que pudessem estar a perturbar a utente.

As **duas primeiras sessões** centraram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e empática, com a finalidade de envolver a utente na terapia. De modo contínuo foi realizada a recolha da anamnese. Nestas duas sessões foi sempre enfatizado o desenvolvimento de uma relação de confiança, assegurando que toda a informação recolhida estava sob sigilo profissional, de forma a E. se sentir com mais tranquilidade e com uma sensação de segurança e que poderia partilhar tudo o que quisesse e sentisse necessidade.

A **terceira e quarta sessão** focaram-se na administração dos instrumentos de avaliação. Antes da aplicação de cada instrumento foi explicado o objetivo do teste e o motivo da realização do mesmo. Esta tarefa foi dividida entre duas sessões devido ao fator cansaço e tendo em conta o período do dia em que se concretizou, à tarde, uma vez que as sessões de acompanhamento tinham de ser geridas de acordo com os horários da utente na instituição e o período de fisioterapia, banhos e almoços.

Na **quinta sessão** foram devolvidos os resultados e foi apresentada a respetiva proposta de intervenção, baseando-se nos resultados obtidos, na sua história de vida e o motivo de internamento. Contudo, nesta quinta sessão deu-se início à intervenção cognitivo-comportamental na depressão. A intervenção cognitivo-comportamental na depressão passa por trabalhar a componente cognitiva da utente, ajudando-a a modificar as crenças existentes e, conseqüentemente, comportamentos associados (Powell et al., 2008).

No caso de E. a sintomatologia depressiva estava a perturbar a progressão da utente no seu processo de reabilitação físico-funcional. Contudo, analisando os acontecimentos de

vida de E. como a violência doméstica por parte do ex-marido e o processo de divórcio, demonstraram-se fatores fulcrais que podem ter influenciado o despoletar desta depressão.

Dessa forma, foi efetuada alguma psicoeducação sobre a depressão e os seus principais sinais, sintomas e causas.

Na **sexta sessão** iniciou-se a realização de exercícios de treino cognitivo de papel e lápis, passando por praticar as diferentes capacidades cognitivas. Os exercícios eram realizados com níveis de progressão de dificuldade.

Na **sétima sessão** abordou-se essencialmente o tema da autoimagem e da motivação para com o “Eu” e a criação de rotinas diárias. Na qual se utilizaram técnicas de psicoeducação e reestruturação cognitiva para se implementar e dar início a uma possível mudança de crenças

disfuncionais que estavam presentes na utente. Estas áreas dedicadas à importância da prevenção da doença em geral, áreas em défice também na utente, em que se abordou a importância da higiene oral e ida à fisioterapia.

Nesta sessão, a utente estabeleceu um “acordo” de mudança e esse processo iria começar com a escovagem dos dentes (inicialmente uma vez ao dia), hábito que E. tinha deixado porque dizia que não era necessário, visto que já não tinha dentição praticamente nenhuma. Abordou-se, novamente a temática da depressão realizando a associação entre o esquecimento que E. foi tendo de si própria e a sintomatologia depressiva.

Na **oitava sessão** efetuaram-se, novamente, exercícios de treino cognitivo abordando-se o tema da mudança de hábitos e a implementação desses mesmos hábitos. Ao qual, E. revela que estava a começar a sentir a necessidade de realizar a escovagem dos dentes, porque sentia uma sensação de frescura que gostava.

Na **nona sessão**, e última, uma vez mais se realizaram exercícios de treino cognitivo, e consolidaram-se todas as técnicas usadas ao longo do processo terapêutico, lembrado a sua importância para uma melhoria progressiva e gradual. Foi, igualmente, explicado à utente que a partir daquele momento seria acompanhada pela psicóloga da instituição, até ao momento da sua alta, devido ao término do período de estágio.

Porém, de ressaltar que nas sessões que eram dedicadas ao treino cognitivo existia sempre um momento para a abordagem sobre como E. estava a sentir-se, e se colocava em

prática as estratégias abordadas e apreendidas anteriormente, de forma a obter um *feedback* de todo o processo. Em todos os momentos o apoio emocional esteve presente tendo por base a escuta ativa, a empatia e a compreensão.

1.12 Reflexão Pessoal sobre o Caso Clínico

O caso de E. foi, por mim, o escolhido para uma redação na íntegra por, de todos os casos acompanhados ser aquele que de certa forma me tocou devido a toda a história de vida de E. e a progressão que o mesmo veio a demonstrar.

As duas primeiras sessões foram, de facto, um desafio pois após todo o tempo de estágio nenhuma história de vida de um utente tinha-se revelado tão marcante para mim. Durante estas duas consultas iniciais, E. demonstrou-se um pouco reticente ao contar a sua história de vida, o que para mim também se revelou uma dificuldade, tendo em consideração que num período inicial a paciente encontrava-se bastante isolada sobre si.

Contudo, considero que com todas as técnicas consolidadas e adquiridas no decorrer do estágio consegui transmitir a sensação de confiança e de empatia para a utente, o que fez com que a mesma fosse desbloqueando os seus sentimentos e emoções.

Ao longo do processo de acompanhamento, foi bastante notória que a motivação de E. estava a aumentar, assim como a vontade de realizar as atividades propostas, sendo igualmente visível um aumento ao nível da sua autoestima e autocuidado.

A intervenção a nível das funções executivas com a realização dos treinos cognitivos demonstrou-se bastante positivo para a utente. Contudo, inicialmente a utente demonstrou uma certa rigidez em pedir ajuda para a realização dos exercícios. Porém, essa rigidez demonstrou-se uma mais-valia, pois a utente conseguia observar que por muito que demorasse mais tempo, conseguia solucionar o exercício na maioria das vezes.



E. dava também sempre o seu *feedback* acerca dos exercícios levados para a sessão, havendo sessões em que o tempo da mesma terminava e E. pedia mais exercícios para realizar. Sendo disponibilizados exercícios para a mesma realizar entre as sessões.

E. continuará a ser acompanhada na UMDR com a psicóloga da instituição, com o objetivo de dar continuidade ao processo psicoterapêutico já desenvolvido até ao momento, em conjunto com a estagiária.

Reflexão Final

Com o fim do estágio curricular e a elaboração deste relatório de estágio, tenho a oportunidade de refletir sobre todos os acontecimentos vivenciados ao longo deste trajeto. Desta forma, o presente relatório procurou, de forma sintetizada, descrever todas as experiências/atividades vividas durante esse percurso.

Este foi sem dúvida um ano de enormes conquistas, aprendizagens e de uma grande evolução. Junto a estas conquistas, aprendizagens e evolução também se juntaram medos, inseguranças e emoções que não se conseguiram controlar, mas que no final se revelaram fonte de grande crescimento a nível pessoal e profissional.

A minha experiência enquanto psicóloga estagiária teve a duração de dez meses. Posso afirmar que foram os dez meses mais esperados de todo o curso, mas também foram os dez meses mais intensos, desafiantes, marcantes e, sem sombras de dúvidas, de grandes aprendizagens. Ao longo destes dez meses foi-me possível verificar o que muitas vezes os docentes asseguravam nas aulas: *“Os casos dos nossos utentes, não serão tão simples como os livros descrevem”* e isso foi um facto com o qual me deparei e aprendi imenso.

Citando a minha orientadora e um dos seus conselhos: *“Tu tens todas as capacidades e competências, só tens de as trabalhar e é para isso que aqui estás”*. Pois, no decorrer do estágio foram surgindo algumas adversidades e eram essas adversidades que serviram para que me esforçasse cada vez mais, com o objetivo de provar a mim mesma e à minha orientadora que depunha a total confiança em mim, de que o que ela me dizia estava certo e de que eu era capaz e que tinha as competências essenciais.

Tendo o estágio decorrido ainda num período de uma certa incerteza face à Covid-19 e no surgimento de um despoletar de casos positivos nas unidades do hospital, o estágio teve de ser suspenso durante todo o mês de janeiro. Esse momento foi bastante desanimador e stressante para mim, pois no momento que iria começar a minha prática de forma autónoma o estágio teve de ser suspenso, sem saber quando regressaria novamente.

Inicialmente, o facto de ter de compreender o próprio tempo do utente e o momento que este estaria mais recetivo foi um dos aspetos que me fez desmotivar, pois, ficava na dúvida se por vezes seria eu que estaria a cometer algum erro que não levasse à progressão do

estabelecimento da relação empática e terapêutica. Mas com o decorrer do tempo fui-me apercebendo que todos temos o nosso tempo para conseguir expor as nossas problemáticas e na psicologia não é diferente. E, dessa forma, temos de aceitar o tempo do paciente e essencialmente, estar sempre lá para o escutar e apoiar.

Porém, no decorrer do estágio fui adquirindo autonomia e novas competências, que me permitiram compreender melhor o meu papel enquanto estagiária de Psicologia, na instituição, e que cada pessoa é um ser único. A possibilidade de ter estagiado numa equipa multidisciplinar só veio afirmar mais a ideia que tinha, do quão importante é a presença de um psicólogo em contexto hospitalar. Pois, o compreender o ser humano como um ser único, idiossincrático e um ser biopsicossocial fez e faz com que o seu processo de reabilitação para a integração na sociedade se torne mais completo.

Ainda, sem dúvida que a melhor recompensa recebida deste estágio, além de todo o conhecimento e todo o crescimento, foi o agradecimento dos utentes, que de certa forma, me fizeram crescer. O ter acompanhado as mudanças alcançadas por cada utente e o ter conseguido observar que todo o nosso empenho e foco sortiu o tão desejado efeito é sem dúvida gratificante e marcante para mim.

De uma forma geral, considero que a minha experiência como estagiária foi muito positiva. Na finalização deste marcante percurso tornou-se fulcral esta reflexão sobre a importância desta experiência que se tornou imensamente gratificante para mim, não só a

nível profissional, mas também a nível pessoal. Levo para a vida este primeiro “encontro” com a prática profissional da Psicologia a certeza que foi a escolha certa no meu percurso!

 Chegando ao fim desta etapa, outra me aguarda e assim espero que seja o meu percurso repleto de etapas e metas a cumprir e concluir com sucesso!

Referências Bibliográficas

ACSS. (2017). RNCCI. Portugal.

Almeida, F. (2019). *Psicologia Hospitalar: compreendendo as contribuições do psicólogo nesse contexto*.

Almeida R., & Malagris L. (2015). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. *Psicol. Cienc.*, 3, 754–767.

Alves, M. N., Venâncio, L. M., Santos, M. A. dos, Rodrigues, B. O., Rodrigues, H. G., & Alves, M. R. (2020). Contributions of Psychology in the Hospital and Health Context. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 91298–91309. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-513>

American Psychiatric Association. (2013). *Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico* (5ª ed.). (C. Agostinho, C. Oliveira, F. Gonçalves, F. Vicente, G. Jesus, J. Teixeira, ... V. Viveiros, Trads.) Lisboa, Portugal: CLIMEPSI.

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.

Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva, & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa, PT: ISPA

Assis, F. E. de, & Figueiredo, S. E de. (2020). A Atuação da Psicologia hospitalar. *Psicologia Argumento*, 37(98), 501. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.ao06>

Cardoso, C. A. M. (2017). *A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e os Internamentos Hospitalares no Algarve: Um contributo da metodologia COSTATIS para a gestão das altas em Portimão (2014-2016)*. 77.

Castro, E. K., & Bornhold, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), pp.48-57.

- Camon, V., Alves, F., Trucharte, R., Berger, R., Ricardo, K., & Sebastiani, W. (2018). *Psicologia Hospitalar Teoria e Prática 2ª edição revista e ampliada*.
- 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.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry, 17* (4), 222-226. doi:10.1016/S0924-9338(02)00663-6
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G., & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, 25*(1), 9-21.
- Estrela-Dias, M., & Pais-Ribeiro, J. (2012). *Psicólogo nos Cuidados Continuados Integrados - Intervenção Positiva*. 418–424.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 33*(9), 989-996. (doi:10.1080/13803395.2011.589374).
- Gasparini, F. A. V. M. (2018). O hospital e as suas demandas para o psicólogo. Obtido em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?o-hospital-e-suas-demandas-para-o-psicologo&codigo=TL0451&area=d8
- Gomes, L. (2020). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI*. 28.
- 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>
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. (I. P. Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. Lisboa, Portugal: Autor.

Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed). Oxford University Press.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet Commissions*, 390(10113), 2673-2734. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6

Macedo, P. M. H. (2020). *Serviço Social Hospitalar e Cuidados Continuados: articulação entre a saúde e o apoio social informal*. 48.

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.

Meichenbaum, D. (1994). Victims of domestic violence (spouse abuse). *Clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Ontario: Institute Press, 77-91.

Mozzambani, A. C. F., Ribeiro, R. L., Fuso, S. F., Fiks, J. P., & Mello, M. F. de. (2011). Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 43–47. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000007>

Nasreddine, Z., 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. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.

- Nunes, M. F. O., Nascimento, M. M., Reppold, C. T., Faiad, C., Buen, J. M. H., & Noronha, A. P. P. (2012). Diretrizes para o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 11 (2), 309-316.
- Oliveira, L.G. (2016) Contributos do serviço social no acolhimento, acompanhamento e preparação da alta de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). O Perfil dos Psicólogos da Saúde. Lisboa: OPP.
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. de, & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(supl 2), s73–s80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Prince, M., Comas-Herrera, M. A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. M. (2016). World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future.
- Rainho, M. J., de Carvalho, A. B., & Sobral, M. J. (2020). *Gestão da Alta Hospitalar e Referenciação para a Rede de Cuidados Continuados Integrados: Um Estudo de Caso*. 20.
- Ricou, M. (2016). Acesso a Materiais de Avaliação Psicológica por parte de não psicólogos. Ordem dos Psicólogos.
- Rodriguez-Marín, J. (2003). *En Busca de un Modelo de Integración del Psicólogo en el Hospital: Pasado, Presente y Futuro del Psicólogo Hospitalario*.
- Romano, B. (2002). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.
- RNCCI (2013). *Manual do prestador – recomendações para a melhoria contínua da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI*. Lisboa.
- Simões, J. (2010). 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina.

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.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (4th ed.).

Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 7-15.

Trindade, I. (1996). O psicólogo como facilitador da comunicação nos serviços de saúde. *Análise Psicológica*, 14(3), 363-366.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). (2013). Implementação e monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Relatório final. Direção Geral de Saúde Lisboa.

Vieira, C., Fay, E., & Neiva-Silva, L. (2007). *Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental*.

WHO, W. H. O. (2019). Ten Facts on Dementia. Retirado de: <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/>

Zwick, G. P. (2017). Neuropsychological assessment in autism spectrum disorder and related conditions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(4), 373–379. <https://doi.org/10.31887/dcns.2017.19.4/gzwick>

Anexos

Índice de Anexos

Anexo A – Plano de Estágio Curricular

Anexo B – Ficha Protocolada da Instituição Psicologia Clínica

Anexo C – Acompanhamentos Psicológicos

Anexo D – Material Criado

Anexo E – PEC – ATIVA'MENTE

Anexo F – Formação / Workshop “Conversas de Bata Branca”

Anexo G – Certificados de Formação / *Workshops*

Anexo A - Plano de Estágio Curricular

Anexo B – Ficha Protocolada da Instituição 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. Interacção com os técnicos de saúde



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 _____



PLANO DE INTERVENÇÃO

OBSERVAÇÕES

A Psicóloga _____

Data __/__/__

Anexo C – Acompanhamentos Psicológicos



Identificação	Motivo de encaminhamento	Referenciação	Instrumentos de Avaliação
A.P. (80 anos) Masculino	Fratura do colo do fémur esquerdo	UMDR	Entrevista; MoCA.
R. P. (70 anos) Feminino	TCE esquerdo	UMDR	Entrevista; Mini- ACE; GDS.
J. T. (54 anos) Masculino	Fratura do colo do fémur esquerdo	UMDR	Entrevista; ACE-III
A. S. (78 anos) Feminino	Fratura do colo do fémur esquerdo	UC	Entrevista; Mini- ACE
J. C. (42 anos) Masculino	AVC hemorrágico	UMDR	Entrevista; Mini- ACE
M. A. (69 anos) Feminino	Lombossacralgia direita	UMDR	Entrevista; ACE-III
M. S. (76 anos) Feminino	Queda com traumatismo da anca e ombro direito	UC	Entrevista; Avaliação Cognitiva de Addenbrooke
A. B. (66 anos) Masculino	Trombose de bypass femoropopliteo	UC	Entrevista; Moca
C. J. (77 anos) Feminino	Hemiartróplastia bipolar – fratura do colo do fémur esquerdo	UC	Entrevista; Moca
C. M. (88 anos) Feminino	Fratura trocantérica à direita	UC	Entrevista; Moca
J. S. (89 anos) Masculino	Fratura não especificada do fémur	UMDR	Entrevista; Mini- ACE
M. C. (87 anos) Feminino	Fratura do colo do fémur direito	UC	Entrevista; Moca
M. M. (89 anos) Feminino	Fratura do colo do fémur esquerdo	UC	Entrevista; Moca
A. J. (95 anos) Feminino	Fratura trocantérica à esquerda	UMDR	Entrevista; Mini- ACE



B. M. (88 anos)			Entrevista; Mini-
Masculino	TCE	UC	ACE
D. S. (70 anos)			Entrevista; Mini-
Feminina	Fratura da bacia	UC	Addenbrooke's
M. A. (79 anos)			Entrevista; Mini-
Feminino	AVC	UC	ACE
M. R. (71 anos)	AVC (em território cortical da		Entrevista; Mini-
Feminino	ACM esquerda)	UC	ACE
M. A. (92 anos)	AVC isquémico (em território		Entrevista; Mini-
Feminino	da ACM direita)	UC	ACE
M. O. (81 anos)			Entrevista; Mini-
Feminino	Fratura da coluna vertebral	UC	ACE; GDS
J.M. (73 anos)			Entrevista; Mini-
Feminino	Insuficiência cardíaca	UC	ACE
J. N. (64 anos)			Entrevista; Moca
Masculino	Carcinoma epidermoide	UC	
J. S. (69 anos)			Entrevista; Mini-
Masculino	Fratura da anca	UC	ACE
A. G. (69 anos)	Choque em disfunção CV,		Entrevista; Mini-
Masculino	renal, hematológico e	UC	ACE
	metabólica		
M. L. (74 anos)	Fratura do colo do fémur		Entrevista; Mini-
Feminino	direito	UC	ACE
	Sincope com bloqueio		
F. M (82 anos)	trifascular com assistolia		Entrevista; Mini-
Masculino	IBAV avançada na SE + queda	UC	ACE
	da própria última		
M. F. (70 anos)			Entrevista; Mini-
Masculino	Paraparésia ligeira dos MI's	UC	ACE
A. P. (89 anos)	AVC isquémico (território da		Entrevista; Mini-
Masculino	ACM direita)	UC	ACE



Histerectomia total por			
V. S. (76 anos) Feminino	neoformação anexial esquerda + pólipos endometrial por laparotomia	UC	Entrevista; Mini- ACE
M. C. (95 anos) Feminino	Fratura do grande trocânter à direita	UC	Entrevista; Mini- ACE
J. C. (71 anos) Masculino	AVC isquêmico em território da PICA direita	UC	Entrevista; MoCA
M. T. (65 anos) Masculino	Prótese Total da Anca direita	UMDR	Entrevista; Mini- ACE
A. S. (74 anos) Feminino	AVC talamocapsular direito com moldagem do III ventricular	UMDR	Entrevista; Mini- ACE
M. S. (43 anos) Feminino	Gonartrose à esquerda refrataria	UC	Entrevista; Mini- ACE
A. C. (78 anos) Masculino	Adenocarcinoma gástrico	UC	Entrevista; Mini- ACE
A. P. (82 anos) Feminino	Fraturas de partes NCOP	UMDR	Entrevista; Mini- ACE
O. C. (84 anos) Feminino	Fratura do colo do fêmur direito	UC	Entrevista; Mini- ACE
A. F. (79 anos) Feminino	Fratura do colo do fêmur esquerdo	UC	Entrevista; Mini- ACE
M. A. (86 anos) Feminino	Fraturação intertrocantérica à esquerda	UC	Entrevista; Mini- ACE
M. F. (74 anos) Feminino	Fratura do colo do fêmur à esquerda	UC	Entrevista; Mini- ACE
Â. M. (89 anos) Masculino	Pneumonia Viriaca	UMDR	Entrevista; Mini- ACE
M. N. (88 anos) Feminino	Fratura trocantérica	UC	Entrevista; Mini- ACE









D. C. (72 anos) Masculino	Fratura trocantérica à direita	UC	Entrevista; Mini-ACE
G. C. (84 anos) Feminino	Hematoma intracerebral	UC	Entrevista; M.M.S.E.
A. R. (70 anos) Masculino	AVC isquémico em tACME	UC	Entrevista; Mini-ACE; GDS
I. R. (43 anos) Masculino	Fratura do colo do fémur à direita	UC	Entrevista; Mini-ACE
R. C. (74 anos) Feminino	Neoplasia benigna do encéfalo	UC	Entrevista; Mini-ACE
A. S. (78 anos) Masculino	Sepsis com pp em PAC e DP	UC	Entrevista; M.M.S.E.
H. P. (66 anos) Feminino	PTA à direita	UC	Entrevista; M.M.S.E.
A. S. (89 anos) Masculino	Fratura trocantérica à esquerda	UC	Entrevista; M.M.S.E.
E. M. (60 anos) Feminino)	Úlcera crónica de pele	UMDR	Entrevista; MoCA; ACE-III; AIVD; BDI-II
A. L. (80 anos) Masculino	Traqueobronquite aguda	UC	Entrevista; Mini-ACE
C. C. (81 anos) Masculino	Infeção por SARS-COV 2	UC	Entrevista; Mini-ACE
M. A. (71 anos) Feminino	AVC hemorrágico núcleo-capsular esquerdo	UMDR	Entrevista; M.M.S.E.
A. M. (71 anos) Masculino	AVC isquémico	UC	Entrevista; M.M.S.E.
O. S. (88 anos) Feminino	Fratura trocantérica à esquerda	UC	Entrevista; M.M.S.E.
A. O. (75 anos) Masculino	AVC isquémico	UC	Entrevista; ACE-III



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexo D – Material Criado

<p>Como está a correr a minha reabilitação/internamento?</p>						
---	---	--	---	---	---	---

Problema



Solução

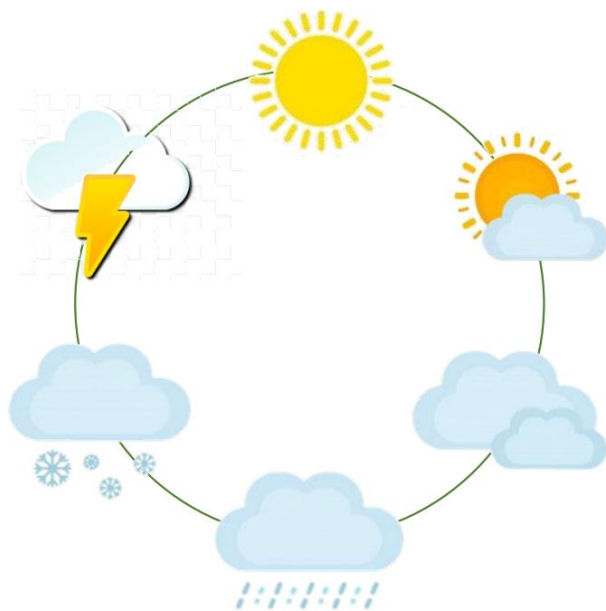


Estratégias



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

- janeiro
- fevereiro
- março
- abril
- maio
- junho
- julho
- agosto
- setembro
- outubro
- novembro
- dezembro



ANO

_ _ _ _



- segunda-feira
- terça-feira
- quarta-feira
- quinta-feira
- sexta-feira
- sábado
- domingo





Anexo E – PEC ATIVA’MENTE

“ATIVA’MENTE”

Programa de Estimulação Cognitiva

Estagiárias de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia:

Inês Eusébio e Inês Rocha.

Orientadora: Dr.^a I. B.

Índice

A Estimulação Cognitiva	9
Recomendações para uma boa dinamização do grupo	11
Objetivos Gerais	11
Estrutura do Programa	12
Respetivos cuidados na elaboração do programa	12
Proposta de Avaliação do Programa	12
Plano de Sessão	13
Sessão 1 – O Início	13
Ficha de inscrição.....	13
Linha da vida	13
Teia de aranha	14
Sessão 2 – Linguagem	15
Afirmção e Negação	15
O que tem ali	15
Sessão 3 – Cálculo	16
Contas simples	16
Vamos às compras	16
Sessão 4 – Funções Executivas	17
Este ou aquele	17
Lista de tarefas.....	17
Letras ao molho	18
Sessão 5 – Memória	19
“Saber Popular”	19
“Jogo da Memória”	19
“Jogo do Stop”	19
Sessão 6 – Capacidades visuoperceptivas e construtivas	20
Sinais	20
Quem é Quem?.....	20
A Outra Metade	20
Sessão 7 - Atenção	22

"A Figura Igual"	22
"Sou de Letras"	22
"Bingo"	22
Sessão 8 – Linguagem	23
"Sinónimos e Antónimos"	23
"Rimar e Encantar"	23
"Era uma vez..."	23
Sessão 9 – Funções Executivas	24
Qual a ordem?	24
Sem C.....	24
Sessão 10 – O Fim / Encerramento	25
Referências Bibliográficas	26
Anexos	28
Anexo I – Consentimento Informado	29
Anexo II – Planificação das sessões	31
Anexo III – Questionário Geral	32
Anexo IV– Sessão nº 1 – Ficha de Identificação	33
Anexo V– Sessão nº 1 – Linha da Vida	34
Anexo VI – Sessão nº 2 – Afirmação e Negação	35
Anexo VII– Sessão nº 2 – O que tem ali?	37
Anexo VIII– Sessão nº 2 – Complementar	38
Anexo IX– Sessão nº 3 – Contas Simples	40
Anexo X– Sessão nº 3 – Vamos às Compras!	41
Anexo XI– Sessão nº 4 – Este ou Aquele?	42
Anexo XII– Sessão nº 4 – Lista de Tarefas	44
Anexo XIII– Sessão nº 4 – Letras ao Molho	46
Anexo XIV– Sessão nº 5 – Saber Popular	47
Anexo XV– Sessão nº 5 – Jogo da Memória	48
Anexo XVI– Sessão nº 5 – Jogo do Stop	50
Anexo XVII– Sessão nº 6 – Sinais	51
Anexo XVIII– Sessão nº 6 – A Outra Metade	52
Anexo XIX– Sessão nº 7 – A Figura Igual	53
Anexo XX– Sessão nº 7 – Sopa de Letras	55
Anexo XXI– Sessão nº 7 – Bingo	56
Anexo XXII– Sessão nº 8 – Sinónimos e Antónimos	57
Anexo XXIII– Sessão nº 8 – Rimar e Encantar	58



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexo XXIV – Sessão nº 8 – Era uma vez.....	59
Anexo XXV – Sessão nº 9 – Qual é a ordem?.....	60
Anexo XXVI – Sessão nº 9 – Sem C	61
Síntese de Pertinência	65
1. A Comunicação	66
1.1. A Comunicação Verbal e Não-verbal	68
1.1.1 Aspetos não verbais do discurso	69
2. A Comunicação em Contextos de Saúde	71
3. A Comunicação / Relação entre Profissionais de Saúde	73
4. A Comunicação / Relação com os Utentes	76
Objetivos Gerais	81
Critérios de Inclusão dos Participantes	81
Estrutura da Formação/Workshop	81
Planos de Sessão	82
Referências Bibliográficas	86

A Estimulação Cognitiva

O envelhecimento é um processo adaptativo, lento e contínuo que se revela numa sucessão de alterações, no qual intercedem fatores biológicos, psicológicos e sociais. (Ortiz, Ballesteros & Carrasco, 2006). O processo de envelhecimento encontra-se associado ao declínio cognitivo, e as capacidades mais afetadas são: atenção, concentração e o raciocínio indutivo (Schaie & Willis, 1996).

Estudos revelam que este declínio não é puramente consequência de uma componente biológica, mas que existem outros fatores como o nível educacional, laboral, motivacional, estado da saúde, personalidade e o estilo de vida que podem influenciar todo este processo (Ortiz et al., 2006; Zimerman, 2000) universal e complexo que decorre ao longo de toda a vida. (Fernandes, 2014).

Porém, com o aumento da longevidade da vida os profissionais de saúde têm de ter em maior atenção e uma capacidade para resolver o problema que o processo de envelhecimento acarreta para o indivíduo, sociedade e instituições de saúde. (Rebelatto & Morelli, 2004).

Associado ao processo de envelhecimento surgem as alterações cognitivas que causam incapacidades e limitações, nomeadamente, diminuição da mobilidade, tomada de decisão, perda de memória, dificuldade na gestão das rotinas diárias, entre outras. Perante esta fase de vida, observa-se, igualmente, uma menor socialização que consequentemente aumenta a solidão vivenciada e uma diminuição dos laços familiares. (Sequeira, 2010; Aversi-Ferreira, Rodrigues & Paiva, 2008).

Torna-se, assim, necessário um maior cuidado em relação à saúde mental das pessoas (Zanello, Silva, & Henderson, 2015). Nesse sentido, a manutenção, estimulação e/ou reabilitação cognitiva são uma vertente importante para a saúde geral das pessoas, no qual promove a melhoria da qualidade de vida e a sua independência (Ngandu et al., 2015; Singh-Manoux et al., 2012). A manutenção da cognição é fundamental para a



A estimulação cognitiva encontra-se maioritariamente, associada à participação em atividade de caráter grupal e debates que culminam com a melhoria do funcionamento cognitivo (Gonçalves, 2012; Carneiro, 2016) e que envolvam um certo grau de processamento cognitivo para manter as funções cognitivas estáveis (Clare & Woods, 2004).

Segundo Zimerman (2000), estimular consiste em instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos. Para este autor, o melhor meio para se conseguir a diminuição dos efeitos adversos do processo de envelhecimento é através da estimulação, proporcionado aos idosos um aumento da qualidade de vida. Desta forma, a prevenção do declínio das capacidades cognitivas e funcionais das pessoas pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC), garantindo um aumento da autoestima e por sua vez uma maior qualidade de vida (Soares, 2006).

Segundo estudos, tem sido comprovado que os PEC demonstram um efeito benéfico na melhoria e manutenção dos processos cognitivos e, em muitos casos, observa-se uma diminuição do prejuízo cognitivo (Verghese et al., 2003; Melo, 2008; Pires, 2008).

Recomendações para uma boa dinamização do grupo

1. Respeitar a dignidade da pessoa;
2. Respeitar as diferenças e as vivências de cada participante;
3. Respeitar os momentos de partilha;
4. Não fazer juízos de valor, perante o que é partilhado nas sessões;
5. Ser gentil na forma de falar com os outros;
6. Ser empático e colaborativo.

Objetivos Gerais

O presente Programa de Estimulação Cognitiva – “ATIV’AMENTE” tem como objetivo:

- estimular e reabilitar as várias funções neurocognitivas (atenção, memória, linguagem, capacidades visuoperceptivas e construtivas, funções executivas e o cálculo);
- desenvolver um envelhecimento ativo;
- desenvolver competências pessoais e sociais;
- desenvolver a plasticidade cerebral;
- prevenir o aparecimento/agravamento de demências;
- criar uma maior autonomia.

O PEC – ATIV’AMENTE é constituído por um consentimento informado (anexo I) e, por sua vez, um grupo de 6 participantes, sendo este plano composto por 10 sessões, com duração de 120 minutos cada e com uma frequência bissemanal (anexo II).

Respetivos cuidados na elaboração do programa

Na elaboração de todas as sessões e dos seus respetivos exercícios foram tidos em consideração cuidados fundamentais perante a faixa etária em questão, tais como:

- o mínimo de escolaridade que o permita ler e escrever, de forma a conseguir, realizar o exercício;
- a forma de como se transmite a instrução ao participante, esta deve ser clara e específica para que o sujeito consiga compreender o objetivo e realize o exercício, tendo sempre presente o respeito pela dignidade da pessoa;
- o tipo de linguagem utilizada também foi um dos fatores em consideração, tendo em conta que o exercício é dirigido ao adulto e adulto-idoso;
- a acuidade visual dos participantes;
- validade ecológica dos exercícios.

Proposta de Avaliação do Programa

O programa de estimulação cognitiva - ATIV’AMENTE, será avaliado em dois momentos. O primeiro momento de avaliação é através de um Questionário Geral, HADS e do *Addenbrook Cognitive Examination* no dia de iniciação do programa e, por sua vez, o segundo momento será realizado na última sessão com os mesmos instrumentos (anexo III).

Plano de Sessão

Sessão 1 – O Início

Objetivo: esta sessão tem como objetivo a apresentação do programa, das suas atividades e objetivos. Dar a conhecer quais as regras do programa e ainda estabelecer uma relação entre os participantes através de um jogo “quebra-gelo”.

Ficha de inscrição

Descrição do exercício: com o presente exercício intitulado “Ficha de Inscrição” cada participante irá preencher uma ficha de inscrição com alguns dados identificativos sobre si (anexo IV).

Função cognitiva a estimular: memória biográfica.

Função cognitiva subjacente a estimular: linguagem, nomeadamente a escrita.

Material necessário: ficha de inscrição; lápis.

Linha da vida

Descrição do exercício: neste exercício é pedido ao participante que descreva, de forma cronológica, alguns dos eventos mais marcantes (positivamente ou negativamente) no decorrer da sua vida (anexo V).

Função cognitiva principal a estimular: memória biográfica.

Função cognitiva subjacente a estimular: linguagem, nomeadamente a escrita.

Material necessário: ficha da “Linha da Vida” e lápis.

Teia de aranha

Descrição do exercício: neste exercício é pedido ao participante que, na posse de um novelo de lã, se apresente dando alguns dados acerca de si e por sua vez partilhar algum evento marcante para si. Depois segurando uma parte da linha do novelo, passar para outro participante para que este, por sua vez, se apresente. E no fim, seja criada uma “Teia de Aranha” onde todos se veem envolvidos na mesma.

Função cognitiva a estimular: memória biográfica.

Função cognitiva subjacente a estimular: linguagem, nomeadamente o discurso.

Material necessário: novelo de lã.

Sessão 2 – Linguagem

Objetivo: esta sessão tem como objetivo estimular a capacidade de linguagem.

Afirmção e Negação

Descrição do exercício: com o exercício intitulado “Afirmção ou Negação” pretende-se que os participantes consigam transformar as frases afirmativas em negativas e vice-versa (anexo VI).

Função cognitiva principal a estimular: linguagem.

Função cognitiva subjacente a estimular: leitura, escrita e sintaxe.

Material necessário: conjunto de frases afirmativas e negativas e lápis.

O que tem ali

Descrição do exercício: com o exercício elaborado intitulado “O que tem ali” pretende-se que os participantes consigam escrever nomes de objetos que se encontrem nos determinados sítios que se pedem, ao longo do exercício (anexo VII).

Função cognitiva principal a estimular: linguagem.

Função cognitiva subjacente a estimular: memória semântica e escrita.

Material necessário: folha com o exercício estruturado e lápis.

Complementar

Descrição do exercício: com o presente exercício designado “Completar” pretende-se que os participantes consigam completar o texto com a informação que se encontra em falta, após escutarem a leitura de um texto (anexo VIII).

Função cognitiva principal a estimular: linguagem.

Função cognitiva subjacente a estimular: memória de trabalho e escrita.

Material necessário: textos e folhas com o texto para complementação dos espaços em falta.

Sessão 3 – Cálculo

Objetivo: esta sessão tem como objetivo treinar a capacidade de cálculo.

Contas simples

Descrição do exercício: este exercício intitulado “Contas Simples” consiste em apresentar cálculos simples de somar, subtrair, multiplicar e dividir aos participantes com elementos em falta, p.e, $1 + _ = 4$; $5 _ 3 = 2$ (anexo IX).

Função cognitiva principal a estimular: cálculo.

Função cognitiva subjacente a estimular: memória de trabalho e planeamento.

Material necessário: folha com os respetivos cálculos e lápis.

Vamos às compras

Descrição do exercício: com o presente exercício intitulado “Vamos às Compras”, será entregue uma revista de um supermercado, juntamente com uma lista de compras e algum dinheiro (apenas representativo). Pelo que devem encontrar os elementos da lista de compras e calcular o dinheiro que irão gastar e por sua vez o troco que irão receber, caso haja dificuldades poderá ser fornecida uma folha e um lápis para a realização dos cálculos (anexo X).

Função cognitiva principal a estimular: cálculo.

Função cognitiva subjacente a estimular: atenção seletiva e o planeamento.

Material necessário: revista de compras; lista de compras; dinheiro (representativo); folha branca e lápis.

Sessão 4 – Funções Executivas

Objetivo: Esta sessão tem como objetivo estimular a função executiva.

Este ou aquele

Descrição do exercício: este exercício intitulado “Este ou Aquele” consiste em dar várias opções aos participantes para decidirem qual a melhor decisão a tomar perante determinada situação e dependendo das condições impostas (anexo XI).

Função cognitiva principal a estimular: funções executivas, mais precisamente a tomada de decisão e a flexibilidade cognitiva.

Função cognitiva subjacente a estimular: linguagem e compreensão.

Material necessário: imagens para a opção de escolha.

Lista de tarefas

Descrição do exercício: neste exercício intitulado “Lista de Tarefas” é dada uma lista de afazeres e um mapa da cidade com os locais a serem percorridos, pelo que os participantes têm de planear o itinerário, conforme as instruções indicadas (anexo XII).

Função cognitiva principal a estimular: funções executivas, nomeadamente o planeamento e capacidade de inibição.

Função cognitiva subjacente a estimular: capacidade visuoespacial e compreensão.

Material necessário: lista de afazeres, mapa da cidade e lápis de cor.

Letras ao molho

Descrição do exercício: neste exercício intitulado “Letras ao Molho” é fornecido um conjunto de letras desorganizadas e é esperado que o participante consiga encontrar a palavra reorganizando as letras (anexo XIII).

Função cognitiva principal a estimular: funções executivas, essencialmente a capacidade de planeamento e a abstração.

Função cognitiva subjacente a estimular: atenção seletiva

Material necessário: folha com o exercício e lápis.

Sessão 5 – Memória

Objetivo: Esta sessão tem como objetivo estimular a memória.

“Saber Popular”

Descrição do exercício: com o exercício denominado “Saber Popular” pretende-se que os participantes consigam completar os espaços disponíveis de forma a recriar os provérbios portugueses (anexo XIV).

Função cognitiva principal a estimular: memória semântica.

Função cognitiva subjacente a estimular: leitura e a escrita.

Material: cartões com os provérbios, folhas com o exercício e lápis.

“Jogo da Memória”

Descrição do exercício: com o exercício intitulado “Jogo da Memória” pretende-se que os participantes consigam encontrar a correspondência das cartas com o seu respetivo par (anexo XV).

Função cognitiva principal a estimular: memória visual.

Função cognitiva subjacente a estimular: capacidade visuoperceptiva e atencional.

Material: cartões com os estímulos a apresentar.

“Jogo do Stop”

Descrição do exercício: com o exercício realizado e intitulado “Jogo do Stop” pretende-se que os participantes consigam completar todos os espaços de diversas categorias, respeitando a inicial da letra que é tida em jogo (anexo XVI).

Função cognitiva principal a estimular: memória semântica.

Função cognitiva subjacente a estimular: linguagem – discurso e fluência verbal, raciocínio lógico-abstrato e escrita.

Material: folhas do jogo, canetas e letras do alfabeto.

Sessão 6 – Capacidades visuoperceptivas e construtivas

Objetivo: Esta sessão tem como objetivo estimular a capacidade visuoperceptiva.

Sinais

Descrição do exercício: neste exercício designado “Sinais” será mostrado aos participantes vários símbolos e logótipos para que os mesmos os identifiquem (anexo XVII).

Função cognitiva principal a estimular: capacidade de visuoperceção.

Função cognitiva subjacente a estimular: memória declarativa.

Material necessário: Vários símbolos e logótipos e lápis.

Quem é Quem?

Descrição do exercício: este exercício intitulado “Quem é Quem?” consiste em fornecer afirmações com base em características físicas aos participantes para que estes digam qual deles (participantes) satisfaz esses critérios, p.e, “quem tem olhos castanhos?” ou “quem tem vestida uma t-shirt branca?”

Função cognitiva principal a estimular: capacidade visuoperceptivas.

Função cognitiva subjacente a estimular: atenção seletiva e compreensão.

Material necessário: folhas e lápis.

A Outra Metade

Descrição do exercício: neste exercício intitulado “A Outra Metade” é fornecida aos participantes metade duma figura simples para que os mesmos a completem de forma simétrica (anexo XVIII).

Função cognitiva principal a estimular: capacidade visuoconstrutiva.

Função cognitiva subjacente a estimular: memória de trabalho e escrita.

Material necessário: figuras para completar e lápis.

Sessão 7 - Atenção

Objetivo: Esta sessão tem como objetivo estimular a capacidade de atenção.

“A Figura Igual”

Descrição do exercício: com o exercício intitulado “A Figura Igual” pretende-se que os participantes consigam encontrar a figura igual ao estímulo apresentado e que a assinale corretamente (anexo XIX).

Função cognitiva principal a estimular: atenção visual seletiva.

Função cognitiva subjacente a estimular: capacidade visuoperceptiva e atenção seletiva.

Material: cartões com figuras e folhas com a figura para fazer a correspondência.

“Sopa de Letras”

Descrição do exercício: com o exercício intitulado “Sopa de Letras” pretende-se que os participantes consigam encontrar as palavras pretendidas (anexo XX).

Função cognitiva principal a estimular: atenção concentrada.

Função cognitiva subjacente a estimular: leitura e planeamento.

Material: Folhas com sopa de letras e lápis de cor.

“Bingo”

Descrição do exercício: com o exercício elaborado intitulado “Bingo” pretende-se que os participantes consigam completar os cartões numéricos de acordo com as regras do jogo (anexo XXI).

Função cognitiva principal a estimular: atenção seletiva.

Função cognitiva subjacente a estimular: memória e a perceção visual e auditiva.

Material: Cartões para o jogo do bingo; números do bingo, rolhas.

Sessão 8 – Linguagem

Objetivo: Esta sessão tem como objetivo estimular a linguagem.

“Sinónimos e Antónimos”

Descrição do exercício: com o exercício elaborado intitulado “Sinónimos e Antónimos” pretende-se que os participantes consigam encontrar no seu léxico vocabular uma palavra que seja o sinónimo ou o antónimo da palavra apresentada (anexo XXII).

Função cognitiva principal a estimular: linguagem.

Função cognitiva subjacente a estimular: leitura, escrita e flexibilidade cognitiva.

Material: folhas com palavras para serem transformadas em antónimos e sinónimos e lápis.

“Rimar e Encantar”

Descrição do exercício: com o exercício designado “Rimar e Encantar” pretende-se que os participantes consigam encontrar no seu léxico vocabular palavras que rimem com a palavra apresentada (anexo XXIII).

Função cognitiva principal a estimular: linguagem.

Função cognitiva subjacente a estimular: leitura, fluência verbal e memória de trabalho.

Material: cartões com as palavras.

“Era uma vez...”

Descrição do exercício: com o exercício denominado “Era uma vez...” pretende-se que os participantes consigam através de imagens recriem uma história imaginária em grupo (anexo XXIV).

Função cognitiva principal a estimular: linguagem – fluência verbal.

Função cognitiva subjacente a estimular: planeamento e raciocínio lógico-abstrato.

Material: cartões com as imagens.

Sessão 9 – Funções Executivas

Objetivo: Esta sessão tem como objetivo estimular a função executiva.

Qual a ordem?

Descrição do exercício: neste exercício designado “Qual a Ordem?” serão expostas imagens de partes da rotina diária e pedir aos participantes que as ordenem de forma correta (anexo XXV).

Função cognitiva principal a estimular: funções executivas – planeamento.

Função cognitiva subjacente a estimular: memória procedimental.

Material necessário: imagens com as rotinas.

Sem C

Descrição do exercício: neste exercício intitulado “Sem C” é pedido aos participantes que leiam rapidamente todas as palavras, exceto as palavras iniciadas com determinada letra (anexo XXVI).

Função cognitiva principal a estimular: funções executivas – inibição e alternância.

Função cognitiva subjacente a estimular: atenção alternada.

Material necessário: folhas com o exercício estruturado.

Sessão 10 – O Fim / Encerramento

Descrição da sessão:

Nesta sessão final será realizada:

- a avaliação do programa – ATIVA’MENTE;
- uma reflexão com o grupo sobre as atividades implementadas;
- uma análise dos ganhos pessoais e interpessoais e das experiências vividas pelos

participantes durante o desenvolvimento das sessões.

E por fim, dialogar com os participantes sobre a importância da continuidade de participarem em atividades de estimulação cognitiva.

Referências Bibliográficas

- Aversi-Ferreira, T. A. A., Rodrigues, H. G. R. & Paiva, L. R. (2008). Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo, *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5 (2), 46-64.
- Carneiro, S. S. (2016). *Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados após acidente vascular cerebral*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto.
- Clare, L. & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 385-401. doi: 10.1080/09602010443000074.
- Fernandes, S. D. (2014). *Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*. 18. P. 1-18.
- Melo, M. B. (2008). *Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre*. Tese de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *Lancet*, 6736, 1-9.

Barcelona: Elsevier.

Pires, A. C. S. T. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*.

Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Rebellato, J. R. & Morelli, J. G. S. (2004). *Fisioterapia Geriátrica – A prática da assistência ao idoso*. Barueri-SP: Manole, 2004.

Schaie, K. W. & Willis, S. L. (1996). *Psychometric intelligence and aging*. New York: McGraw Hill.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Silva, A. O., Pereira, A. P., Gonçalves, D. R., Vieira, A. d., Medeiros, R. F., Altermann, C. D., Carpes, P. B. (2011). Perfil Cognitivo de Idosos Institucionalizados de Uruguaiana/RS. *Revista Contexto & Saúde*, pp. 1185-1190.

Singh-Manoux, A., Kivimaki, M., Glymour, M. M., Elbaz, A., Berr, C., Ebmeier, K. P., ... Dugravot, A. (2012). Timing of onset of cognitive decline: Results from Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, 344(04), d7622.

Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspetos neuropsicológicos e estratégias preventivas*.

Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M. & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348 (25), 2508-2516.

Zanello, V., Silva, L. C., & Henderson, G. (2015). Saúde mental, gênero e velhice na instituição geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 534-550.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Consentimento Informado

A presente atividade é de carácter voluntário e consiste em fotografar cada utente internado na RNCCI que aceite participar no Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) – ATIVA’MENTE. O presente PEC terá a duração de um mês e meio tendo por objetivo melhorar a plasticidade cerebral; memória; atenção; cálculo; funções executivas; capacidades visuoperceptivas e construtivas; linguagem, resumindo melhorar a qualidade de vida do utente. Este registo fotográfico será unicamente para utilização na sessão de estimulação cognitiva sendo no final do PEC entregue a cada utente da RNCCI deste Hospital que participou.

Uma vez que a participação neste estudo é de carácter voluntário poderá optar por recusar ou desistir a qualquer momento após ter dado o seu consentimento, sem qualquer consequência negativa para si ou para o seu processo de reabilitação/tratamento. Este estudo não envolve nenhum risco potencial: quer sejam sociais, legais ou financeiros.

A sua colaboração é extremamente importante para nós e para o nosso progresso académico.

Declaro que li/ouvi a explicação e aceito participar de forma voluntária nesta atividade.

Estagiárias de Psicologia:

Utente,

Sessões	Capacidade Neurocognitiva	Objetivos	Descrição da sessão
Sessão nº 1 Duração: 1h30	Memória	→ Apresentação do programa, das suas atividades, objetivos e conduta; → Promover o estabelecimento de uma boa relação entre os participantes.	Atividades planeadas para esta sessão: Ficha de Inscrição; Linha da Vida; Teia de Aranha.
Sessão nº 2 Duração: 1h30	Linguagem	→ Estimular a capacidade de Linguagem.	Atividades planeadas para esta sessão: → Afirmação e Negação; O que tem ali; Complementar.
Sessão nº 3 Duração: 1h30	Cálculo	→ Estimular a capacidade de Cálculo.	Atividades planeadas para esta sessão: → Contas Simples; Vamos às compras.
Sessão nº 4 Duração: 1h30	Funções Executivas	→ Estimular as Funções Executivas.	Atividades planeadas para esta sessão: → Este ou Aquele; Lista de Tarefas; Letras ao Molho.
Sessão nº 5 Duração: 1h30	Memória	→ Estimular a Memória.	Atividades planeadas para esta sessão: → Saber Popular; Jogo da Memória; Jogo do Stop.
Sessão nº 6 Duração: 1h30	Capacidades Visuoperceptivas	→ Estimular a Capacidade visuoperceptiva.	Atividades planeadas para esta sessão: → Sinais; Quem é Quem?; A outra metade.
Sessão nº 7 Duração: 1h30	Atenção	→ Estimular a capacidade de Atenção.	Atividades planeadas para esta sessão: → A Figura Igual; Sopa de Letras; Bingo.
Sessão nº 8 Duração: 1h30	Linguagem	→ Estimular a Linguagem;	Atividades planeadas para esta sessão: → Sinónimos e Antónimos; Rimar e Encantar; Era uma vez.
Sessão nº 9 Duração: 1h30	Funções Executivas	→ Estimular as Funções Executivas;	Atividades planeadas para esta sessão: → Qual a Ordem?; Sem C.
Sessão nº 10 Duração: 1h30	—	→ Promover a continuidade da prática de exercícios de estimulação cognitiva;	Atividades planeadas para esta sessão: → Avaliação do programa; Reflexão sobre as atividades implementadas;

Anexo III – Questionário Geral

Questionário Geral

1. Idade: _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Estado civil:

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

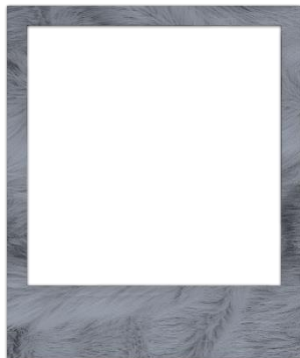
4. Habilitações literárias / Escolaridade:

Escolaridade: _____

5. Profissão exercida antes da reforma: _____

6. Número de filhos: _____

Observações: _____



A minha ficha de identificação

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado civil: _____ Tem filhos? Sim _____ Não _____ Quantos? _____

Tem irmãos? Sim _____ Não _____ Quantos? _____

Motivo de internamento? _____

Observações: _____

A Linha da Vida



Anexo VI – Sessão nº 2 – Afirmação e Negação

Dia	Mês	Ano



Nome: _____

Afirmação e Negação

➤ **Coloque as frases afirmativas em negativas.**

1. O João vai às compras.

2. Ontem fui ao médico.

3. O céu é o limite.

4. Aquela menina caiu no corredor do hospital.

5. Eu já fui ao teatro.

Afirmação e Negação

➤ **Coloque as frases negativas em afirmativas.**

1. O João não trouxe o guarda-chuva.

2. O lanche não me fez bem.

3. A menina não foi ao encontro.

4. Não avises os teus amigos!

5. Nunca aceites presentes.

Anexo VII– Sessão nº 2 – O que tem ali?

O que tem ali?

➤ **Escreva 5 nomes de coisas que pode encontrar:**

**Num armário de
cozinha**

Num roupeiro

Num frigorífico

Numa garagem

Num jardim

Complementar

➤ **Texto:**

A cigarra e a formiga

A cigarra passou todo o verão a cantar, enquanto a formiga juntava todas as migalhas. Quando chegou o inverno, a cigarra foi a casa da formiga para lhe pedir que lhe desse de comer.

A formiga perguntou-lhe: “O que andaste a fazer durante todo o verão?”

A cigarra respondeu: “Durante o verão eu andei a cantar”.

E a formiga respondeu: “Muito bem, então agora dança”.

Complementar

➤ **Complete o texto com a informação em falta.**

A _____ e a formiga

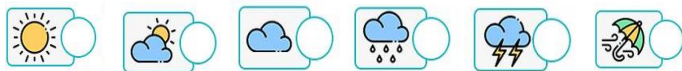
A cigarra passou todo o verão a _____, enquanto a formiga juntava todas as _____. Quando chegou o _____, a cigarra foi a casa da formiga para lhe _____ que lhe desse de comer.

A formiga perguntou-lhe: “O que andaste a fazer durante todo o verão?”

A cigarra respondeu: “Durante o verão eu andei a _____”.

E a formiga respondeu: “Muito bem, então agora _____”.

Anexo IX– Sessão nº 3 – Contas Simples



Dia	Mês	Ano

Nome: _____

Contas Simples

➤ **Complete os espaços em branco para que a equação fique correta.**

$3+1= _$

$18 _ 3=6$

$13 \times 5= _$

$2 _ 1=1$

$6+ _ =12$

$78:6= _$

$5- _ =3$

$30:3= _$

$67- _ =43$

$4+5= _$

$19 _ 7=12$

$33 _ 2=66$

$2 _ 3=6$

$50 _ 22=77$

$54: _ =6$

$8 _ 2=4$

$48- _ =15$

$_ -23=38$

$8- _ =6$

$32: _ =4$

$27 \times _ =81$

$_ \times 2=10$

$73 _ 28=45$

$84:14= _$

$12 _ 5=17$

$_ +47=65$

$105 _ 7=1$

Vamos às Compras!

➤ Para este exercício é dada uma revista de compras e o desafio é, com 10€, conseguirem comprar todos os elementos da lista e calcularem o troco que irão receber.

Compras de Segunda-feira

- 1kg de Laranjas;
- 1kg de peixe á sua escolha;
- embalagem de queijo fatiado.

Compras de Terça-feira

- 12 ovos;
- 1 Pack de iogurte liquido;
- 1 embalagem de ervilhas;
- 2 pacotes de massa.

Compras de Quarta-feira

- 1 garrafa de azeite;
- 2 pacotes de arroz;
- 4 latas de atum;
- uma embalagem de cereais.

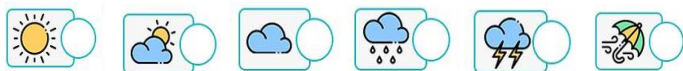
Compras de Quinta-feira

- 1 embalagem de marmelada;
- 1 pote de doce de morango;
- 1 embalagem de pão de forma;
- 1 frasco de café solúvel;
- 1 pacote de bolachas;
- 1 garrafa de sumo sem gás.

Compras de Sexta-feira

- uma embalagem de almôndegas de 400g;
- 1 embalagem de abóbora de 600g;
- 1 kg de batatas;
- 1 embalagem de uvas;
- 1 pão de mistura de trigo e centeio;
- 1 embalagem de fiambre fatiado..

Anexo XI– Sessão nº 4 – Este ou Aquele?



Dia	Mês	Ano

Nome: _____

Este ou Aquele?

➤ Rodeie a imagem de acordo com a instrução.

Qual é opção mais amiga do Ambiente?



Qual é opção mais segura?



Qual é opção mais rápida?

Qual é opção saudável?



Qual é opção mais saudável?

Qual é opção mais dolorosa?



Qual é opção mais radical?



Lista de Tarefas

- **Traça o percurso mais curto que o Elias terá de fazer para cumprir todos os seus afazeres.**

Cor

O Elias precisa de sair de casa para:

- Ir á Biblioteca devolver um livro;
- Ir ao Banco pagar uma conta;
- Ir a casa da Helena ajuda-la com o jardim.

O Elias precisa de sair de casa para:

- Ir ao CTT enviar uma carta;
- Ir á Farmácia comprar alguns medicamentos;
- Ir ao Supermercado comprar legumes;
- Ir ao Hospital entregar uns exames.

O Elias precisa de sair de casa para:

- Ir ao Hospital levantar uma receita para os seus medicamentos;
- Ir á Farmácia buscar os medicamentos da receita que levantou no Hospital;
- Ir á Biblioteca comprar um livro para a Helena;
- Ir a casa da Helena dar-lhe o livro.



Letras ao Molho

➤ **Reorganize as letras de maneira a formarem uma palavra.**

AASC

ORCPO

ALUITQN

RLFO

NRAPE

EAXIL

RARCO

OPCAM

ÇCLAAS

BCROA

LEDAP

RIJAMD

MPTEO

AORD

ENSNUV

POHLREO

AASTOP

DAAALPM

ENLAJA

LPAANE

EOXOIFLN

RPOTA

CBOORTRE

CABLEO

ODTLHEA

AOMDTA

OUAPR

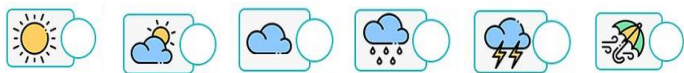
AACM

OOBCIM

CTAANE

Anexo XIV– Sessão nº 5 – Saber Popular

Dia	Mês	Ano



Nome: _____

Saber Popular

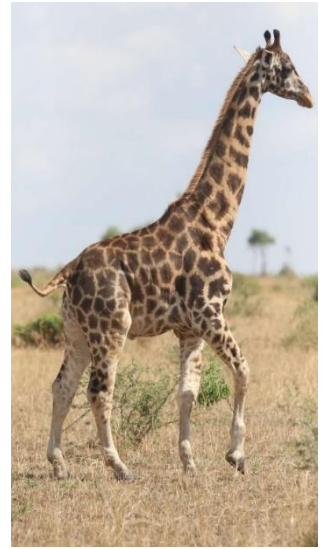
➤ **Complete os seguintes provérbios populares.**

1. A esperança é a última a _____.
2. Casa que não é _____ não é governada.
3. Em terra de _____ quem tem um _____ é rei.
4. Depois da _____ aparecem os _____.
5. _____ aos bons, serás _____ deles, chega-te aos maus,
_____.

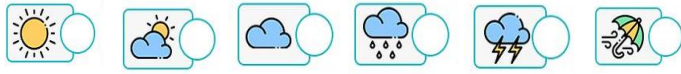
Jogo da Memória

➤ Exemplo das cartas de jogo





Anexo XVII– Sessão nº 6 – Sinais



Dia	Mês	Ano

Nome: _____

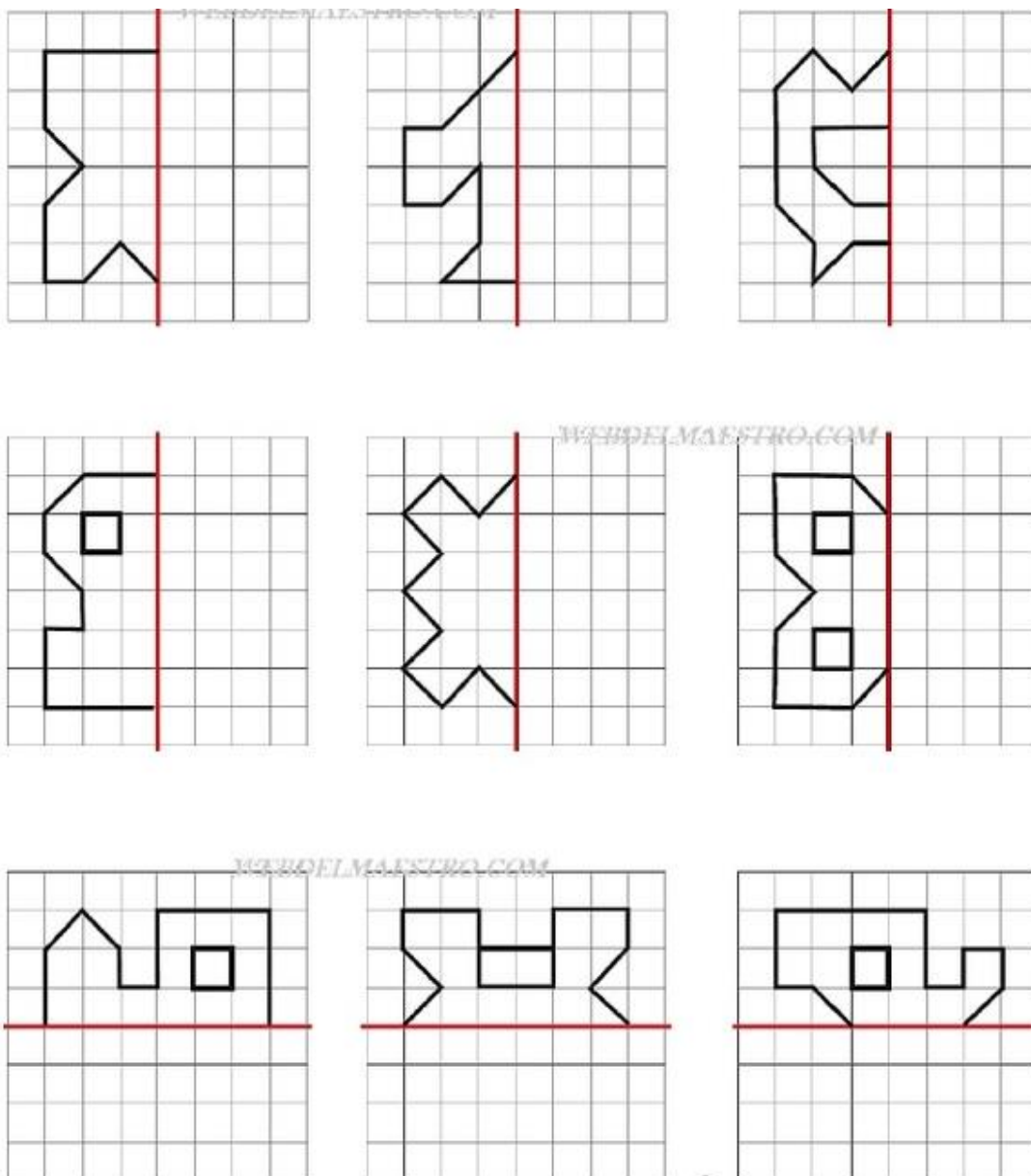
Sinais

➤ **Identifica os sinais.**

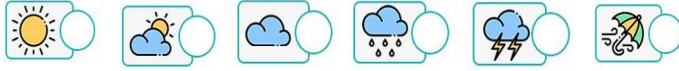


A Outra Metade

➤ Complete a imagem.



Anexo XIX – Sessão nº 7 – A Figura Igual









































































Dia	Mês	Ano

Nome: _____

A Figura Igual

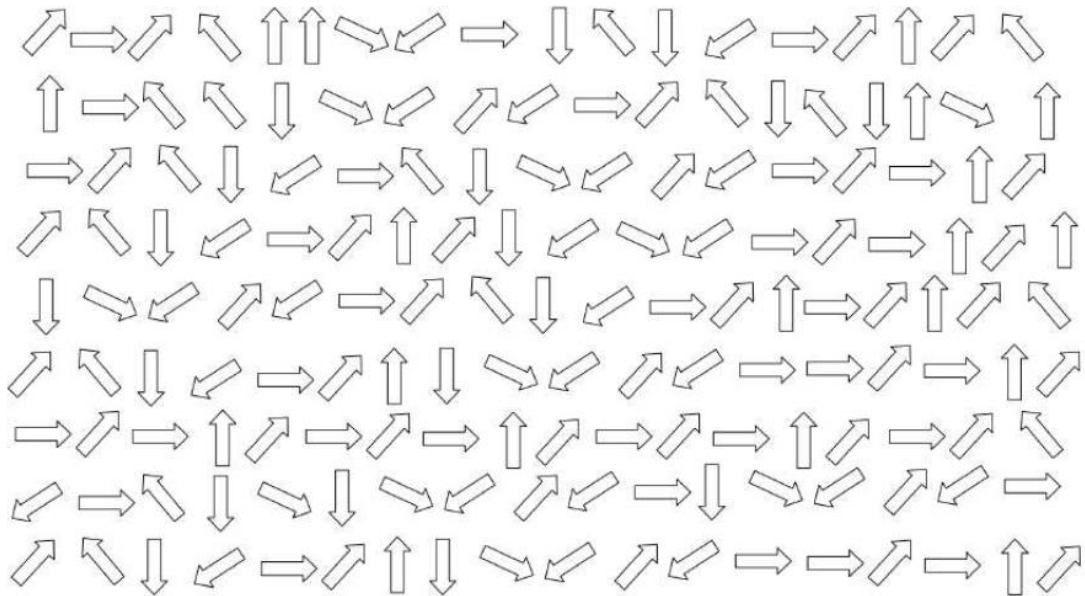
➤ Encontre a seguinte figura: 

➤ **Encontre a seguinte sequência: ? . !**

?	,	!	<	?	.	!	.	?	+
+	?	.	!	>	^)	/	?	.
?	.	.	/	&	\$;	*	,	"
]	?	.	!	.	?	.	!	+	-
^	+	?	.	!	.	?	+	-	!
?	.	!	;	»	+	?	.	^	&
)	?	.	(?	.	!		.	?
?	,	!	<	?	.	!	.	?	+
+	?	.	!	>	^)	/	?	.
?	.	.	/	&	\$;	*	,	"
]	?	.	!	.	?	.	!	+	-
^	+	?	.	!	.	?	+	-	!
?	.	!	;	»	+	?	.	^	&
)	?	.	(?	.	!		.	?

➤ **Encontre todas as setas:** 



Sopa de Letras

➤ **Encontre todos os países.**

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

PORTUGAL	MALASIA
ESPAÑA	LUXEMBURGO
HOLANDA	ANDORRA
ALEMANHA	CHILE
ITALIA	
BRASIL	
ANGOLA	
INDIA	
CHINA	
QUENIA	
AUSTRALIA	
TURQUIA	
MARROCOS	
INDONESIA	
RUSSIA	

➤ **Encontre todos os alimentos.**

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

ARROZ	OVOS
AVEIA	PEPINO
BATATA	PORCO
BETERRABA	QUEIJO
CEBOLA	TOMATE
CENOURA	VITELA
COUVE	
ERVILHA	
ESPINAFRE	
FAVA	
IOGURTE	
LEITE	
LENTILHA	
MILHO	
NABO	

Anexo XXI– Sessão nº 7 – Bingo

Bingo

➤ Exemplo dos cartões do Bingo

24		39	4		
	50			26	
6		42		12	48
	15		1	34	

Anexo XXII– Sessão nº 8 – Sinónimos e Antónimos



Dia	Mês	Ano

Nome: _____

Sinónimos e Antónimos

➤ **Escreva o sinónimo das palavras apresentadas.**

Grande →

Bonito →

Limpo →

Rápido →

Alegre →

Próximo →

Calmo →

➤ **Escreva o antónimo (contrário) das palavras apresentadas.**

Alegre →

Mau →

Forte →

Rico →

Escuro →

Rápido →

Complicado →

Rimar e Encantar

➤ Exemplos dos cartões.

Canta

Viver

Dormi

Feliz

Lata

Rainh

Coraçã

Anel

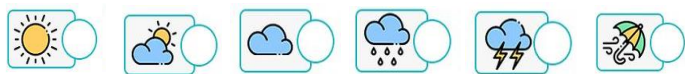
Pilha

Era uma vez...

➤ **Imagens ilustrativas**



Anexo XXV – Sessão nº 9 – Qual é a ordem?



Dia	Mês	Ano

Nome: _____

Qual é a ordem?

➤ Coloque por ordem as 3 imagens de cada linha.



















Sem C

- Leia as palavras que se seguem exceto as que comecem com a letra C.

Carro	Sabedoria	Unha
Comboio	Queda	Pé
Ambulância	Queixo	Cadeira
Paisagem	Queimar	Colher
Carrinha	Queixar	Escadas
Camião	Comer	Árvore
Comida	Brinde	Nabo
Panela	Mala	Pomar Começar
Tesoura	Calçado	Fruta
Tapete	Sapatilha	Sofá
Botão	Caixa	Cobertor
Balde	Cão	Chinelos
Pá	Flores	Chocolate

Anexo F – Formação/*Workshop* “Conversas de Bata Branca”

Conversas de Bata Branca

Plano de Formação - Workshop

Estagiárias Inês Eusébio e Inês Rocha;

Dr.^a I. B.

Índice

<u>Síntese de Pertinência</u>	65
<u>1. A Comunicação</u>	66
<u>1.1. A Comunicação Verbal e Não-verbal</u>	68
<u>1.1.1 Aspetos não verbais do discurso</u>	69
<u>2. A Comunicação em Contextos de Saúde</u>	71
<u>3. A Comunicação / Relação entre Profissionais de Saúde</u>	73
<u>4. A Comunicação / Relação com os Utentes</u>	76
<u>5. A Comunicação / Relação com a Família</u>	79
<u>Objetivos Gerais</u>	81
<u>Critérios de Inclusão dos Participantes</u>	81
<u>Estrutura da Formação / <i>Workshop</i></u>	81
<u>Planos de Sessão</u>	82
<u>Referências Bibliográficas</u>	86

Síntese de Pertinência

O Plano de Formação/*Workshop* “Conversas de Bata Branca” tem como objetivo informar e dar a conhecer a importância da comunicação/relação em contexto hospitalar.

Este Plano de Formação/*Workshop* será ministrado a Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Técnicos de Ação Social, Terapeuta da Fala e Auxiliares de Ação Médica das Unidades de Convalescença e da Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Esta formação/*Workshop* visa demonstrar a importância de uma comunicação eficaz, com o propósito de os formandos adquirirem competências de comunicação relevantes para a sua atuação enquanto profissionais de saúde. Assim, a comunicação surge como elo fulcral da relação utente-profissional de saúde e profissional de saúde-familiares.

Posto isto, e tendo por base a literatura, consideramos que seria fundamental abordar questões como: a comunicação (em geral e em contextos de saúde); a comunicação verbal e não verbal; a comunicação/relação com os utentes, entre profissionais de saúde e com os familiares.

1. A Comunicação

"Actividade ou inactividade, palavras ou silêncios, tudo possui um valor de mensagem, influenciam alguém, estes por sua vez não podem ficar indiferentes a essa comunicação logo também estão a comunicar" (Watzlawick cit in. Alves, 2003).

A comunicação é uma característica intrínseca ao ser humano, constituindo um dos elementos fundamentais das relações interpessoais, sendo estas eficazes ou não consoante a capacidade de comunicação/compreensão do indivíduo.

A comunicação é um conceito complexo de definir pela sua multidisciplinaridade, sendo universalmente aceite que este é um processo que não se restringe apenas ao ser humano, mas que todos os seres vivos encontram formas de comunicarem entre si (Alves, 2003).

É impossível não comunicar, na medida em que tudo é comunicação (Rego, 2007). Este processo não ocorre apenas quando existe intencionalidade ou conscienciosidade, pelo que pode não haver uma compreensão mútua de que o processo realmente está a suceder. Posto isto, é possível constatar a impossibilidade de não comunicar, sendo este um procedimento que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos. Este ato de partilha, não se resume apenas ao seu conteúdo, mas também inclui sentimentos e emoções, e se for eficaz pode conduzir à mudança.

Para este processo ocorrer é necessário que haja um emissor, um canal de transmissão e um recetor. O emissor é o sujeito responsável pela mensagem, que a codifica e envia. Cria, desenvolve, produz e emite uma determinada mensagem, que deve ser clara e inteligível para o destinatário; o recetor sujeito que recebe e descodifica a mensagem, ou seja, a quem se destina a mensagem e que lhe atribui um determinado significado; a mensagem é o conjunto de informação transmitidas e cuja formulação implica uma "codificação" e compreensão, que supõe uma "descodificação" (Dias, 2004).

Para que este ato de comunicação se realize é necessário que:

- O emissor e o recetor partilhem de um mesmo código para o processamento da descodificação;
- Que a relação entre o emissor e o recetor seja bilateral;
- Que a mensagem seja percebida como portadora de um significado e, por isso, conduzir a um ato cognitivo;
- Que haja flexibilidade na adaptação à situação, não esquecendo que o diálogo é fundamental;
- O esquema de comunicação não se desligue do ambiente em que se realiza (o contexto, o ambiente, os participantes, o tipo de atividade e a linguagem) pois estes vão influenciar o processo de comunicação (Bitti & Zani, 1997).

Quando a comunicação é ineficaz significa que algo correu mal neste processo ou que existiu uma barreira à comunicação, relacionada com o emissor e/ou com o recetor. Neste sentido, existem fatores que podem afetar a eficiência da comunicação. Por sua vez, a comunicação é eficaz quando o significado da mensagem enviada pelo emissor tem o mesmo significado da mensagem recebida pelo recetor (Dias, 2004).

Desta forma, existem formas de atuar que podem fazer com que a comunicação seja eficaz e eficiente: credibilidade (transmitir informação que seja aceite pelo emissor, envolvendo compreensão e confiança), naturalidade (espontaneidade), emoção (dedicação e entusiasmo que se dedica a um determinado assunto), conhecimento (domínio do assunto), conduta (gestos, palavras, tom de voz, olhar...), respiração (fundamental para o sucesso da voz), volume (utilização do volume adequado ao ambiente), velocidade (determinada pelo interesse do orador e pela pessoa com quem mantemos o ato comunicativo) e ênfase (funciona como forma de chamar a atenção e de realçar a importância) (Fachada, 2018).

1.1. A Comunicação Verbal e Não-verbal

O processo de comunicação consiste em dois tipos de linguagem: verbal e não-verbal que o emissor/remetente usa para partilhar informações (Silva, 2017).

O método comunicativo é caracterizado como um ato especializado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilização, aceitação e empatia entre os sujeitos, num universo que engloba a dimensão verbal e a não-verbal. Neste processo, são fulcrais o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre os profissionais de saúde e os utentes (Braga & Silva, 2007).

A linguagem verbal reporta-se à mensagem falada e escrita (discurso), no qual são utilizados sons e signos linguísticos (palavras) para esta forma de comunicação (Jackobson, 2001; Agostinho et al., 2010). Ou seja, na comunicação verbal algumas mensagens podem ser transmitidas pela fala, como a voz, como qualquer som, por sua vez a voz tem propriedades físicas clássicas como intensidade, altura e timbre (Silva, 2017) e esta torna-se eficaz quando há compreensão entre emissor e recetor (Phaneuf, 2005).

A linguagem não-verbal desempenha distintas e relevantes funções no comportamento social do ser humano (Monteiro et al., 2008). A dimensão não-verbal envolve todas as manifestações comportamentais não expressas por palavras, cujo significado encontra-se vinculado ao contexto em que ocorre (Stefanelli, 1993). Os sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos (Silva, 2002) (Ex: Um doente pode dizer que se sente bem e, contudo, contrair o rosto ao movimentar-se e manter o corpo rígido indicando sofrimento) (Paiva, 2019).

Desta forma, a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao sujeito perceber e compreender não apenas o que significa as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente (Rego, 2007).



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sendo através da linguagem não-verbal que, na maioria das vezes, o doente

exprime as suas sensações, emoções, sentimentos e que complementa o que verbaliza através das

palavras (Potter & Perry, 2006). Face a tais factos, a mensagem não-verbal é um dos aspetos mais relevantes no relacionamento profissional de saúde – paciente (Mazza, 1998).

Sendo de notar que, uma adequada interação entre a comunicação verbal e não-verbal oferece maior qualidade ao relacionamento interpessoal e deve ser utilizada pelos profissionais de saúde de forma consciente.

1.1.1 Aspetos não verbais do discurso

✓ Postura e Atitude

O facto de o profissional de saúde virar a cara e o corpo na direção do utente poderá marcar um sinal de interesse. Neste sentido, Phaneuf (2005) refere, enquanto se preserva uma determinada descontração, uma postura levemente inclinada sobre o doente, ele torna-se naquele momento o centro das preocupações. A orientação do corpo traduz, assim, a atenção. Nas relações humanas, o sinal de inclinação perante outra pessoa significa interesse e procura (Paiva, 2019).

Gestos e Toque

Os gestos e os comportamentos, enquanto prestadores de cuidados, espelham similarmente o estado interior. Por consequente, é imperioso ter-se cuidado com as atitudes e os comportamentos suscetíveis de colocar o utente pouco à vontade (Roter et al., 2006).

Por sua vez, o toque é uma forma possante de comunicação não-verbal, na qual, veicula a compreensão, mais do que as palavras ou gestos. O toque terapêutico é uma forma especial de terapia, utilizada maioritariamente pelos enfermeiros para efetuarem a avaliação do nível de saúde, reduzir a dor e promover o relaxamento (Edelman &



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mandle, 1998, cit. in Potter & Perry, 2006). O toque é também benéfico para acalmar o utente, transmitindo calma e conforto (Gomes et al., 2006).

Desta forma, o toque pode ajudar o utente a “abrir-se” à relação terapêutica e facilitar o estabelecimento de uma comunicação de confiança.

✓ Contacto Visual e Expressão Facial

O ato de comunicar consiste, a priori, na partilha de um olhar com o utente, em trocar com o sujeito a expressão do sentido profundo que se atribui mutuamente ao que é falado/dito (Phaneuf, 2005). Desta forma, o contacto visual espontâneo e direto por parte dos profissionais de saúde é um indício de uma comunicação honesta e autêntica, significando a consideração que se tem pelo utente e o interesse em estar ali com ele (Paiva, 2019).

Já a face humana é móvel, cheia de expressão e transmissora de reações. As palavras têm sempre um impacto sobre o interlocutor que as recebe. O inconsciente pode interpretá-las positivamente ou negativamente, segundo as circunstâncias e o “espaço” emotivo prévio. Ou seja, voluntária ou involuntariamente, a mimica e os traços da face do profissional de saúde entram em “jogo” para comunicar a abertura, a compreensão e o interesse pelo utente (Phaneuf, 2005).

2. A Comunicação em Contextos de Saúde

A comunicação em saúde, segundo Fishhoff & Noel (2010) é considerada uma arte ou técnica de informar, influenciar e motivar as pessoas, instituições, públicos e audiências sobre importantes questões de saúde. Com objetivo, primordial, a prevenção de doenças, ajuda na adaptação psicológica; sugerir e recomendar mudanças de comportamento; promoção e educação para a saúde, políticas e cuidados de saúde, tal como o aumento da qualidade de vida e a saúde dos indivíduos (Silva, 2017; Teixeira, 2004).

Para Schiavo (2012), a comunicação em saúde consiste numa abordagem multifacetada e multidisciplinar, ligada à informação, que tem como objetivo apresentar, adotar ou preservar um determinado comportamento, prática ou política que permitam melhorar os resultados na área da saúde, esforçando-se continuamente, para alcançar as mais diversificadas populações.

A comunicação em contextos de saúde é um tema transversal que impõe uma profunda compreensão e conhecimentos multidimensionais, nomeadamente sobre as preferências, perceções, necessidades, grupos de preferências e os padrões da população-alvo (Silva, 2017).

A importância dos processos de comunicação em saúde é justificada pelo seu carácter transversal (a várias áreas e contextos de saúde, quer nos serviços de saúde quer na comunidade); central (na relação que os técnicos estabelecem com os utentes no quadro da prestação dos cuidados de saúde); e estratégico (relacionado com a satisfação dos utentes) (Teixeira, 2004).

A comunicação efetiva em saúde apresenta uma influência importante a nível individual e a nível comunitário. A nível individual auxilia na tomada de consciência de ameaças para a saúde, podendo influenciar a motivação para a mudança visando a redução dos riscos; reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protetores da saúde e pode, ainda, ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde. A nível da comunidade verifica-se a probabilidade de promover mudanças positivas nos ambientes



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

socioeconómicos e físicos, de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida (Teixeira, 2004).

Por sua vez, a comunicação nos diversos contextos de saúde pode influenciar os comportamentos de adesão às recomendações de saúde (adesão medicamentosa e a exames para rastreio, diagnóstico e/ou controlo de doenças, bem como a medidas terapêuticas e de reabilitação), desenvolvimento de autocuidados na doença crónica e adesão a comportamentos preventivos relevantes para reduzir riscos para a saúde a nível alimentar, sexual, etc., e para adoção de estilos de vida mais saudáveis (Teixeira, 2004).

Além de propiciar uma relação terapêutica fundamental para uma boa evolução do paciente. Sendo, a relação terapêutica definida como uma habilidade do profissional de saúde em ajudar os pacientes a enfrentar situações de stress, conviver com os outros pacientes, ajustar-se à realidade face o seu diagnóstico e favorecer o processo de tratamento tornando-os potencialmente autónomos. A comunicação constitui-se, assim, um instrumento indispensável na prática dos profissionais de saúde (Rossi & Batista, 2006).

Desta forma, ampla e global, a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias para informar e influenciar as decisões das pessoas e das comunidades de forma a promover qualidade a nível da saúde (Teixeira, 2004).

3. A Comunicação / Relação entre Profissionais de Saúde

O ato de comunicar em contexto hospitalar não é exclusivo e unicamente da responsabilidade de uma pessoa, mas sim de toda uma equipa. (Pimenta et al., 2006). O conceito de equipa de saúde dentro de uma organização (centro de saúde, hospital ou serviço) é tida como uma realidade estrutural de qualquer sistema de saúde (Instituto Português da Qualidade, 2004).

A equipa de saúde a nível hospitalar é, usualmente, composta por diversos profissionais, incluindo: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistente social, auxiliar de saúde, entre outros.

A integração da equipa de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado prestado alcancem a amplitude do ser humano/utente, tendo em consideração as diversas necessidades do mesmo. Desta forma, o trabalho em equipa mostra-se fundamental para o atendimento a nível hospitalar, na medida em que a equipa multidisciplinar estabeleça uma integração positiva, para que o utente seja acolhido como um todo, e receba um atendimento humanizado, centrado nas suas necessidades (Alves, 2011).

É de considerar a importância do contributo de cada elemento da equipa, contudo, importa estar ciente da possibilidade de ocorrências de falhas na transmissão de informação, sendo as passagens de turno um momento crucial de comunicação, onde por vezes sucede perda de informação ou sofre influencia de perspetivas individuais (Alves, 2011).

Segundo Covell (1985), citado por Coiera e Parker (2000) descreve que cerca de cinquenta por cento da informação é adquirida através de colegas ou outro elemento da equipa em vez de ser consultada no processo clínico do utente, subentendendo uma relação quase cega de confiança, sendo deste modo privilegiada a interação através do diálogo.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

É de notar os desafios de uma sociedade de informação e conhecimento que se

reportam, essencialmente, à necessidade absoluta de diálogo, de comunicação entre profissionais. Pois, falhas na comunicação pode comprometer a segurança do utente e conduzir à ocorrência de morbilidades e, inclusivamente, mortalidade. Desta forma, a

segurança e a qualidade dos cuidados encontram-se muitas das vezes comprometidas pela comunicação entre os profissionais de saúde (Alves, 2011).

Segundo Duffy et al. (2004), a comunicação em equipa deve incluir competências como:

- a) Dialogar com elementos de diferente autoridade;
- b) Clarificar as mensagens recebidas e enviadas;
- c) Ter em atenção as funções de cada um e o tipo de relações.

Hobgood et al. (2002) também identifica competências interpessoais e comunicacionais necessárias à relação em equipas de profissionais de saúde:

- a) Demonstrar capacidade de utilizar corretamente a informação transmitida pelos outros profissionais;
- b) Demonstrar participação e liderança em equipa;
 - c) Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e de idade dos elementos da equipa;
 - d) Demonstrar capacidade de escutar e de questionar, tal como de transmitir informação de forma verbal, não verbal, escrita e utilizando a tecnologia disponível;
- e) Demonstrar capacidade de negociação e de gestão de conflitos.

O trabalho em equipa bem-sucedido, com base numa comunicação efetiva entre os profissionais, constitui um motivo de satisfação profissional e pessoal. Para tal, é fundamental que cada um reconheça o seu papel e o dos outros, bem como as competências a que cada um diz respeito, atuem de forma interdependente e que o seu foco seja o doente como um todo, na satisfação das suas necessidades e expectativas (Alves, 2011).

4. A Comunicação / Relação com os Utentes

A comunicação realizada pelos profissionais de saúde poderá ter um grande impacto no utente, influenciando este na forma como irá lidar com a sua própria situação clínica, e como irá avaliar os cuidados recebidos.

A interação com o utente, pode ser fragmentada em duas partes: a parte emocional e afetiva, responsável pelo estabelecimento de uma relação terapêutica entre profissional e utente, e a parte curativa, mais instrumental e técnica, que se caracteriza pela prevenção, diagnóstico e o tratamento da doença (Greenhalgh & Heath, 2010).

Durante a prestação de cuidados ao utente, seja por meio de consulta ou outras intervenções, é comum existirem dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e utentes. Isto é, enquanto os profissionais de saúde estão direcionados para a sintomatologia, diagnóstico, exames necessários e possíveis intervenções, os utentes orientam as suas preocupações para as razões, causas e possíveis consequências da doença (Teixeira, 2004).

Os problemas de comunicação entre profissionais de saúde e utentes podem estar relacionados com três aspetos fundamentais (Teixeira, 2004):

- **Transmissão de informação pelos profissionais de saúde:** como por exemplo informação insuficiente, imprecisa, ambígua ou excessivamente técnica;
- **Atitudes dos profissionais de saúde e dos utentes em relação à comunicação:** associado à atenção e escuta das preocupações dos utentes e indução a atitudes passivas por parte do mesmo;
- **Comunicação afetiva dos profissionais de saúde:** relacionado com o evitamento de temas difíceis, desinteresse pelas preocupações do utente e dificuldade em oferecer apoio emocional;
- **Literacia de saúde dos utentes:** associado a dificuldade de compreensão, por parte do utente, do seu próprio estado de saúde, assim como nas medidas a tomar para a mudança.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estas dificuldades referidas podem criar consequências relativas à insatisfação dos

utentes com a qualidade dos cuidados de saúde, ocorrência de erros de avaliação, porque não são identificadas queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação e/ou

psicopatologias, baixa adesão ao tratamento, acréscimo da dificuldade no confronto e adaptação à doença e comportamentos inadequados de procura de cuidados (Teixeira, 2004).

Posto isto, é importante que os profissionais de saúde sejam dotados de competências interpessoais pois estas são um forte determinante na satisfação dos utentes, bem como na sua participação e adesão o que, por sua vez, influencia positivamente os resultados de saúde (Simpson et al., 1991).

Algumas das competências consideradas importantes na comunicação com os utentes são (Hobgood et al., 2002):

- Escuta ativa, empatia, objetividade, controlo da dor, resolução de problemas, autocontrolo, autorrevolução e reações a situações negativas;
- Capacidade de desenvolver com o utente e a sua família uma relação terapêutica efetiva;
- Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e relacionadas com a idade;
- Demonstrar capacidade de desenvolver estratégias de comunicação flexíveis e específicas para cada situação clínica;
- Motivá-lo na procura de cuidados de saúde;
- Demonstrar capacidade de negociação e resolução de conflitos.

A comunicação não verbal apresenta também um grande impacto para os utentes e as suas características podem ser definidas pelo (Dockrell cit in. Knapp, 1994):

- Contacto visual com o utente (transmite confiança);
- Tom de voz, que não deve ser nem muito baixo ou muito alto;
- Expressão facial e toque físico, como por exemplo segurar a mão.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Outras formas de comunicação não verbal podem incluir gestos, movimentos do

corpo e da face, postura, e até mesmo o silêncio. O profissional de saúde, ao colocar-se ao mesmo nível do utente, transmite a intenção de cuidar, de escutar e o sentimento de empatia. O toque físico pode ser entendido como um sinal de afeto, transmitindo para o utente presença e disponibilidade do profissional, dando oportunidade ao doente para expressar os seus medos e preocupações. Desta forma, o utente sente-se compreendido (Alves, 2011).

A Comunicação / Relação com a Família

A família, atualmente, não se resume apenas à ligação por consanguinidade, podendo ser também definida segundo laços emocionais, proximidade geográfica ou por uma rede de apoio a uma pessoa, ou seja, a família é determinada pelo próprio indivíduo ou pelo seu representante (Phipps, 2003). É nesta onde ocorre a identificação primária da pessoa, e é no seu seio que se desenvolveu desde a ancestralidade, a preocupação pelo cuidar como responsável pela manutenção da vida e do bem-estar dos seus membros (Collière, 1999).

Quando um elemento da família é hospitalizado, por motivo de doença, pode causar *stress* e ansiedade nos restantes membros, levando a alterações do seu estilo de vida. A gravidade muitas vezes está associada ao papel desempenhado pelo elemento doente (Conceição & Ramos, 2004).

Neste período de hospitalização, é necessário que a família se adapte a esta nova realidade, contudo, é importante referir que tanto a família como a doença influenciam-se mutuamente num processo contínuo de coevolução (Galera & Luís, 2002), sendo que a família ao dar apoio físico, emocional, social e económico, ajuda a que o doente realize uma melhor adaptação à hospitalização (Saiote, 2010, p.11).

A forma como cada família reage perante a doença e a hospitalização é influenciada pela estrutura familiar, pelo momento do ciclo vital em que a família/pessoa se encontra, pela própria doença, vivências anteriores, comunicação intrafamiliar, cultura, etnia, religião, rede de apoio paralela da família e a forma como o doente reage a esta nova situação (Alves et al., 2007).

Se a intervenção realizada for centrada na pessoa, na sua autonomização e nas suas necessidades, atendendo à sua individualidade e responsabilização, esta transição pode ser percebida como momento complexo de aquisição de competências e ganhos, para o utente e para a sua família (Meleis, 2010).

Desta forma, a família deve passar a ser parte do processo de cuidados e esta relação deve ser baseada na negociação entre as partes e no respeito pela autonomia do outro (Gomes, 2009), ou seja, trabalharem ambos, os profissionais de saúde e a família,



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

para o mesmo objetivo num processo contínuo e cooperativo de partilha de significados, saberes e

experiências, na base do respeito pelos papéis de cada um e da sua autonomia e individualidade (Dinis, 2006; Gomes, 2009).

É ainda importante referir que, relativamente à família, é necessário comunicar a realidade e tornar consciente a gravidade da situação, através de informações precisas e claras de maneira a assegurar o seu entendimento e encorajá-los na sua tomada de decisão. Para estes é importante o diálogo com os profissionais de saúde, de forma que se sintam serenos, tranquilos e seguros pelo que a sua integração no processo terapêutico pode reduzir sentimentos de medo e ansiedade (Borges, 2015).

Objetivos Gerais

A formação/workshop “Conversas de Bata Branca” visa promover a aquisição, atualização e o aperfeiçoamento de competências, transferíveis para a sua prática profissional.

O workshop tem como objetivo geral: refletir sobre a importância da comunicação/ relação em contexto hospitalar.

Critérios de Inclusão dos Participantes

Os critérios de inclusão dos participantes respeitam ser profissional de saúde; pretender adquirir competências no âmbito da comunicação/relação em contexto hospitalar e trabalhar na Unidade de Convalescença e na Unidade de Media Duração e Reabilitação.

Estrutura da Formação/*Workshop*

A formação/*workshop* será efetuada por um plano de duas sessões, com duração de 45 minutos.

Planos de Sessão

Sessão 1 – O que é a comunicação? (45 minutos)

Objetivo Geral

No final da sessão, os participantes deverão ser capazes de descrever a Comunicação e a sua importância, de forma global, identificando os aspetos essenciais da Comunicação em Contextos de Saúde.

Objetivos Específicos

No final desta sessão, os participantes deverão ser capazes de reconhecer os tipos de comunicação existentes e a sua importância, assim como compreender a relevância da comunicação verbal e não-verbal.

Descrição da Atividade/Dinâmica

Título: Visualização de Vídeo

Descrição da atividade/dinâmica: A atividade desta sessão consistirá na visualização pequenos vídeos. O objetivo desta atividade é que os participantes reflitam e analisem, conseguindo identificar ou reconhecer que aspetos não verbais da comunicação estão presentes, sugerindo uma interpretação para os mesmos. Desta forma, referindo o que eles poderão estar a significar e a sua pertinência.

Esta atividade prática será realizada em grupo e os participantes terão acesso à atividade através de projeção na sala de formação.

Foi selecionada para esta sessão a visualização de pequenos vídeos, por se entender ser o modo mais prático e realista de os participantes compreenderem a importância e a necessidade de estarem atentos à linguagem não verbal que tanto os profissionais como os pacientes comunicam.

Materiais necessários: Computador, Retroprojetor, Microsoft PowerPoint e folheto informativo da sessão.

Duração prevista: 20 minutos

Dificuldades esperadas: Os participantes poderão apresentar dificuldade em identificar determinados aspetos não verbais. Esta dificuldade poderá verificar-se, possivelmente, pelo facto de na sua prática profissional não ser dada tanta atenção a esta questão como deveria, ou não terem a sensibilidade esperada em compreenderem a importância do tema da sessão.

Sessão 2 – A comunicação entre profissionais de saúde, utentes e familiares (45 minutos)

Objetivo Geral

No final da sessão, é esperado que os participantes sejam capazes de diferenciar a comunicação realizada entre a equipa multidisciplinar, os utentes e os seus familiares assim como reconhecer o valor que esta tem para o processo de recuperação.

Objetivos Específicos

No final desta sessão, é esperado que os participantes sejam capazes de identificar os problemas que possam surgir por consequência de uma comunicação deficitária, assim como saber realizar esta da melhor forma, seja entre a equipa multidisciplinar, com os utentes ou com os familiares deste.

Descrição da Atividade/Dinâmica

Título: Debate sobre casos clínicos hipotéticos

Descrição da atividade/dinâmica: A atividade desta sessão consistirá no debate sobre pequenos casos hipotéticos de crises ocorridas por problemas ou falhas na comunicação. Esta atividade tem por objetivo treinar a identificação de problemas de comunicação assim como promover o debate sobre qual a melhor forma de a realizar/corrigir o problema.

Esta atividade prática será realizada em grupo e os participantes terão acesso à atividade através de projeção na sala de formação.

Foram criados 3 casos clínicos que abordam problemas na forma da comunicação. Cada um centralizado sobre os diferentes meios em que podem ocorrer: equipa multidisciplinar, utentes e os seus familiares, de forma a ser possível explorar o tema sobre cada um dos casos.

Materiais necessários: Computador, Retroprojektor, Microsoft PowerPoint e folheto informativo da sessão.

Duração prevista: 20 minutos.

Dificuldades esperadas: Poderão ser apresentadas dificuldades, pelos participantes, sobre qual a melhor forma de proceder em determinada situação. Esta dificuldade pode ser ultrapassada no momento de debate, onde são partilhadas as opiniões e perspetivas dos participantes.

Referências Bibliográficas

- Agostinho, C., Cabanelas, M., Franco, D., Jesus, J., & Martins, H. (2010). Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. *Rev Port Clin Geral*, 26(2), 150-157.
- Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*.
- Alves et al, (2007). Parceria de cuidados: uma forma emergente de cuidar.
- Alves, A. I. (2011). Competências Interpessoais em Saúde: Comunicar para a Qualidade, com o Utente e em Equipa Multidisciplinar.
- Bitti, P. & Zani, B. (1997). *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Borges, D. (2015). A comunicação com a Família em contexto de cuidados intensivos.
- Braga, E. & Silva, M. (2007). Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414.
- Coiera, E. & Parker, J. (2000) – Improving Clinical Communication: a view from Psychology. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Vol. 7, nº 5. Set.-Out. 453-461.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Conceição, M. & Ramos, P. (2004). Visita de referência: cuidados em parceria. In: *Revista Sinais Vitais*, nº26, p. 56 – 59.
- Dias, J. M. (2004). *A Comunicação Pedagógica (6ª Edição)*. Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Dinis, R. (2006). *A família do idoso o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspetiva dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Duffy, F. D. et al., (2004). Participants in the American Academy on physician and patient's conference on education and evaluation of competence in communication and interpersonal skills – Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, Vol. 79, nº6.
- Fachada, M. O. (2018). *Psicologia das Relações Interpessoais (3ª Edição)*. Lisboa: Ed. Sílabo.

Fischhoff, B., & Noel, T. (2010). Communicating risks and benefits. New Hampshire: Office of Disease [ODPHP] Silver Spring.

Galera, S., Luís, M. (2002). Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. In: Revista da escola de Enfermagem USP, 2002, p. 141-147.

Gomes, A., Oliveira, A., Pires, C., Ramos, E., & Alves, E. (2006). Comunicação em Enfermagem. Sinais Vitais, 69: 23-28.

Gomes, I. (2009). A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente crónico no domicílio. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, sob orientação Sr.^a Prof.^a Maria Arminda Costa.

Greenhalgh, T. & Heath, I. (2010). Measuring quality in therapeutic relationship – part 1: objective approaches; part 2: subjective approaches. Quality & Safety in Health Care. British Medical Journal, Vol. 19, nº6.

Hobgood, D. et al. (2002). Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. Academic Emergency Medicine Vol. 9, nº 11. 1257-1269.

Instituto Português da Qualidade (2004). MoniQuor. Lisboa: Qualidade em Saúde.

Jackobson, R. (2001). Linguística e comunicação. S.Paulo: Culturix.

Knapp, M. & Miller, G. (1994). Handbook of interpersonal communication.

Mazza, V. (1998). A comunicação não-verbal como forma de cuidado de enfermagem: ensino e prática.

Meleis, I. (2010). Transitions Theory.

Monteiro, A.C., Caetano, J., Marques, H. & Lourenço, J. (2008). *Fundamentos de comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo.

Paiva, M. L. (2019). Estratégias de comunicação entre o enfermeiro e o utente com demência.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montreal: Lusociência.

Phipps, W. (2003). Doença crónica e reabilitação.

Pimenta, C., Mota, D. & Cruz, D. (2006) – Dor e Cuidados paliativos. Barueri: Editora Manole, p.498. ISBN: 85-204-2403-1.



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Potter, P. & Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos.

Loures: Lusociência.

Rego, A. (2007). Comunicação pessoal e organizacional: teoria e prática. Lisboa: Ed. Sílabo.

Rossi, P. S. & Batista, N. A. (2006). O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 93-102.

Roter, D., Frankel, R., Hall, J., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Journal of General Internal Medicine, 21, S28-S34.

Saiote, E. (2010). A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, Dissertação de mestrado.

Schiavo, R. (2012). Raising the Influence of Community Voices on Health Equity. Journal of Communication in Healthcare.

Silva, M. J. P. (2002). Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola.

Silva, V. L. (2017). Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde. Dissertação de Mestrado.

Simpson, M. et al. (1991) Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. British Medical Journal. Vol. 303, nº30.

Stefanelli, M.C. (1993). Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe.

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. Análise Psicológica, 22(3).



- 01 Comunicação
- 02 Comunicação Verbal e Não-Verbal
- 03 Comunicação em Contextos de Saúde
- 04 Atividade



Comunicação



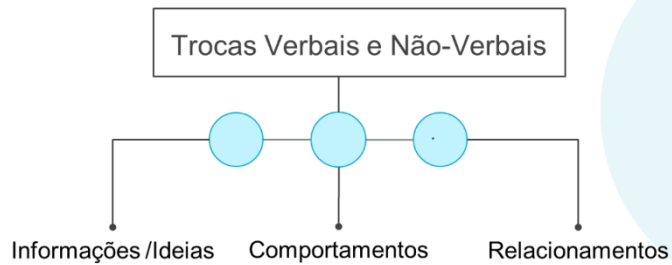
Comunicação

COMPRENSÃO

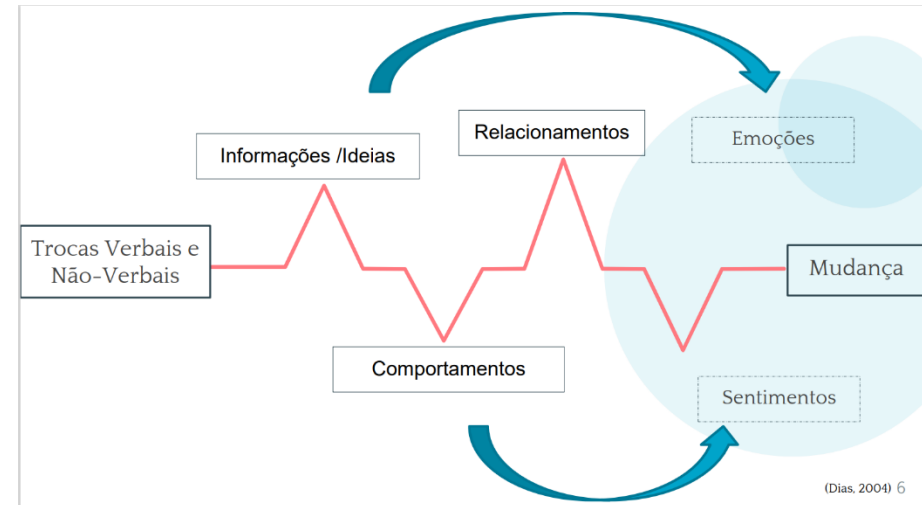
RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

INTEGRAÇÃO

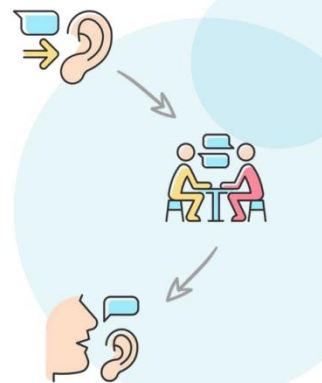
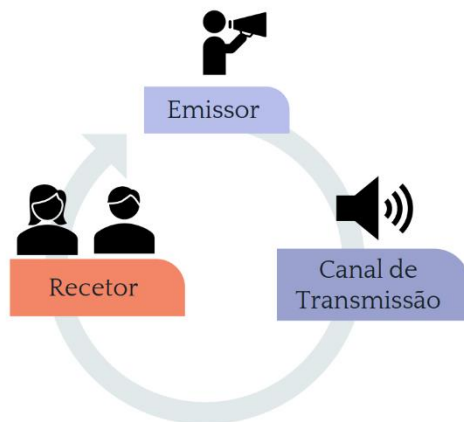
Impossível Não Comunicar!



(Rego, 2007) 5



(Dias, 2004) 6



(Dias, 2004) 7

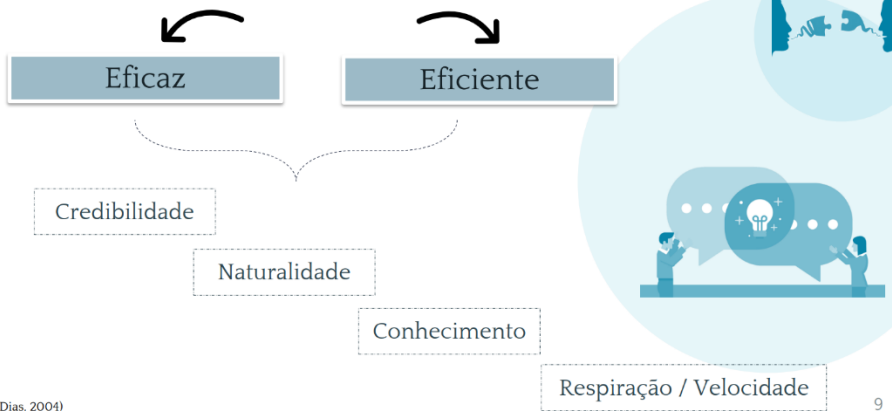
O que é necessário para que a comunicação se realize?

- Emissor e o recetor partilhem o mesmo código para o processamento da descodificação;
- Relação entre o emissor e o recetor seja bilateral;
- A mensagem seja percebida como portadora de um significado;
- Flexibilidade na adaptação à situação, não esquecendo que o diálogo é fundamental;
- O esquema de comunicação não se desligue do ambiente em que se realiza.



(Bitti & Zani, 1997) 8

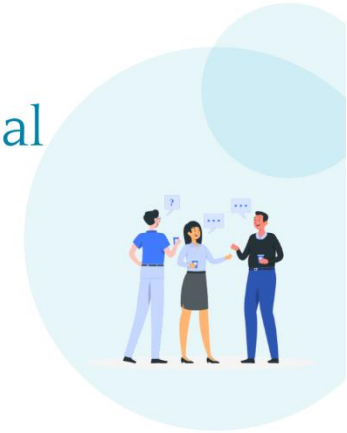
Quando a Comunicação é Ineficaz



(Dias, 2004)

9

Comunicação Verbal e Não-Verbal



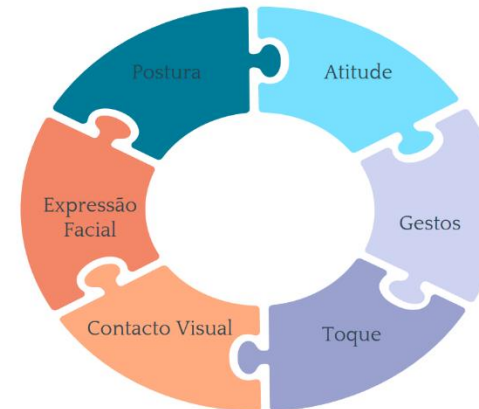
10



(Silva, 2017; Jakobson, 2001; Agostinho et al., 2010)

11

Aspetos Não-Verbais do Discurso



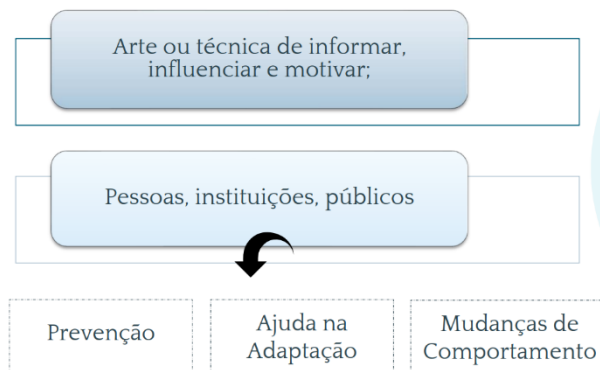
12

Comunicação em Contexto de Saúde



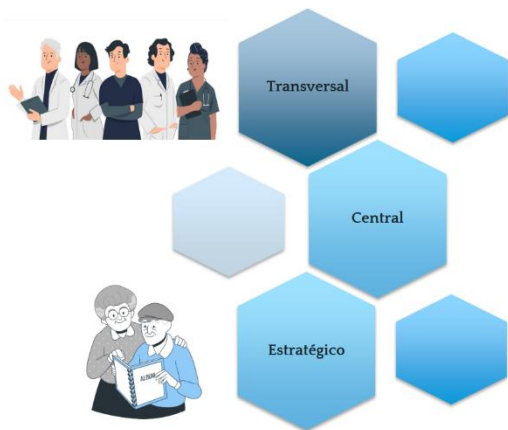
13

Comunicação em Contexto de Saúde



(Fishhoff & Noel, 2010; Silva, 2017; Teixeira, 2004) 14

Importância dos Processos de Comunicação em Saúde



(Teixeira, 2004) 15

Comunicação Efetiva em Saúde



(Teixeira, 2004) 16

Atividade

- <https://www.youtube.com/watch?v=Ykk-0zohTOY>
- <https://www.youtube.com/watch?v=u9MI9OCp6NO>
- <https://www.youtube.com/shorts/V1QJolgh9sE>

17

18

Referências Bibliográficas

- Agostinho, C., Cabanelas, M., Franco, D., Jesus, J., & Martins, H. (2010). Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. *Rev Port Clin Geral*, 26(2), 150-157.
- Bitti, P. & Zani, B. (1997). *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Dias, J. M. (2004). *A Comunicação Pedagógica* (6ª Edição). Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Fischhoff, B., & Noel, T. (2010). *Communicating risks and benefits*. New Hampshire: Office of Disease [ODPHP] Silver Spring.
- Jackobson, R. (2001). *Linguística e comunicação*. S.Paulo: Culturix.
- Rego, A. (2007). *Comunicação pessoal e organizacional: teoria e prática*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Silva, V. L. (2017). *Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde*. Dissertação de Mestrado.
- Teixeira, J. A. C. (2004). *Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes*. *Análise Psicológica*, 22(3).

19



Conversas de Bata Branca

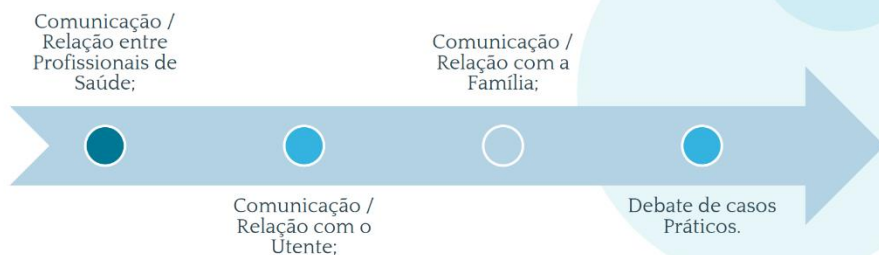
Plano de Formação – Workshop
Sessão 2

Estagiárias Inês Eusebio e Inês Rocha;

Dr.ª I. B.

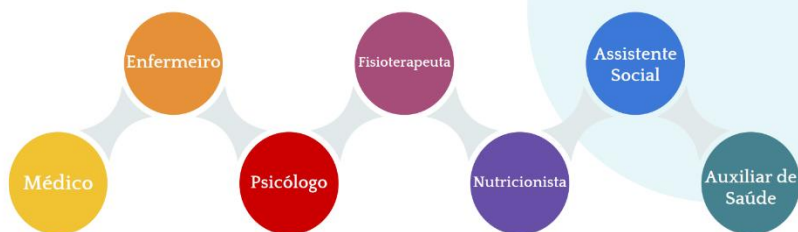
julho de 2022

Índice



2

Equipa de saúde a nível Hospitalar



4

Comunicação/Relação entre Profissionais de Saúde



Quais devem ser as competências de comunicação em saúde?

- Dialogar com elementos de diferente autoridade;
- Clarificar as mensagens recebidas e enviadas;
- Ter em atenção as funções de cada um e o tipo de relações.



Duffy et al. (2004)

5

Quais devem ser as competências de comunicação em saúde?

- Utilizar corretamente a informação transmitida pelos outros profissionais;
- Participação e liderança em equipa;
- Respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e de idade dos elementos da equipa;
- Ter a capacidade de escutar, questionar e transmitir informação;
- Capacidade de negociação e de gestão de conflitos.



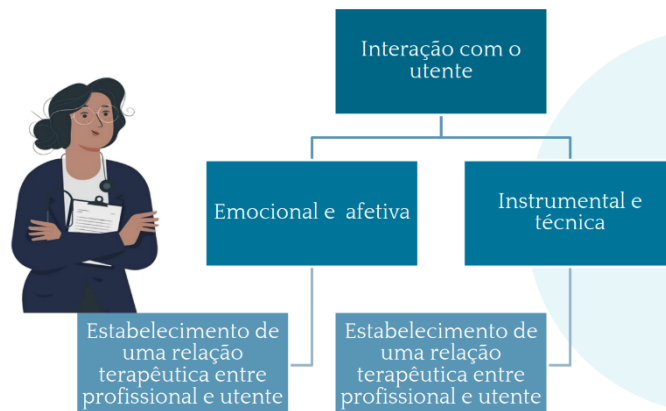
Hobgood et al. (2002)

6

Comunicação/Relação com o Utente



7



(Greenhalgh & Heath, 2010).

8

Quais os problemas de comunicação entre profissionais de saúde e utentes?

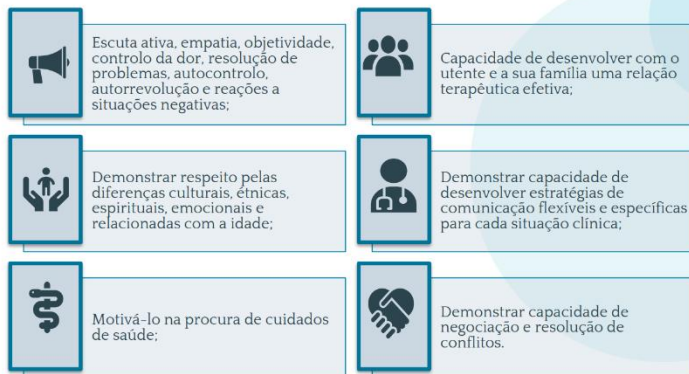


(Teixeira, 2004)



9

Competências importantes na comunicação com os utentes



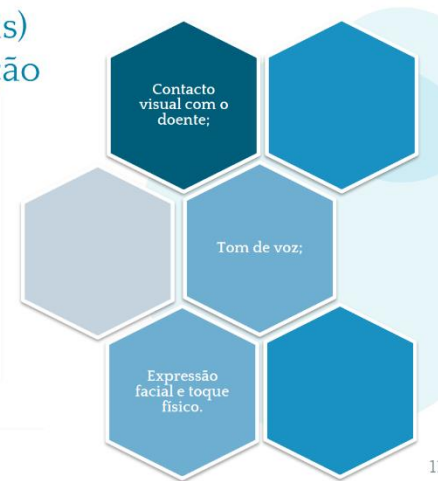
(Hobgood et al., 2002)

10

Competências (não verbais) importantes na comunicação com os utentes



(Dockrell cit in. Knapp, 1994)

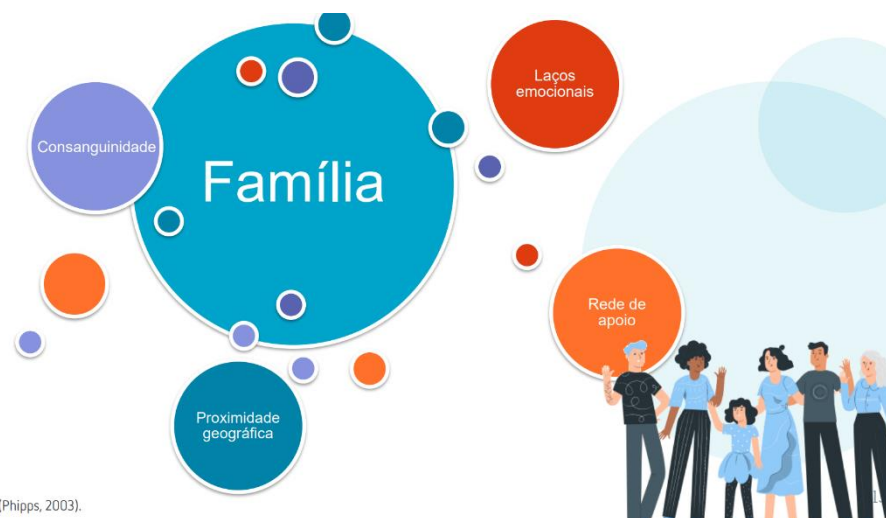


11

Comunicação/Relação com a Família

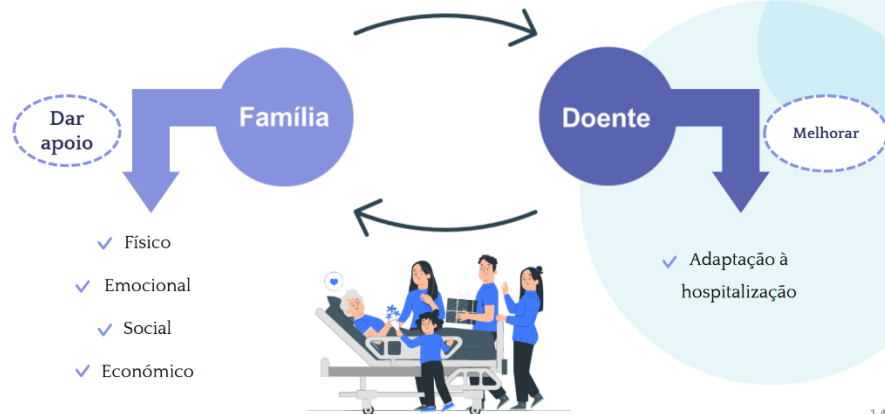


12



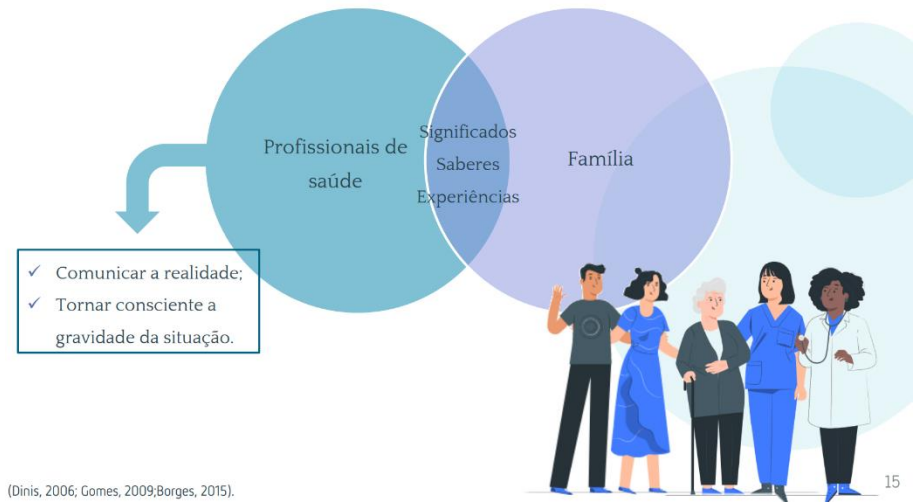
(Phipps, 2003).

Hospitalização de um familiar



(Galera & Luís, 2002; Saiote, 2010, p.11)

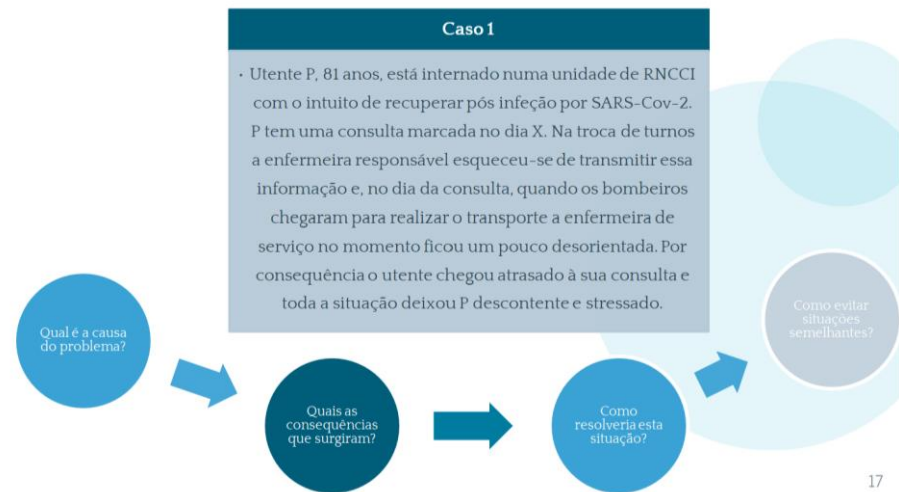
14



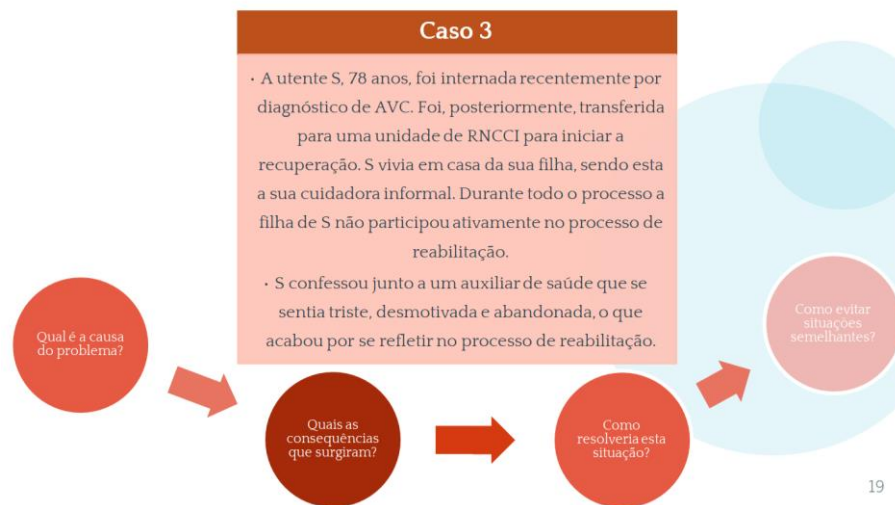
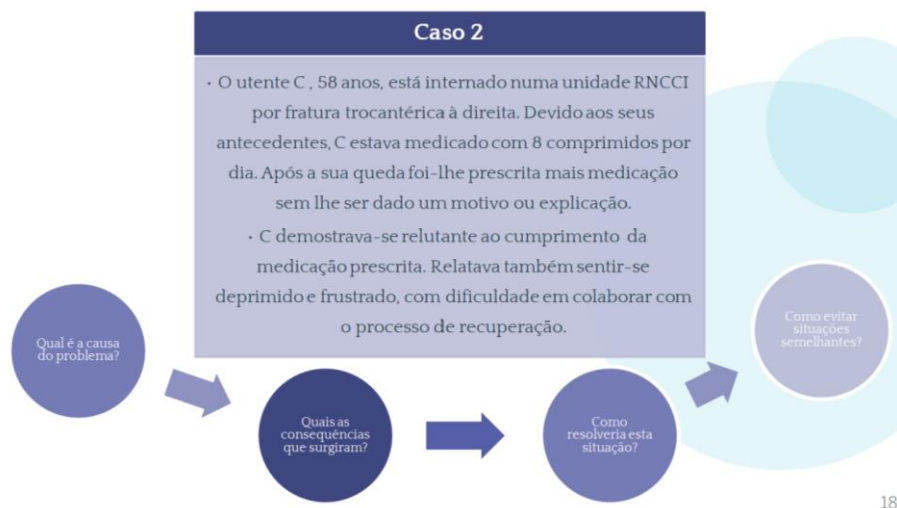
(Dinis, 2006; Gomes, 2009; Borges, 2015).

15

Debate de Casos Práticos



17



Referências

- Borges, D. (2015). A comunicação com a Família em contexto de cuidados intensivos.
- Dinis, R. (2006). A família do idoso o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., Langdon, L., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495-507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>
- Galera, S., Luis, M. (2002). Principais conceitos da abordagem sistémica em cuidados de enfermagem ao individuo e sua família. In: *Revista da escola de Enfermagem USP*, 2002, p. 141-147.
- Gomes, I. (2009). A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente crónico no domicílio. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, sob orientação Sr.ª Prof.ª Maria Arminda Costa.
- Greenhalgh, T. & Heath, I. (2010). Measuring quality in therapeutic relationship - part 1: objective approaches; part 2: subjective approaches. *Quality & Safety in Health Care*. *British Medical Journal*, Vol. 19, nº6.
- Hobgood, D. et al. (2002). Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. *Academic Emergency Medicine* Vol. 9, nº 11, 1257- 1269.
- Knapp, M. & Miller, G. (1994). *Handbook of interpersonal communication*.
- Phipps, W. (2003). Doença crónica e reabilitação.

Referências

- Saiote, E. (2010). A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação de mestrado.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3).

Anexo G – Certificados de Formações/*Workshop's*

Anexo G1 – Workshop “Técnicas de Estimulação Cognitiva no Idoso”

ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal

Avenida da República, 1850, 1º Andar, Sala 3
4430-194 Vila Nova de Gaia



Tlf. + 351 22 32 04 187 | Tlm. + 351 91 04 10 514 | geral@reconstruir.pt

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que **Inês Moreira Eusébio**, portador do Cartão de Cidadão/B.I. nº , participou no **Workshop Online "Técnicas de Estimulação Cognitiva no Idoso"** organizado pelo Gabinete ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal, no dia 28 de outubro de 2021, com a duração de 3 horas.

Vila Nova de Gaia, 28 de outubro de 2021

O Responsável pelo ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal, Entidade Formadora Certificada



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado nº 3959/2021

De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010, de 8 de julho



Anexo G2 –I Jornadas do Serviço de Psicologia – Centro Hospitalar Universitário de São João

I Jornadas do Serviço de Psicologia
Centro Hospitalar Universitário de São João



O Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar Universitário de São João certifica que

Inês Moreira Eusébio

*participou nas I Jornadas de Psicologia, no dia 12 de novembro de 2021,
no Auditório do CIM da FMUP.*

Anexo G3 – Conferência “Humanização em Cuidados Paliativos”

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Jnês Moreira Eugébio

assistiu à conferência **Humanização em Cuidados Paliativos**, organizada pela editora LIDEL,
realizada no dia 6 de dezembro de 2021, com a duração de 1h50.



Rita Annes

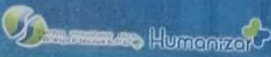
Diretora Comercial & Marketing



www.lidel.pt

Anexo G4 – Certificado “Humanização”

HUMANIZAÇÃO
no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
02 de dezembro de 2021 | Hospital Padre Américo




CERTIFICADO

Certifica-se que **Inês Moreira Eusébio**


participou na **Jornada de Humanização** do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório do Hospital Padre Américo, no dia 2 de dezembro de 2021.


Penafiel, 2 de dezembro de 2021

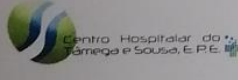
O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO




Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
SAÚDE

 **SNS**
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

 **SEFI** SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Anexo G5 – XXI Jornada Científicas de Psicologia do IUCS



 EVENTOS
CIENTÍFICOS
IUCS

JORNADAS
CIENTÍFICAS
AEIUCS

XXII
JORNADAS CIENTÍFICAS
DE PSICOLOGIA

DIPLOMA

 ACCÇÃO
FORMATIVA
ACREDITADA

A Comissão Científica e Organizadora das **XXII Jornadas Científicas de Psicologia do IUCS — Instituto Universitário de Ciências da Saúde / CESPU**, certifica que

Inês Moreira Eusébio

Participou nas **XXII Jornadas Científicas do IUCS**, realizadas no dia **8 de abril de 2022**, subordinadas ao tema **“Jogos com Fronteiras: Cara ou Coroa?”**, no Centro de Congressos da Alfândega do Porto.


PROF. DOUTOR BRUNO PEIXOTO
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DO COMPORTAMENTO

 **CESPU**

 **CESPU**
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

 **AEIUCS**
ASSOCIAÇÃO DE ESCOLARES
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Anexo G6 – Workshop Online EmCarreira



Francisco Miranda Rodrigues
Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses



Tiago Pereira
Membro da Direcção da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Anexo G7 – Certificado Ação de Sensibilização “AFASIA”

