



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Relatório de Estágio

Inês da Silva Rocha

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

—

Gandra, abril de 2023

Inês da Silva Rocha

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

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professora Doutora Joana Soares

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificado, 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

Gostaria de começar por agradecer aos meus pais por me terem possibilitado esta oportunidade, pelos valores que me ensinaram ao longo dos anos e por mesmo não conseguindo entender ou ajudar nas minhas dificuldades sempre me apoiaram e me deram força.

Queria também agradecer á minha família, por todo o apoio e motivação que me foram dando ao longo deste ano. Por cuidarem de mim e me ouvirem.

Em especial à Professora Doutora Joana Soares, pela paciência, empatia, apoio, carinho e disponibilidade que sempre ofereceu.

À minha orientadora, pelo profissionalismo, pelo acolhimento, compreensão e apoio. Por me ter dado a oportunidade de explorar a parte prática de uma forma livre. Pela partilha de conhecimento e experiências.

À Inês, a minha colega de estágio. Obrigada por todo este ano de experiências que partilhei contigo, pelo apoio que sempre me deste. Agradeço por tudo o que pude aprender contigo e por me motivares a continuar sempre.

Agradeço à Flora, não só por este último ano, mas por tudo desde o momento que a conheci. Obrigada por me teres ajudado a crescer, por me apoiares sempre, por me ouvires e me acolheres. Pelos sermões e pelas piadas, pelos sorrisos e pelas lágrimas. Por seres a melhor amiga que alguém podia ter.

Obrigada ao Rui, ao Ricardo, à Inês e à Marisa. Por me ouvirem, me acalmarem e me ajudarem. Por me animarem quando estava em baixo e me ajudarem a ver os problemas por outra perspetiva. Por serem a família que tive o privilégio de escolher.

Por último, obrigada ao Sr. Antídio Silva, meu avô e meu melhor amigo. Apesar de já não o ter comigo, levo-o comigo sempre, no meu humor, nos meus trejeitos, nos meus valores e no meu amago. Por ter sido como um pai para mim, por me ensinar que a “vida vai broa” e por me fazer entender que até uma Videira pode dar maçãs.

Índice

Agradecimentos	1
Índice de Tabelas	3
Lista de Anexos	4
Lista de Abreviaturas	5
Introdução	6
Caracterização do Local de Estágio	7
O Hospital.....	7
O Hospital na RNCCI.....	7
O papel do psicólogo em Contexto Hospitalar	9
O Papel do Psicólogo na Instituição.....	11
Descrição das Atividades de Estágio	11
Reuniões de Orientação e Supervisão	11
Integração na Instituição e Observação Participante	11
Avaliação Psicológica	13
Rondas de Acompanhamento	15
Programa de Estimulação Cognitiva “ATIVA’MENTE”	17
Formação Realizada “Conversas de Bata Branca”	18
Formações Recebidas	19
Outras Atividades.....	20
Atividade de estimulação cognitivo-sensorial	20
Material de Orientação para a Realidade	20
Monopólio de Estimulação Cognitiva	21
Estudo de Caso	21
Reflexão Final	28
Bibliografia	31
Anexos	33

Índice de Tabelas

Tabela 1- Resultados obtidos por M.C no MMSE

Tabela 2- Resultados obtidos por M.C no ACE-III

Lista de Anexos

Anexo I- Programa de Estimulação Cognitiva “ATIVA’MENTE”

Anexo II- Plano de formação “Conversas de Bata Branca”

Anexo III- Primeira sessão da formação “Conversas de Bata Branca”

Anexo IV- Segunda sessão da formação “Conversas de Bata Branca”

Anexo V- Material de orientação para a realidade

Lista de abreviaturas

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

IUCS- Instituto Universitário Ciências da Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

CCI- Cuidados Continuados Integrados

UC- Unidade de Convalescença

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

AP-Avaliação Psicológica

AVD-Atividades de Vida Diária

PEC-Programa de Estimulação Cognitiva

MMSE-Mini Mental State Exam

ACE-III- Addenbrooke's Cognitive Examination

IFS- Ineco Frontal Screanning

HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale

Mini-ACE-Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination

GDS-Geriatric Depression Scale

Introdução

Inicialmente, gostaria de revelar um pouco daquilo que este ano de estágio representou para mim. Tinha expectativas altas para finalmente entrar em contacto com a parte prática, no entanto, quando me foi atribuído um local de estágio, fiquei com algum receio relativamente á diversidade de casos clínicos que iria encontrar e por estar incluído numa área que até agora não me tinha suscitado grande interesse. Para minha surpresa esta área, que ainda carece no valor que dá ao papel do psicólogo, suscitou-me muito interesse e pude obter uma nova perspetiva sobre esta.

Este foi um ano em que pude aprender imenso não só como forma de consolidar e aprofundar os conhecimentos teóricos, mas também em relação a mim e às minhas inseguranças e vulnerabilidades, e reconheço que em ambos os sentidos ainda tenho muita dedicação e trabalho por realizar.

Este estágio curricular foi realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Ocorreu num Hospital particular do Norte do País, na Unidade de Cuidados Continuados Integrados e supervisionado pela Professora Doutora Joana Soares (Docente do IUCS) e, no local, orientado pela psicóloga clínica do Hospital, iniciado a 29 de setembro de 2021 com término a 28 de julho de 2022. No decorrer do estágio, houve algumas interrupções devido a surtos de COVID-19 dentro da instituição sendo que após a normalização da situação o estágio era retomado. A situação pandémica vivida levou a que diversas atividades fossem interrompidas como forma de prevenir a dissipação do vírus.

Início este documento com à caracterização do local e do papel do psicólogo na mesma, sendo este o primeiro capítulo. Por sua vez, no segundo capítulo descrevo as atividades realizadas ao longo do ano e os principais desafios e dificuldades apresentados por estas, assim como apresento um estudo de caso. Concluo este capítulo com uma reflexão sobre as minhas aprendizagens, experiências e dificuldades sentidas ao longo do meu estágio curricular.

Caracterização do Local de Estágio

O Hospital

O local onde realizei o meu estágio foi num Hospital particular da região norte do país. Esta instituição foi inaugurada em 1966. Em 1977 foi nacionalizado pelo Estado, funcionando como uma instituição pública até Novembro de 2001, tendo sido desativado o seu funcionamento devido ao surgimento de um novo Hospital. Com a intenção de retomar a atividade hospitalar no atual edifício existente, procederam à remodelação e ampliação do edifício e reabriram em 2008.

Esta instituição caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde com qualidade e excelência, tanto a nível técnico como da equipa de profissionais. A atividade que exerce, por sua vez, é sempre realizada com a intenção de proporcionar um atendimento e uma experiência positiva aos pacientes, valorizando a competência e inovação na prestação do serviço. Este Hospital serve uma população superior a 200.000 habitantes na sua totalidade, abrangendo concelhos circundantes devido à inexistência nas proximidades de uma instituição semelhante, tanto a nível de dimensão como a nível de oferta de serviços e qualidade.

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

O Hospital na RNCCI

A RNCCI foi implementada, no ano de 2006, como resposta às novas realidades demográficas, epidemiológicas e sociais encontradas em Portugal. A sua atividade define-se pela prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma integrada e continuada, a pessoas que se encontrem em situação de dependência, no

seguimento de episódio de doença aguda ou necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, independentemente da sua idade (UMCCI, 2013).

As unidades de internamento de cuidados continuados integrados (CCI) disponibilizadas pelo Hospital onde realizei o meu estágio são a Unidade de Convalescença (UC) e a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR). Os pacientes são colocados em quartos duplos consoante o sexo. O paciente pode também ser colocado num quarto individual e isto pode dever-se a este ter contraído algum tipo de infeção ou quando dá entrada na unidade e, devido á situação pandémica, torna-se necessário realizar o teste de diagnóstico para a Covid-19. Cada uma das unidades disponibiliza também uma sala comum onde os pacientes podem realizar atividades.

A UC destina-se a prestar tratamento, supervisão clínica e cuidados clínicos de reabilitação, configurando um atendimento continuado e intensivo, a pessoas que se encontram em fase de recuperação de situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de um processo crónico e que apresentam um potencial de reabilitação elevado, com previsão de internamento até 30 dias consecutivos (Decreto-Lei n. 101/2006 de 6 de junho). Para admissão nesta unidade é necessário o paciente apresentar alguma das condições seguintes: necessitar de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; necessitar de administração de terapêutica, com supervisão continuada; apresentar algum destes síndromes, com potencial de recuperação a curto prazo: desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial, compromisso da eficiência da locomoção, confusão ou depressão; ter doença crónica, com risco iminente de descompensação; ter indicação para frequentar um programa de reabilitação física com previsibilidade até 30 dias; apresentar síndrome de imobilização (UMCCI, 2011).

Por sua vez, a UMDR tem por finalidade prestar cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável devido a situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de um processo patológico crónico, com previsão de internamento superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Para ser inserida nesta unidade, é necessário que o paciente apresente algum destes critérios de referenciação específicos: necessidade de cuidados médicos diários e cuidados de enfermagem permanentes; apresentar algum destes

síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: desnutrição, compromisso da eficiência da locomoção, confusão ou depressão; possuir indicação para integrar um programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias; apresentar síndrome de imobilização (UMCCI, 2011).

É garantido aos pacientes em internamento na UCCI do Hospital um atendimento médico e de enfermagem permanentes, fisioterapia, apoio psicossocial, manutenção da higiene, alimentação equilibrada e adequada ao quadro clínico do paciente e ainda atividades de convívio e lazer. Tais serviços são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída por um médico, uma equipa de enfermeiros, uma equipa de fisioterapeutas, um assistente social, uma psicóloga clínica, uma nutricionista e uma terapeuta da fala. Para isso são realizadas reuniões semanais com o propósito de discutir os casos clínicos, tanto a nível de um plano de intervenção inicial como de evolução e prognóstico. Este tipo de abordagem permite uma intervenção holística, ajustada às necessidades e limitações do paciente.

Quando um paciente é admitido nesta UCCI, é realizada uma avaliação inicial pela equipa multidisciplinar e, a partir desta, é feito um diagnóstico das necessidades, recursos e limitações do paciente com o objetivo de realizar um Plano Individual de Intervenção (PII), onde são estabelecidos objetivos a atingir tendo em conta as necessidades observadas, e desta resulta um plano de intervenção multidisciplinar, pelo que deve ser regularmente atualizado (Decreto-Lei n. 101/2006 de 6 de junho).

O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

O aparecimento da psicologia da saúde está relacionado a dois fatores: pressões internas da própria psicologia e a necessidade resultante da evolução da própria medicina e das insuficiências do modelo biomédico em dar resposta a problemas de saúde relacionados com o comportamento, surgindo assim a necessidade da adoção de um modelo que integre as componentes biológica, psicológica e social, dando origem à abordagem biopsicossocial da saúde (Teixeira, 2002). Desta forma, a psicologia da

saúde procura compreender a forma como os fatores biológicos, psicológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença (Teixeira, 2004).

A psicologia da saúde é então a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde (Marks et. al.; 2000; Ogden, 2000). A esta compete estudar o papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focando-se nas experiências, comportamentos e interações, considerando os contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem. Tem como objetivo contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Teixeira, 2004). Numa primeira instância a Psicologia da Saúde apareceu como um conjunto de práticas do psicólogo com as populações sem doença mental, mas deste surgiu um outro conceito em que o foco era colocado na psicologia realizada em contexto do Sistema de Saúde em geral, e no de Cuidados de Saúde denominado de Psicologia Clínica da Saúde. A Psicologia Clínica da Saúde foi caracterizada como a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física (Ribeiro & Leal, 1996).

A ida ou o internamento num Hospital pode trazer sentimentos de incerteza, tristeza e dor no sentido em que expõe o paciente e a família ao sofrimento por encontrarem-se em situação de vulnerabilidade e sofrimento, assim a atuação do psicólogo em hospitais visa o atendimento a pacientes em situações de vulnerabilidade frente a complicações de saúde (Saldanha et al., 2013).

O papel do psicólogo em contexto hospitalar é caracterizado pelo desempenho de diversas funções, entre estas: A intervenção psicológica junto dos pacientes, que pode englobar o confronto com a doença e hospitalização, o confronto com procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento, a adesão medicamentosa e comportamental, a procura de cuidados e utilização dos serviços, no sentido de promoção de qualidade de vida na doença e no sentido dos cuidados hospitalares a minorias sociais e culturais . Por outro lado, o psicólogo podem intervir também junto dos restantes profissionais de saúde e com a organização hospitalar em si, no sentido de promover a sua formação e prevenir o stress ocupacional, assim como contribuir para

uma maior humanização dos serviços e qualidade dos cuidados (Trindade & Teixeira, 2002).

O Papel Do Psicólogo na Instituição

O psicólogo da instituição é responsável por diversas atividades que promovem o bem-estar e a reabilitação do doente em internamento, entre estas a avaliação psicológica, a intervenção psicológica, gestão emocional do paciente, gestão de expectativas relacionadas com a adaptação á doença e ao tratamento, promoção do envolvimento do paciente no seu tratamento, fazendo deste parte ativa e crucial da sua recuperação e promoção da relação entre paciente e profissionais de saúde.

O psicólogo institucional intervinha também junto da família e do cuidador do paciente visando recolher informação adicional sobre a história de vida do doente, comunicar informação pertinente sobre o estado de saúde atual, promover a relação e comunicação entre estes, o paciente e a equipa multidisciplinar e, caso seja necessário, prestar apoio psicológico.

Fazendo parte da equipa multidisciplinar da UCCI do Hospital, e em cooperação com todos os elementos para uma abordagem mais integrada e holística, o psicólogo participava nas reuniões de equipa de periodicidade semanal com o objetivo de debater os casos clínicos de cada paciente e propor uma intervenção multidimensional e ajustada á realidade do paciente. Era também responsável pela promoção e manutenção de uma boa relação entre os profissionais de saúde.

Descrição das Atividades de Estágio

Reuniões de Orientação e Supervisão

A minha orientação foi realizada pela psicóloga institucional, sendo caracterizada pelo debate dos casos clínicos dos pacientes, partilha de experiências/conhecimento e esclarecimento de dúvidas, promovendo a realização de atividades e participação em formações e Webinares. Esta orientação era realizada

diariamente e era nos dada a oportunidade, a mim e á minha colega de estágio, de partilhar e debater as nossas maiores dificuldades e as estratégias para as ultrapassar.

Foi também realizada uma supervisão do estágio pela Professora Doutora Joana Soares. A reuniões de supervisão eram realizadas, maioritariamente, através da plataforma de videoconferência Zoom por motivos de situação pandêmica e eram realizadas de acordo com as necessidades sentidas perante os casos e atividades realizadas. Nestas reuniões era nos dada a oportunidade de partilhar as experiências vividas durante o estágio, reflexão científica das dificuldades sentidas, discussão sobre quais as possíveis formas de avaliação e intervenção. Foi também promovido pela supervisora uma maior proatividade e dinamização de atividades dentro da instituição de forma a enriquecer a nossa atividade prática e experiência profissional através da realização de atividades de grupo e a preparação e realização de uma formação científica dirigida aos profissionais de saúde da instituição.

É ainda relevante salientar a importância da orientação e supervisão durante o meu estágio curricular pois foi desta forma que pude obter um feedback e discutir as dificuldades em busca de uma melhoria na minha atividade assim como também me foi permitido partilhar e conhecer melhor as minhas inseguranças e fragilidades a nível profissional.

Integração na Instituição e Observação Participante

Inicialmente foi realizada uma reunião com a orientadora institucional com o intuito de esclarecer qual atividade e em que unidades ia exercer na instituição, a composição da equipa multidisciplinar e o formato de funcionamento da instituição e das unidades em que íamos estar inseridas. Posteriormente foi realizada uma visita às instalações da instituição de forma a conhecer o espaço físico e a equipa de profissionais. Foi também pedida a leitura de documentos relevantes referentes à prática da psicologia no contexto das unidades em que íamos estar inseridas e explicado o funcionamento do processo de admissão, protocolo de avaliação psicológica e acompanhamento dos pacientes na unidade assim como as principais problemáticas relativas a este e quais as patologias mais comuns que possam surgir neste contexto.

Durante a fase inicial foi possível observar a atuação da orientadora junto dos pacientes de forma a compreender melhor o que seria esperado da minha atividade na unidade e quais os procedimentos mais comumente utilizados, entre estes: a entrevista semiestruturada com recurso á ficha de psicologia clínica utilizada na instituição, a administração de instrumentos psicométricos e o acompanhamento individual.

É ainda importante ressaltar o sentimento de uma boa receção e integração na instituição, tanto por parte da orientadora como por parte de toda a equipa multidisciplinar responsável pelas unidades onde fui inserida, onde foi possível perceber a boa relação entre estes e os valores que se fazem reger durante a sua prática profissional.

Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica tem como finalidade avaliar um individuo, de forma a recolher informação, recorrendo à entrevista, observação e administração de instrumentos, com o objetivo de dar resposta a questões específicas e auxiliar na tomada de decisão face no problema (Groth-Marnat, 2003).

Este é um processo complexo e multifacetado que implica: a compreensão da personalidade, o domínio das teorias e modelos de avaliação, o conhecimento da psicometria, a competência de aquisição sistemática de dados, com recurso a técnicas e instrumentos de avaliação das dimensões cognitiva, afetiva e comportamental da experiência humana, o reconhecimento que diferentes métodos e instrumentos de avaliação têm diferentes vantagens e limitações, a competência interpessoal e a sensibilidade emocional para comunicar eficazmente com os pacientes e com a equipa multidisciplinar, as competências de integração da informação, a capacidade de conceptualização do caso e a redação de relatórios, as competências técnicas de identificação do problema e recomendações para a intervenção e a capacidade de entender a relação entre avaliação, planificação e medida dos resultados da intervenção, implicando a competência de monitorização do progresso da intervenção (Simões, 2005).

A partir do momento em que um paciente dava entrada na UCCI, era realizada uma avaliação psicológica com base no protocolo de avaliação da instituição, que constava de uma ficha de psicologia clínica e de instrumentos psicométricos para a avaliação do estado mental e cognitivo do paciente. Esta avaliação é geralmente realizada no quarto atribuído ao paciente, junto à sua cama ou na mesa onde realizavam as refeições. Habitualmente, o processo clínico do paciente era consultado antes de iniciar a avaliação com o intuito de obter informações como o diagnóstico principal e o motivo de internamento. A entrevista era realizada de uma forma semiestruturada e com recurso à ficha protocolada da instituição de Psicologia Clínica que funcionava como guião para os tópicos mais importantes a abordar. Ao recolher a anamnese pretendia-se obter alguns dados pessoais, qual a sua rede de suporte e a relação com a sua família, história clínica, insight sobre a doença e o motivo de encaminhamento para esta unidade assim como alguns dados não verbais como o seu comportamento, o seu estado emocional, a fluência do seu discurso e a presença de contacto ocular.

Posteriormente, eram administrados instrumentos psicométricos que integravam o protocolo de avaliação inicial da UCCI: o Mini Mental State Examination (MMSE)(Guerreiro, 1998) para a avaliação global do funcionamento cognitivo, o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (McIntyre et al., 1999) para avaliar os níveis de ansiedade e depressão dos doentes em internamento, o Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination (Mini-ACE) (Peixoto et al., 2019) por este ser um instrumento breve e com boas qualidades psicométricas que é útil no screening em contexto de demência e a Geriatric Depression Scale (GDS) (Barreto et al., 2007) que avalia a sintomatologia depressiva em pacientes idosos hospitalizados. Em alguns casos era pertinente realizar uma avaliação mais abrangente do funcionamento cognitivo do indivíduo tendo em vista a compreensão e a intervenção sobre o mesmo e, para isso era utilizado o Addenbrooke's Cognitive Examination-III (ACE-III) que permite obter um quadro geral do funcionamento cognitivo.

Por vezes, os pacientes davam entrada na instituição emocionalmente alterados o que podia dever-se á mudança de instituição. Nestas situações, e de forma a preservar a relação psicólogo-paciente, os instrumentos psicométricos eram administrados em visitas seguintes e neste primeiro contacto eram apenas recolhidos alguns dados e era prestado apoio psicológico e emocional.

Concluindo a entrevista inicial e a administração dos instrumentos, era realizada a interpretação destes e era redigido um relatório que integrava toda a informação recolhida e era enviado para a orientadora para admissão do doente. Nesta nota de admissão era esperado constar elementos como o nome, a idade, o estado civil, o agregado familiar, a escolaridade, a localidade, o seu emprego e o diagnóstico principal e os antecedentes médicos. Tinha ainda de ser descrito o seu estado de consciência e orientação nas dimensões da pessoa, do tempo e do espaço, o seu estado psicoemocional, o seu nível de colaboração durante a avaliação e ainda a sua motivação para o seu processo de reabilitação. Esta nota era concluída com uma pequena interpretação dos dados psicométricos recolhidos e uma proposta de acompanhamento e intervenção de acordo com as necessidades demonstradas e integrando todos os dados obtidos. Esta nota devia ser escrita com uma linguagem clara e sucinta de forma que fosse compreendida pela equipa multidisciplinar. Posteriormente, era enviada à orientadora que o inseria no programa M1 e na plataforma da RNCCI.

Inicialmente, a fase de avaliação representou um desafio muito grande para mim pois como não me sentia segura e ainda não tinha tido contacto prático com os instrumentos e com o formato de avaliação, tomei uma postura um pouco rígida na sua aplicação. No entanto, com a orientação da psicóloga da instituição, consegui perceber quais as atitudes e comportamentos que devia tomar e quais os que devia corrigir, comecei a sentir-me mais segura nas entrevistas e na administração dos instrumentos, priorizando sempre a as necessidades e os sentimentos do paciente. Considero que a oportunidade que me foi dada ao realizar as avaliações muito valiosa para a minha futura prática profissional pois deu-me ferramentas para lidar com as minhas próprias limitações e desenvolveu as minhas competências como psicóloga.

Rondas de Acompanhamento

Posteriormente á avaliação inicial, era realizado um acompanhamento individual junto dos pacientes, cuja periodicidade variava de acordo com as necessidades manifestadas na avaliação.

Durante estes acompanhamentos foi possível perceber que, devido à sua situação clínica, ao contexto de internamento e à sua idade, diversos pacientes apresentavam alterações do estado psicoemocional, com sintomatologia depressiva e ansiosa, sentimento de solidão, incapacidade de adaptação à doença e às limitações advindas desta e expectativas desajustadas. Para além disso, vários pacientes apresentavam alguma dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD) ou ainda estarem bastante desorientados relativamente ao tempo e ao espaço. Era também frequente encontrar doentes com um contexto familiar e social precários. Todos estes fatores exerciam influência sobre o processo de reabilitação, podendo levar a uma maior desmotivação por parte do paciente assim como também dificultava o seu envolvimento dentro deste.

Tendo em conta os diversos problemas e dificuldades apresentados pelos pacientes, o seu acompanhamento psicológico era focado no apoio à integração do doente na unidade, no suporte e manutenção do estado emocional, no ajustamento de expectativas, na adaptação à doença e às limitações sentidas, na promoção do envolvimento do doente no seu processo de reabilitação, na promoção de comportamentos de saúde e apoio no planeamento do período pós-alta.

Foram realizados exercícios de estimulação cognitiva com alguns pacientes com o objetivo de reduzir o risco de declínio cognitivo e de um quadro demencial assim como diminuir a sintomatologia depressiva e o sentimento de solidão. Dentro destes exercícios foram realizadas atividades como a sopas de letras, tarefas de cancelamento de figuras e de números, descoberta de diferenças, conexão de pontos, copia de imagens, planeamento de compras e tarefas, exercícios de cálculo e exercícios de memória. Todos os exercícios desenvolvidos eram criados com o intuito de terem alguma validade ecológica no sentido de promover uma maior independência na realização das AVD.

Uma das maiores dificuldades sentidas era de nem sempre conseguir realizar um acompanhamento tão duradouro como desejava devido ao período de internamento reduzido e à sobreposição de outros procedimentos terapêuticos como a fisioterapia, a terapia da fala, consultas externas ou o horário das visitas bem como a falta de colaboração por parte de alguns doentes, que por vezes se devia ao início de novos tratamentos e a adaptação a estes. Um setting terapêutico seguro e apropriado

é parte crucial da consulta de psicologia pois permite a manutenção de uma boa relação psicólogo-paciente e facilita o processo terapêutico pautando este como ético, no entanto nem sempre foi possível reunir as condições desejadas sendo que geralmente as consultas eram realizadas no quarto do paciente, seja por falta de mobilidade do paciente ou por falta de disponibilidade da sala comum, o que por vezes causava algum constrangimento com o outro paciente do mesmo quarto.

Programa de Estimulação Cognitiva “ATIVA’MENTE”

Relacionado com o processo de envelhecimento ocorre um declínio cognitivo que pode levar ao surgimento de algumas incapacidades e limitações, particularmente: diminuição da mobilidade, tomada de decisão, perda de memória, dificuldade na gestão das rotinas diárias, entre outras. É também possível observar, nesta fase da vida, uma menor participação na sociedade, o que leva a um aumento da solidão vivenciada e uma diminuição dos laços familiares (Aversi-Ferreira et al., 2008). Posto isto, a manutenção, estimulação e/ou reabilitação cognitiva podem desempenhar um papel importante para a saúde geral das pessoas na promoção da melhoria na qualidade de vida e na sua independência (Ngandu et al., 2015). O uso da estimulação cognitiva junto dos idosos pode despertar diversas funções cognitivas que se encontravam mais em desuso, melhorá-las e preservá-las através do seu exercício contínuo (Tárraga & Boada, 1999).

Tendo em consideração a prevalência significativa de défices cognitivos assim como a sintomatologia depressiva e o sentimento de solidão na população da UCCI onde estagiei, eu e a minha colega de estágio propusemo-nos a desenvolver um Programa de Estimulação Cognitiva (PEC), o qual denominamos de “ATIVA’MENTE”.

O programa ATIVA’MENTE (Anexo I) era direcionado aos pacientes apresentassem alguma deterioração cognitiva e que aceitassem participar de forma voluntária e tinha como objetivos: 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 e implementar uma maior autonomia.

Inicialmente houve uma grande adesão dos pacientes, no entanto, devido aos períodos reduzidos e desfasados de internamento dos pacientes assim como a sobreposição de outros procedimentos clínicos como a fisioterapia, terapia da fala e atividades de grupo dentro da instituição não conseguimos concluir a implementação do programa e as atividades desenhadas para cada sessão foram usadas singularmente quando havia oportunidade.

Apesar de não ter sido possível concluir a implementação do programa, considero que tanto o desenvolvimento deste como o uso de algumas sessões de forma singular foram bastante uteis não só para a minha aprendizagem, no sentido em que me foi possível aprofundar e tornar prático o que aprendi durante as aulas, aprender a ultrapassar os desafios impostos relativos á disponibilização de tempo e desenvolver as minhas capacidades no sentido de orientação e dinamização de atividades de grupo, como também para os pacientes que realizaram as atividades.

Formação Realizada “Conversas de Bata Branca”

Sabendo o papel imperativo que a comunicação/relação tem em contexto hospitalar, eu e a minha colega de estágio, com o apoio da nossa orientadora e da nossa supervisora desenvolvemos um plano de formação / Workshop que denominamos de “Conversas de Bata Branca”. O público alvo da formação que desenvolvemos seriam os Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Técnicos de Ação Social, Terapeuta da Fala e Auxiliares de Ação Médica das Unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação, do Hospital onde estagiamos. Tínhamos como objetivo demonstrar a importância de uma comunicação eficaz, tanto entre eles como com os pacientes e cuidadores destes, com o propósito de os formandos adquirirem competências de comunicação relevantes para a sua atuação enquanto profissionais de saúde. A formação (Anexo II) seria devida em dois eventos, a primeira sessão (Anexo III) mais focada na definição e no papel da comunicação em contextos de saúde e a segunda sessão (Anexo IV) direcionada para as diferentes situações comunicacionais e relacionais em contexto hospitalar, entre estes a

comunicação/ relação dos profissionais de saúde com os pacientes, com a família e os cuidadores destes e entre eles, como equipa multidisciplinar. Ambas as sessões dispunham de uma atividade prática final com o objetivo de salientar os pontos essenciais da formação e dinamizar a mesma.

Apesar de não ter sido possível realizar a formação, devido ao término do estágio curricular, desenvolver esta atividade deu-me a oportunidade de aprofundar o meu conhecimento na área e realmente perceber o significado e impacto que esta pode ter na reabilitação do paciente e na satisfação do profissional de saúde assim como o papel de mediador que o psicólogo pode representar entre estes.

Formações Recebidas

No decorrer do estágio curricular foi nos dada a oportunidade de participar em diversas formações e Webinares com o objetivo de enriquecer o nosso conhecimento sobre psicologia e saúde mental, o funcionamento de outras instituições hospitalares, o panorama de investigação e prática em diversas áreas da psicologia e ainda o funcionamento do ano de psicólogo júnior. Posto isto, pude assistir e participar nas seguintes formações/Webinares: “Perturbação bipolar: como se diagnostica e como se intervém”; “LUTO - A adaptação ao mundo depois da perda”; "A Memorizar..."; “PASSADO, PRESENTE E FUTURO DA TERAPIA FAMILIAR”; “Workshops Online EmCarreira”; “Neurociências e Inteligência Emocional nas Organizações”; “Manhãs Sociais - Violência nos Idosos”; “Humanização do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa”; Logicamente à quinta-feira: “Cerebralmente falando, Que órgão é este?”; Logicamente à quinta-feira: “A “Fisioterapia Cerebral”. Mito ou Realidade?”; XXII Jornadas Científicas do IUCS: “Jogos com Fronteiras: Cara ou Coroa?”; Workshop: “Limites Relacionais – como definir o invisível?”; Workshop: “Compreender as emoções e a sua expressão corporal.”; Workshop “O ver para além da aparência e a ousadia de atuar na prevenção.”; Workshop “Orientação sexual, Identidade e Expressão de Género e Características Sexuais – compreender para melhor intervir.”

A participação nestas formações/Webinares acrescentaram imenso ao meu estágio curricular e à minha futura prática profissional no sentido em que pude

perceber diferentes áreas e realidades da psicologia assim como os principais desafios que enfrentam. Ter assistido a estes eventos e aos debates que destes surgiram elucidou-me em muitas questões que tinha sobre os diferentes temas assim como criou dúvidas e suscitou novos interesses nos mesmo.

Outras atividades

Atividade de Estimulação Cognitivo-Sensorial

Deve-se considerar o envelhecimento como um processo universal, gradual e irreversível, e que se refere a um conjunto de mudanças e transformações que se sucedem com o decorrer do tempo, sendo estas biológicas, psicológicas e sociais (Cit. In Ribeiro et. al., 2013, p.17).

O sistema sensorial faz parte das transformações ocorridas no envelhecimento, e é possível verificar uma redução significativa da sua acuidade. A diminuição das funções sensoriais que ocorre no envelhecimento afeta a capacidade de receção e tratamento da informação que se recebe do meio envolvente, podendo trazer graves consequências para o indivíduo se não for realizada uma intervenção (Martins, 2015). Posto isto, desenvolvemos uma atividade de caráter cognitivo-sensorial que teve como objetivo central a estimulação dos pacientes e a promoção da relação e lazer entre eles de forma a combater a solidão e o isolamento, sentido muitas vezes por estes.

A atividade consistia na identificação de objetos do uso quotidiano, apenas através do tato. Com a implementação desta atividade foi estimulada a perceção tátil, a atenção e a memória.

Fui possível verificar uma certa alegria e surpresa da parte dos pacientes assim como bastante motivação e empenho na realização da atividade. No entanto, o maior desafio para estes foi a nível do controlo inibitório de não puderem referir o nome do objetivo que tinham sentido para que todos os utentes tivessem essa oportunidade de forma igualitária.

Para mim, está atividade não só trouxe benefícios para as relações psicólogo-paciente, pois foi possível estar com estes num ambiente mais informal e didático como foi possível aprender a gerir uma atividade de grupo. O grande desafio

nesta atividade foi conseguir gerir o controlo inibitório de alguns pacientes assim como gerir a frustração dos restantes.

Material de Orientação para a Realidade

Devido ao elevado número de pacientes que durante a admissão se encontravam desorientados relativamente ao tempo e ao espaço foi desenvolvido material de orientação para a realidade (Anexo V). Este cartaz tinha como objetivo auxiliar e tornar mais dinâmico e atrativo o acompanhamento individual e era composto por uma imagem relacionada com a estação do ano, a meteorologia, o estado emocional do paciente, os dias da semana e do mês, os meses do ano e um quadro para identificar o ano em que estávamos.

Monopólio de Estimulação Cognitiva

Com o intuito de dinamizar uma atividade de grupo, eu e a minha colega de estágio, criamos um jogo de tabuleiro que tinha como objetivo a estimulação dos pacientes e a promoção da relação e lazer entre eles.

Assim como em alguns jogos de tabuleiro, este era composto por casas de sorte, de azar e de desafio. Nas casas de sorte podia receber dinheiro fictício ou avançar casas, nas casas de azar tinha de pagar algo aos restantes jogadores ou recuar casas no tabuleiro e nas casas de desafio tinha de completar desafios, como por exemplo completar ditados, descrever uma atividade de rotina pela sua ordem, perguntas de memória ou exercícios de cálculo, de forma que, se concluído com êxito, receberiam algo em troca. Cada jogador iniciava com algum dinheiro fictício para que durante o jogo pudesse fazer trocas com restantes jogadores.

As principais áreas cognitivas a ser estimuladas através deste jogo foram a memória, a atenção, o cálculo e as funções executivas.

Não foi possível dar uso a esta atividade por motivo de termino de estágio e em simultâneo pela falta de disponibilidade da sala comum.

Estudo de caso

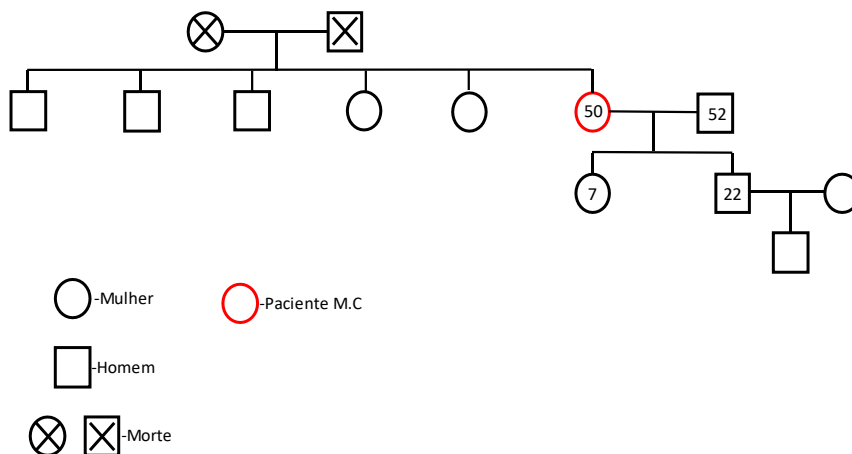
- **Dados de Identificação**

M.C nasceu a 16 de outubro de 1971, tem 50 anos, é casada e com 2 filhos, pertencente a uma fratria de 6. Completou o 3º ano de escolaridade e durante a sua vida trabalhou como operária fabril na área têxtil.

- **Motivo de encaminhamento**

Proveniente de uma UMDR de outra instituição, a paciente deu entrada na Instituição por motivos de proximidade ao local de residência. Com o diagnóstico principal de um AVC hemorrágico, a paciente foi inicialmente direcionada para uma UMDR com a necessidade realizar um programa de reabilitação funcional sob orientação fisioterápica, vigilância e controlo de fatores de risco e comorbidades, promoção de autonomia e prevenção de quedas e úlceras de pressão.

- **Genograma**



- **Fontes de Informação**

Todas as informações foram recolhidas através do processo clínico e em consulta com o paciente, pelo que não foi possível estabelecer contacto com a família.

- **História de Doença Atual**

Após discussão com a família a paciente apresentou cefaleia, e quando estaria a entrar no carro para se dirigir ao Hospital apresentou síncope seguida do que aparentou ser uma crise tônico-clônica generalizadas (TCG) e episódio de vômito do conteúdo alimentar.

Deu entrada no serviço de Urgência por alteração de consciência. Após realizar alguns exames foi possível evidenciar uma hemorragia aguda intraventricular, com molde hemático infra e supratentoriais e consequente dilatação global do sistema ventricular. Apresenta uma hemiparesia à esquerda e deambula apenas com o auxílio de um andador.

- **História de vida**

Não foi possível recolher uma história de vida completa devido à paciente se encontrar desorientada espaço-temporalmente e com um aparente défice de memória clinicamente significativo.

M.C nasceu a 16 de outubro de 1971, e é a mais velha de 6 irmãos. Destes irmãos, 3 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino, e refere manter uma boa relação com todos eles. A paciente referiu que os seus pais já faleceram, mas não se recorda quando.

Relativamente ao seu percurso escolar e profissional, M.C completou o 3º ano de escolaridade e começou a trabalhar desde cedo como operária fabril na área de têxtil, trabalho que a paciente refere gostar de realizar.

M.C é casada e tem dois filhos, F e C. C, o filho mais velho, do sexo masculino, tem 22 anos de idade e mora com a esposa com quem já tem um filho. F, a filha mais nova, do sexo feminino, tem 7 anos de idade. M.C mora com o marido e com a filha na mesma residência que a sua sogra. M.C diz manter uma relação muito próxima com o marido e com os filhos, sendo estes a sua principal fonte de suporte.

- **Avaliação do estado psicoemocional e de comportamento**

Ao longo da avaliação e do acompanhamento, M.C apresentou-se bastante colaborante e comunicativa. A paciente demonstrou estar desorientada espaço-temporalmente e parcialmente desorientada intrapsiquicamente. Revelou também alguns défices de memória a nível de memória biográfica e a longo prazo, visto não me reconhecer em cada consulta que realizei com ela. Durante a avaliação manteve sempre o contacto ocular e apesar de apresentar um discurso fluente, este era repetitivo, circunstanciado e infantilizado. Apresentou também um temperamento hipertímico e um humor expansivo.

- **Instrumento utilizados**

Posteriormente á recolha de dados realiza com a paciente, foi estipulada uma avaliação tendo por base o diagnóstico principal e o protocolo da instituição. Assim os instrumentos utilizados foram:

Mini Mental State Exam (MMSE): É composto por 6 domínios, orientação, retenção, Atenção e Calculo, Evocação, Linguagem e Visuoconstrução e tem como objetivo realizar um despiste para o comprometimento cognitivo (Guerreiro, 1998).

Ineco Frontal Screening (IFC): É composto por oito subprovas, organizadas em três grupos, inibição e alternância de resposta, capacidade de abstração e memória de trabalho e permite a avaliação das funções executivas (Torralva et al, 2009);

Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III): Tem como objetivo avaliar o défice cognitivo do indivíduo e é composto por 5 domínios, nomeadamente, Atenção, Memória, Fluência Verbal, Linguagem e Visuoespacial, e permite traçar um quadro geral do funcionamento cognitivo do indivíduo (Machado et al., 2015);

Escala de Lawton e Brody: Permite avaliar a autonomia para realizar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) necessárias para viver de forma independente na comunidade (Araújo et al., 2007).

- **Resultados obtidos**

MMSE:

Tabela 1- Resultados obtidos por M.C no MMSE

Domínios	Resultado obtido
Orientação	2/10
Retenção	3/3
Atenção e Calculo	1/5
Evocação	2/3
Linguagem	6/8
Visuoconstrução	0/1
Total	14/30

Este instrumento foi aplicado com o objetivo de avaliar as funções executivas e, de acordo com os resultados obtidos, foi possível verificar que M.C apresenta um comprometimento cognitivo generalizado. Os domínios em que apresentou um maior déficit cognitivo foram: Orientação com 2/10 valores, Atenção e Cálculo com 1/5 e a Visuoconstrução com 0/1.

IFS: Pontuação total: 13/30

De acordo com os resultados obtidos, foi possível verificar um comprometimento generalizado ao nível das diferentes dimensões do funcionamento executivo avaliadas.

Analisando as diferentes tarefas deste instrumento, o paciente apresenta os seguintes valores: Séries: 1/3; Instruções Conflituosas: 2/3; GO-NO-GO: 2/3; Dígitos Inverso: 0/6; Memória de Trabalho Verbal: 0/2; Memória de Trabalho Espacial: 1/4; Provérbios: 1/3; e, por último no Teste Hayling: 6/6.

ACE-III:

Tabela 2- Resultados obtidos por M.C no ACE-III

Subescalas	Resultados Quantitativos	Resultados Qualitativos
Atenção	8/18 Z=-6,40	Muito Inferior
Memória	12/26 Z=-5,42	Muito Inferior
Fluência	7/14 Z=-3,75	Muito Inferior
Linguagem	15/26 Z=-6,81	Muito Inferior
Visuoespacial	7/16 Z=-2,81	Muito Inferior
Total	49/100 Z=-6,85	Muito Inferior

Globalmente, a paciente encontra-se com um funcionamento cognitivo muito inferior ao esperado tendo em conta a sua faixa etária e escolaridade. Foi possível verificar um declínio cognitivo acentuado em todos os domínios do instrumento com um maior destaque nos domínios da Atenção e da Linguagem.

Escala de Lawton e Brody: Pontuação: 1/8 Dependência total

De acordo com os resultados do instrumento, a paciente apresenta uma dependência total para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Esta não é capaz de realizar refeições, fazer telefonemas, fazer viagens, gerir assuntos financeiros nem ser responsável por tomar os seus medicamentos de forma independente, dependendo sempre de terceiros para realizar estas atividades.

Resultados da observação e avaliação psicológicas

Integrando os resultados obtidos na avaliação da paciente M.C foi possível constatar que a paciente se encontrava desorientada no tempo e no espaço,

apesar de saber que se encontrava perto de casa não sabia em que localidade ou instituição se encontrava.

Foi evidenciado, através dos instrumentos aplicados, um declínio cognitivo acentuado generalizado com uma maior acentuação nos domínios da Atenção, da Linguagem e da Memória. Foi ainda possível perceber um comprometimento cognitivo acentuado á nível das funções executivas.

Relativamente à Escala de Lawton e Brody, foi possível concluir que a paciente M.C. apresenta uma dependência total para todas as atividades instrumentais de vida diária necessitando sempre de auxílio para a realização das mesmas. Aliás, durante o processo de recolha de dados e entrevista, foi possível perceber que M.C é também parcialmente dependente para a realização da sua higiene pessoal, tem dificuldade em controlar os esfíncteres e necessita de supervisionamento durante as refeições.

Conceptualização teórico-prática

O AVC constitui um dos problemas neurológicos agudos mais comuns e é considerado uma das patologias mais frequentes no internamento hospitalar. É uma doença súbita que origina sinais e sintomas deficitários causados pela perda da função da área afetada (Carneiro, 2016). O AVC hemorrágico, que é o caso de M.C., é classificado como o mais grave pois leva a um pior prognóstico, uma vez que o hematoma demora dias ou semanas a ser reabsorvido (Loss et al., 2021). Posto isto, os resultados obtidos através da aplicação de instrumentos podem ser justificados pelo diagnóstico principal da paciente, mais concretamente pela hemorragia aguda intraventricular que, no caso da paciente, teve consequências graves a nível de funcionamento cognitivo, afetando todos os domínios deste, a nível de execução de atividade de vida diária, tornado esta dependente de terceiros e ainda a nível psicoemocional e comportamental, tendo sido observado um humor expansivo e um comportamento infantilizado.

Proposta de Intervenção

Não foi possível dar seguimento á intervenção junto da paciente M.C devido á conclusão do estágio, no entanto a psicóloga da instituição deu continuação ao acompanhamento e intervenção da paciente, De seguida, proponho uma intervenção tendo por base a avaliação realizada.

De facto, o AVC é uma das causas mais relevantes da alteração da capacidade cognitiva no adulto (Smith, Bloom, & Minniti, 2010). É estimado que cerca de 70% dos casos de AVC apresentem défice cognitivo, com uma maior incidência a nível do funcionamento executivo (Oliveira et al., 2022), incapacitando o paciente na realização das suas AVD's e, por consequência, a diminuição da sua autonomia e independência (Bowen & Patchick, 2014). Nesse sentido, e tendo em conta o diagnóstico e os resultados obtidos na avaliação, considero que a reabilitação neuropsicológica seria a intervenção recomendada no caso de M.C. A área da reabilitação da função cognitiva deve ser iniciada por uma correta avaliação para que se identifique os compromissos cognitivos e físicos do cliente, de modo a implementar um conjunto de intervenções/programa de reabilitação estruturado e fundamentado (Hoeman, 2011).

A reabilitação cognitiva inapropriada limita a capacidade dos pacientes para viverem de forma independente de tal forma que, recentemente, foi demonstrado que os níveis de défice cognitivo se correlacionam com a duração da hospitalização e com o número e frequência de encaminhamentos para lares e centros de reabilitação (Cumming, Marshall, & Lazar, 2013).

A reabilitação Neuropsicológica tem o objetivo de remediar, reduzir ou aliviar os défices cognitivo, facilitando o funcionamento do paciente da forma mais adequada possível e inclui o treino das funções cognitivas, bem como o ensino de estratégias de compensação. Esta estratégias representam uma parte muito importante no processo de intervenção pois disponibilizam meios alternativos para o paciente alcançar um determinado objetivo desejado quando uma área cognitiva especifica não se encontra a funcionar de forma eficaz (Wilson, 2008).

Posto isto, seria desenvolvido um plano de reabilitação neuropsicológica com base nos défices apresentados pela paciente e com foco nas funções executivas,

visando estimular uma maior independência nas AVD. Este seria adaptado às limitações da paciente.

As repercussões da doença não afetam só o doente, mas estendem-se também à família, provocando “stress” e desorganização familiar (Almeida & Sánchez Casado, 2016). Neste sentido, e tendo em conta que o psicólogo hospitalar intervém também junto da família e dos cuidadores, seria também proposto intervir junto dos familiares/cuidadores de M.C prestando apoio psicológico, gerindo as expectativas sobre o processo de reabilitação e planeando e promovendo uma boa reintegração da paciente pós internamento.

Reflexão sobre o caso

Inicialmente, quando tive a oportunidade de ler o processo do caso da paciente apresentada, tive algum receio em relação á complexidade do mesmo. A paciente M.C representou um desafio grande enquanto estagiária, não devido á falta de colaboração, mas porque, devido aos défices cognitivos apresentados, era difícil dar continuidade ao processo de entrevista e avaliação. Tive, por isso, de ser criativa no formato de avaliação, tornando este mais simples e didático de forma que a paciente pudesse compreender facilmente o que lhe era pedido. Este caso deu-me a oportunidade de aprofundar o meu conhecimento relativo à patologia apresentada, às sequelas e aos défices que pode causar.

Gostaria ainda de salientar que este caso fez-me perceber de que forma uma patologia como esta pode alterar todo o funcionamento familiar. Por vezes esta alteração pode dever-se ao papel desempenhado pelo paciente no meio familiar (Conceição & Ramos, 2004). O apoio físico, emocional, social e económico da família é muito importante para o processo de reabilitação do paciente pois ajuda a que este realize uma melhor adaptação à hospitalização assim como aumenta a sua motivação para a reabilitação (Saiote, 2010, p.11). Torna-se fundamental a intervenção do psicólogo junto da família do paciente no sentido de comunicar a realidade e tornar consciente a gravidade da situação, através de informações precisas e claras de maneira a assegurar o seu entendimento, gerir expectativas, dar apoio emocional e psicológico

e encorajá-los na sua tomada de decisão pelo que a sua integração no processo terapêutico pode reduzir sentimentos de medo e ansiedade (Borges, 2015).

Reflexão Final

A conclusão e entrega deste relatório de estágio, e assim a conclusão do mestrado foi pautada por um profundo conhecimento acerca das minhas limitações e inseguranças e o impacto que estas podem ter na relação paciente-psicólogo, principalmente. Neste sentido, sou muito agradecida á minha orientadora que me forneceu o espaço onde podíamos explorar e conhecer essas mesmas limitações para que estas não compliquem o processo do paciente.

Sempre tive grande interesse em estagiar num hospital, no entanto não tinha colocado em questão realizá-lo numa UCCI. Apesar de este tipo de unidade não disponibilizar grande variedade de casos clínicos e de por vezes negligenciar a função do psicólogo dentro desta, foi uma área que me suscitou grande interesse e agradeço por ter tido a oportunidade de a integrar.

Ao refletir sobre este ano de estágio posso caracterizá-lo como desafiador, repleto de obstáculos e inseguranças, mas também de muita aprendizagem. Foram os desafios e motivação da orientadora de estágio que me levaram a querer saber mais e fazer mais, a reconhecer os meus erros para os poder corrigir e a crescer como pessoa e profissional.

Em relação à adaptação a esta instituição onde realizei o meu local de estágio, apesar de ser um Hospital Particular existia um elevado número de admissões o que por vezes levava a não conseguir realizar o acompanhamento desejado com os restantes pacientes.

Relativamente ao processo de entrevista e avaliação, apesar de valorizar a oportunidade que tive em aprender na prática, ter tido um período curto de observação levou a que me sentisse muito insegura numa fase inicial do estágio. Outra dificuldade sentida foi em relação a não existir um consultório, e as consultas serem realizadas no quarto, o que acabou por representar inúmeros constrangimentos á nível de privacidade.

Outro dos grandes desafios deste estágio foi a Programa de estimulação cognitiva. Foi proposto o desenvolvimento deste programa pois a maioria da população internada na instituição apresentava défices cognitivos. O maior desafio foi sentido no desenvolvimento das atividades a ser inseridas, pois queríamos que estas englobassem todos os domínios, se adequassem às limitações e necessidades do grupo assim como fossem didáticas e possibilitassem e promovessem a interação entre eles. Por outro lado, a sobreposição de horários com a fisioterapia, as consultas externas, a terapia da fala ou o término do internamento impediram a conclusão da implementação deste programa.

Relativamente à formação desenvolvida, o maior desafio sentido foi em relação à adequação das atividades e da informação à instituição e à equipa multidisciplinar pois o objetivo desta formação era educar os profissionais de saúde para a importância da comunicação e da relação em contexto hospitalar e como esta pode influenciar o processo de reabilitação do paciente.

Contudo, na fase final deste estágio, pude perceber e refletir sobre o trabalho que desempenhei e desenvolvi dentro desta instituição e o impacto que este teve sobre mim. Reconheço que o papel de um psicólogo numa UCCI requer muita empatia e compreensão das fragilidades, medos e solidão sentidos pelos pacientes e fico feliz por ter percebido que ao longo deste estágio pude mudar e melhorar o percurso e o processo de reabilitação destes pacientes.

Concluo esta reflexão agradecendo pelo crescimento a nível profissional, pela aquisição de conhecimento, pela partilha de experiências e pela suscitação de novas dúvidas e possíveis áreas a explorar.

Bibliografia

- Almeida, J. M., & Sánchez Casado, I. (2016). ANÁLISE DA PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE DEPENDENTE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 5(1), 45. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v5.646>
- Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso.*

- Aversi-Ferreira, T., Rodrigues, H., & Paiva, L. (2008). *Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo*. 5(2), 46–64.
- Barreto, Leuschber, Santos, & Sobral. (2007). *Geriatric Depression Scale*.
- Borges, D. (2015). *A comunicação com a Família em contexto de cuidados intensivos*.
- Carneiro, S. (2016). *Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados Após Acidente Vascular Cerebral*.
- Conceição, M. & Ramos, P. (2004). Visita de referência: cuidados em parceria. In: *Revista Sinais Vitais*, nº26, p. 56 – 59.
- Cumming, T. B., Marshall, R. S., & Lazar, R. M. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *International Journal of Stroke*, 8(1), 38–45
- Groth-Marnat, G. (2003). *HANDBOOK OF PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT*.
- Guerreiro, M. (1998). *Mini Mental State Examination*.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional das actividades de vida diária. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidata. pp. 209-270.
- Loss, I., Vieira, M., Heloísa, F., Marcus, M., Pires, P., & Guimarães, E. (2021). Cuidado paliativo em acidente vascular cerebral: um olhar nutricional. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, 1.
- Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). *Versão Portuguesa do Addenbrooke Cognitive Examination- III. Análise psicométrica e dados normativos*.
- McIntyre, M., Pereira, G., Soares, V., Gouveis, J., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de Investigação*.
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., ... 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. *The Lancet*, 385(9984), 2255–2263.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- Oliveira, J., Gamito, P., Lopes, B., Silva, A. R., Galhordas, J., Pereira, E., Ramos, E., Silva, A. P., Jorge, Á., & Fantasia, A. (2022). Computerized cognitive training using virtual reality on everyday life activities for patients recovering from stroke. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 17(3), 298–303.
<https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1749891>
- Peixoto, B., Baeta, É., & Pimenta, P. (2019). *MINI-ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION-ACE-III*.
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(XIV), 589–599.
- Saldanha, S., Rosa, A., & Cruz, L. (2013). O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. *Rev. SBPH*, 16(1).
- 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.
- Simões, M. (2005). Avaliação Psicológica. *Psicologia, Educação e Cultura*, IX(2), 237–264.

- Smith, S., Bloom, J., & Minniti, N. (2010). Cerebrovascular Disease and Disorders. In C. Armstrong, & L. Morrow (Ed.), *Handbook of Medical Neuropsychology*. pp. 101-122. New York, USA: Springer.
- Tárraga, L., & Boada, M. (1999). *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. www.pharma.es.novartis.com
- Teixeira, J. (2002). Psicologia da saúde em Portugal. Panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20(1), 165–170.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 441–448.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2002). Psicologia em serviços de saúde. Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171–174.
- UMCCI, U. de M. para os C. C. I. (2011). *Manual do Prestador-Recomendações para a Melhoria Contínua*. <http://www.umcci.min-saude.pt>
- UMCCI, U. de M. para os C. C. I. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Relatório Final*.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 4, pp. 141–162).
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>

ANEXOS

Anexo I- Programa de estimulação Cognitiva
“ATIVA’MENTE”

“ATIVA’MENTE”

Programa de Estimulação Cognitiva

Índice

A Estimulação Cognitiva	40
Recomendações para uma boa dinamização do grupo	42
Objetivos Gerais.....	42
Estrutura do Programa	43
Respetivos cuidados na elaboração do programa	43
Proposta de Avaliação do Programa	43
Plano de Sessão	44
Sessão 1 – O Início	44
Ficha de inscrição	44
Linha da vida.....	44
Teia de aranha.....	45
Sessão 2 – Linguagem	46
Afirmação e Negação	46
O que tem ali.....	46
Sessão 3 – Cálculo	46
Contas simples.....	47
Vamos às compras.....	47
Sessão 4 – Funções Executivas	47
Este ou aquele	48
Lista de tarefas	48
Letras ao molho.....	48
Sessão 5 – Memória.....	50
“Saber Popular”	50
“Jogo da Memória”	50
“Jogo do Stop”	50
Sessão 6 – Capacidades visuoperceptivas e construtivas.....	50
Sinais.....	51
Quem é Quem?	51
A Outra Metade.....	51
Sessão 7 - Atenção	52
“A Figura Igual”	52

“Sopa de Letras”	52
“Bingo”	52
Sessão 8 – Linguagem	52
“Sinónimos e Antónimos”	53
“Rimar e Encantar”	53
“Era uma vez...”	53
Sessão 9 – Funções Executivas	53
Qual a ordem?.....	54
Sem C.....	54
Sessão 10 – O Fim / Encerramento.....	55
Referências Bibliográficas.....	56
Anexos	58
Anexo I – Consentimento Informado	59
Anexo II – Planificação das sessões	60
Anexo III – Questionário Geral.....	62
Anexo IV– Sessão nº 1 – Ficha de Identificação	63
Anexo V– Sessão nº 1 – Linha da Vida	64
Anexo VI – Sessão nº 2 – Afirmação e Negação	65
Anexo VII– Sessão nº 2 – O que tem ali?	67
Anexo VIII– Sessão nº 2 – Complementar	68
Anexo IX– Sessão nº 3 – Contas Simples	70
Anexo X– Sessão nº 3 – Vamos às Compras!.....	71
Anexo XI– Sessão nº 4 – Este ou Aquele?	72
Anexo XII– Sessão nº 4 – Lista de Tarefas.....	73
Anexo XIII– Sessão nº 4 – Letras ao Molho.....	75
Anexo XIV– Sessão nº 5 – Saber Popular	76
Anexo XV– Sessão nº 5 – Jogo da Memória.....	77
Anexo XVI– Sessão nº 5 – Jogo do Stop.....	81
Anexo XVII– Sessão nº 6 – Sinais	82
Anexo XVIII– Sessão nº 6 – A Outra Metade	83
Anexo XIX– Sessão nº 7 – A Figura Igual.....	84
Anexo XX– Sessão nº 7 – Sopa de Letras	86
Anexo XXI– Sessão nº 7 – Bingo.....	87

Anexo XXII– Sessão nº 8 – Sinónimos e Antónimos	88
Anexo XXIII– Sessão nº 8 – Rimar e Encantar	89
Anexo XXIV– Sessão nº 8 – Era uma vez... ..	90
Anexo XXV– Sessão nº 9 – Qual é a ordem?.....	91
Anexo XXVI– Sessão nº 9 – Sem C.....	92

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; Zimmerman, 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 autonomia e funcionalidade (Silva, Pereira, Gonçalves, Vieira, Medeiros, Altermann e Carpes 2011).

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.

Estrutura do Programa

O PEC – ATIV’AMENTE será 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 e o participante 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 visuoperceptivas.

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.
- Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C. & Carrasco, M. M. (2006). *Psiquiatria Geriátrica*. (2ª ed.). 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

Consentimento Informado

A presente atividade é de carácter voluntário e consiste em fotografar cada utente internado na RNCCI do Hospital 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 voluntario 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; → Partilha de experiências vividas.

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:**

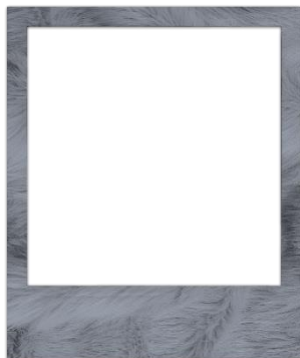
Escolaridade: _____

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? _____

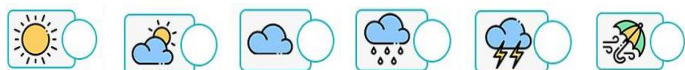
Tem irmãos? Sim _____ Não _____ Quantos? _____

Motivo de internamento? _____

Observações: _____

A Linha da Vida





Dia	Mês	Ano

Nome: _____

Afirmção 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.

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

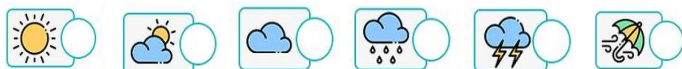
A cigarra passou todo o verão a _____, enquanto a formiga juntava todas as _____. Quando chegou o _____, a cigarra foi a casa da formiga para lhe _____ que lhe desse de comer.

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



Nome: _____

Dia	Mês	Ano

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.

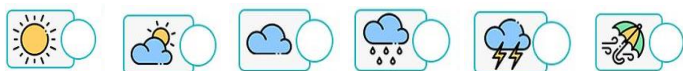
Compras de Quinta-feira

- 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?



Nome: _____

Dia	Mês	Ano

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?



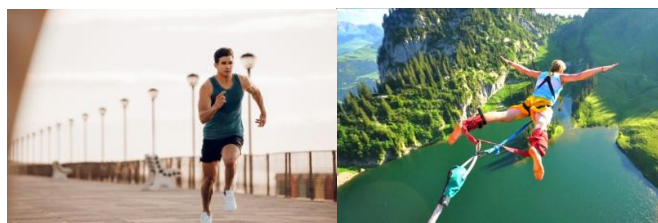
Qual é opção mais saudável?



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

OPCAM

ENSNUV

RLFO

LEDAP

DAAALPM

RARCO

AORD

EOXOIFLN

BCROA

AASTOP

CABLEO

MPTEO

LPAANE

OUAPR

POHLREO

CBOORTRE

CTAANE

ENLAJA

AOMDTA

RPOTA

OOBCIM

ODTLHEA

ALUITQN

AACM

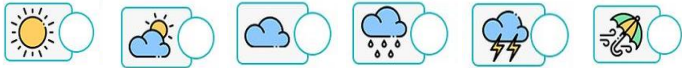
EAXIL

ORCPO

ÇCLAAS

NRAPE

RIJAMD



nome:

Dia	Mês	Ano

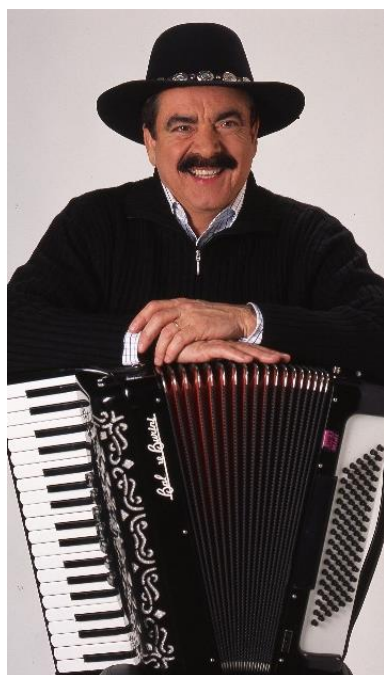
Saber Popular

➤ **Complete os seguintes provérbios populares.**

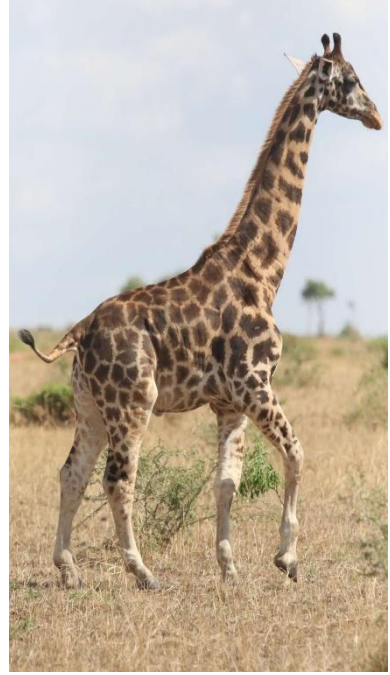
1. A esperança é a última a _____.
2. Casa que não é _____ não é governada.
3. Em terra de _____ quem tem um _____ é rei.
4. Depois da _____ aparecem os _____.
5. _____ aos bons, serás _____ deles, chega-te aos maus,
_____.

Jogo da Memória

➤ Exemplo das cartas de jogo



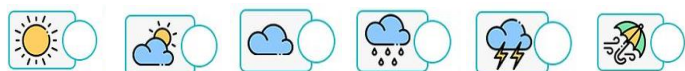






Jogo do Stop

Nomes	Objetos	Animais	Plantas	Cores	Países/Cidades



Dia	Mês	Ano

Nome: _____

Sinais

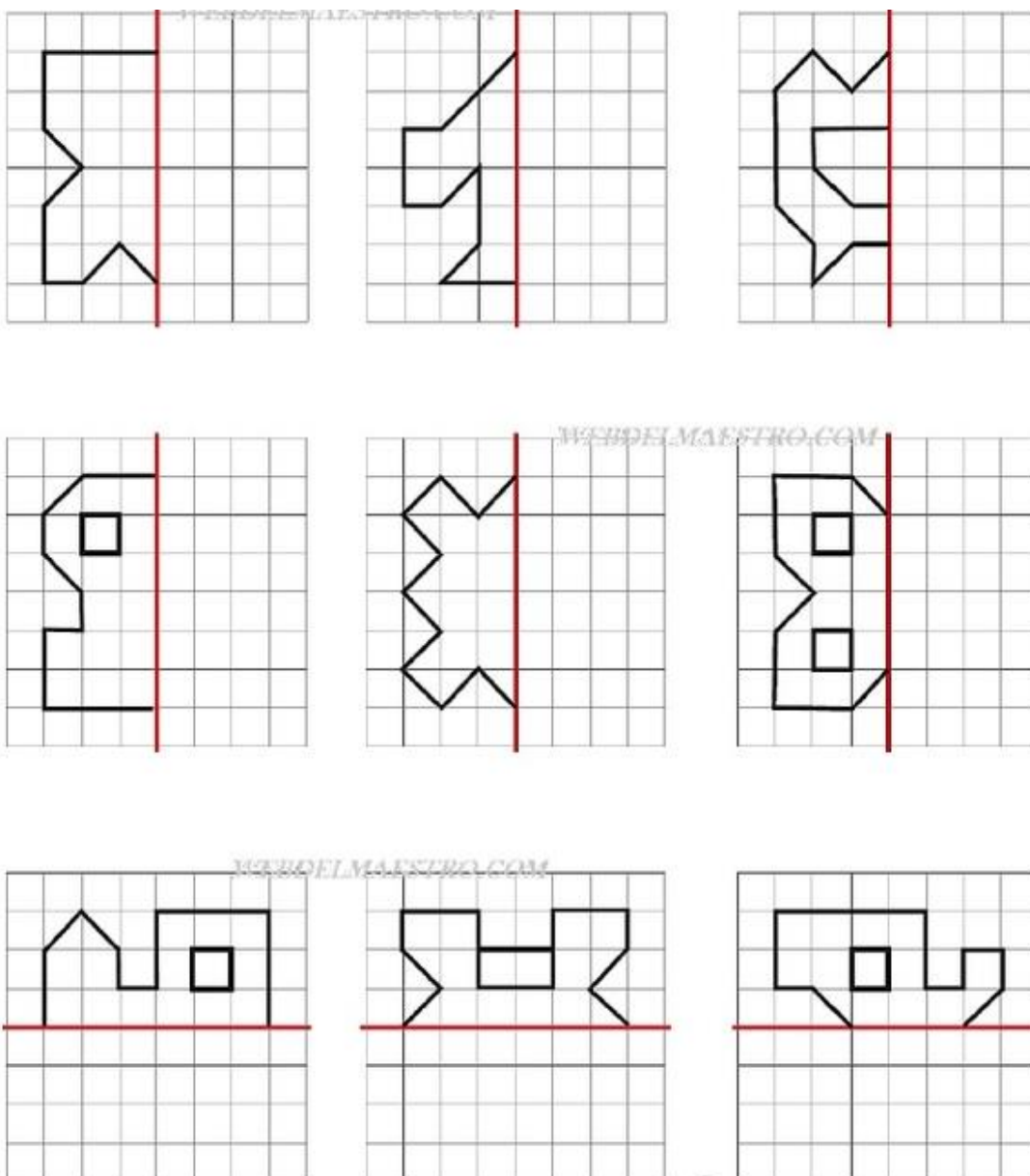
Identifica os sinais.

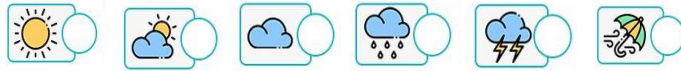


Anexo XVIII– Sessão nº 6 – A Outra Metade

A Outra Metade

Complete a imagem.



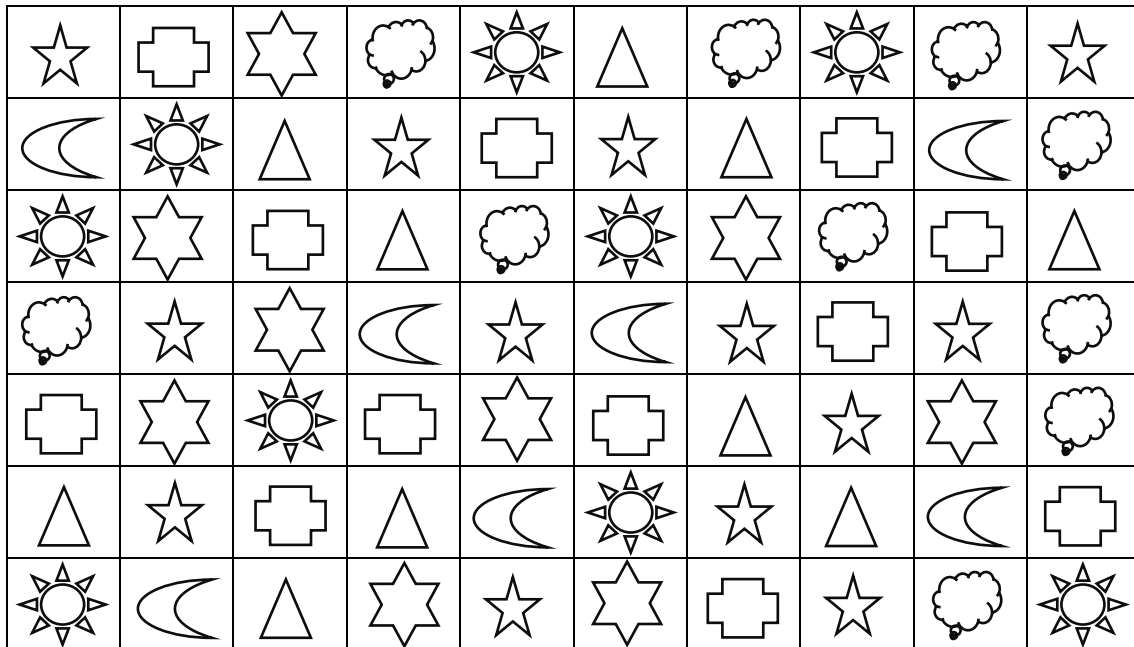


Dia	Mês	Ano

Nome: _____

A Figura Igual

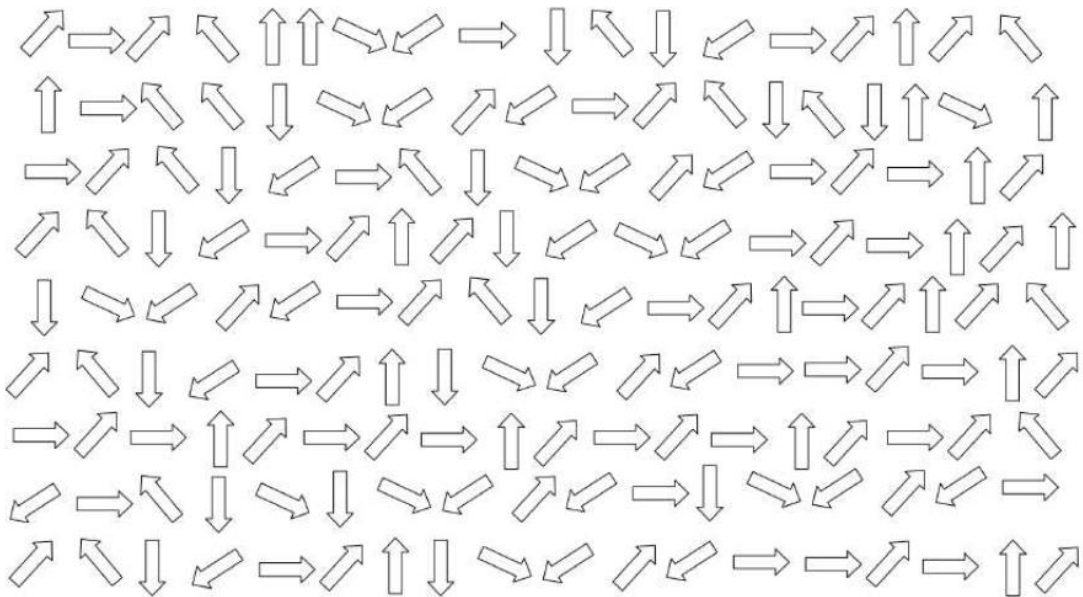
Encontre a seguinte figura:



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

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

Encontre todas as setas:



Anexo XX– Sessão nº 7 – Sopa de Letras

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
ESPANHA 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

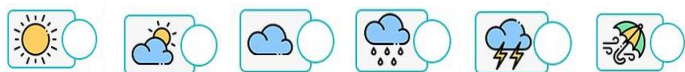
Pilha

Era uma vez...

Imagens ilustrativas



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



Nome: _____

Dia	Mês	Ano

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 II- Plano de Formação “Conversas de Bata Branca”

Conversas de Bata Branca

Plano de Formação - Workshop

julho de 2022.

Índice

Síntese de Pertinência	4
1. A Comunicação.....	5
1.1. A Comunicação Verbal e Não-verbal	7
1.1.1 Aspetos não verbais do discurso.....	8
2. A Comunicação em Contextos de Saúde	10
3. A Comunicação / Relação entre Profissionais de Saúde.....	12
4. A Comunicação / Relação com os Utentes	14
5. A Comunicação / Relação com a Família	17
Objetivos Gerais.....	19
Critérios de Inclusão dos Participantes	19
Estrutura da Formação / <i>Workshop</i>	19
Planos de Sessão.....	20
Referências Bibliográficas.....	24

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, do Hospital.

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).

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 conseqüente, 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 & 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 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.

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.

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.

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).

5. A Comunicação / Relação com a Família

A família, atualmente, não se resume apenas à ligação por consanguidade, 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, 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 no Hospital onde foi realizado o estágio, 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. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v26i2.10725>.
- 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 (6ªEdição)*. 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.
- 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).

Anexo III- Primeira sessão da formação “Conversas de Bata Branca”

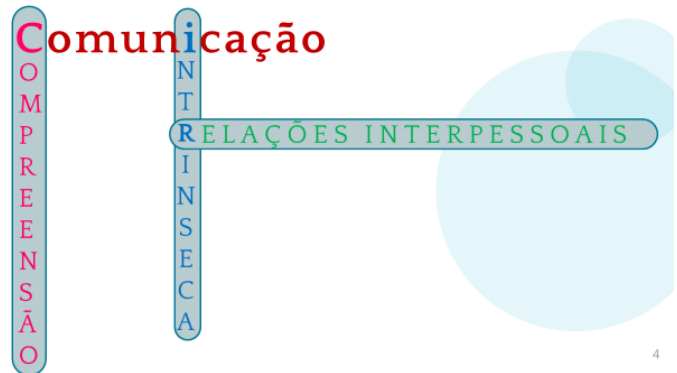


- 01 Comunicação
- 02 Comunicação Verbal e Não-Verbal
- 03 Comunicação em Contextos de Saúde
- 04 Atividade



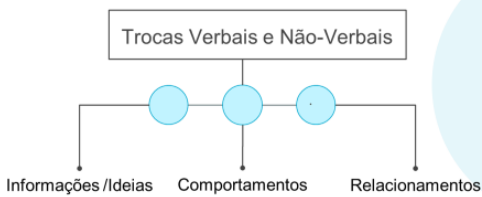
2

Comunicação

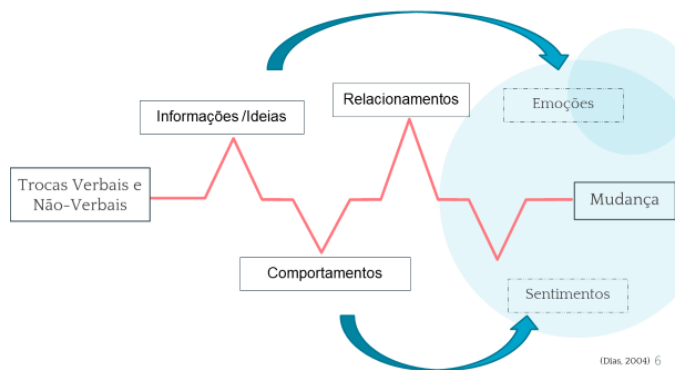


4

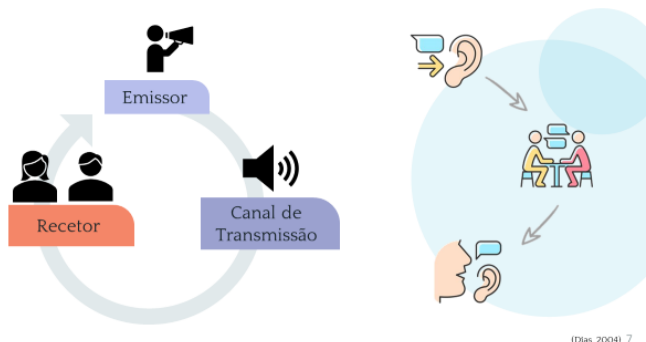
Impossível Não Comunicar!



(Rego, 2007) 5

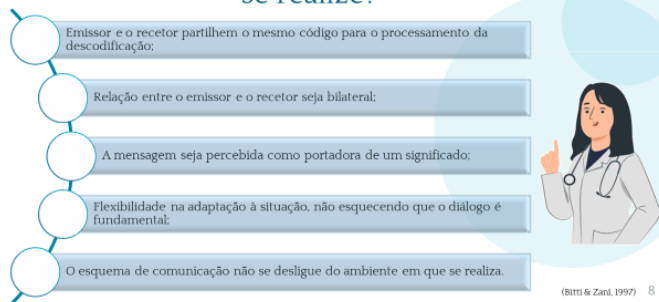


(Dias, 2004) 6



(Dias, 2004) 7

O que é necessário para que a comunicação se realize?



(Bitti & Zanil, 1997) 8



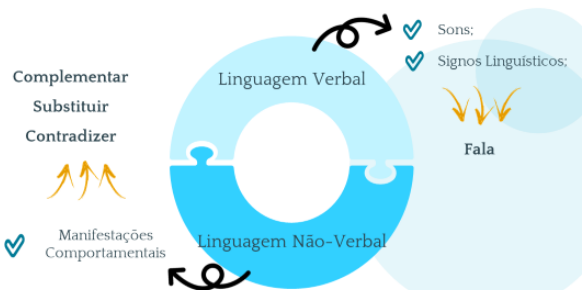
(Dias, 2004)

9

Comunicação Verbal e Não-Verbal

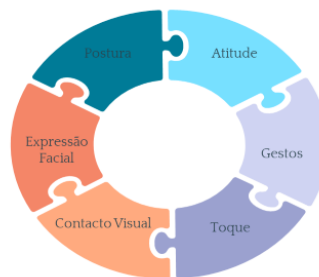


10



(Silva, 2017; Jacobson, 2001; Agostinho et al., 2010) 11

Aspetos Não-Verbais do Discurso



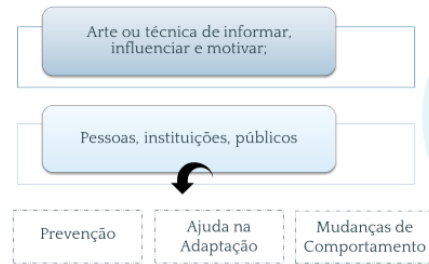
12

Comunicação em Contexto de Saúde



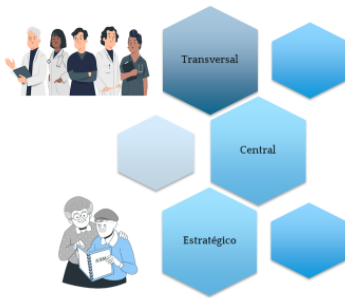
13

Comunicação em Contexto de Saúde



(Fischhoff & 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

17



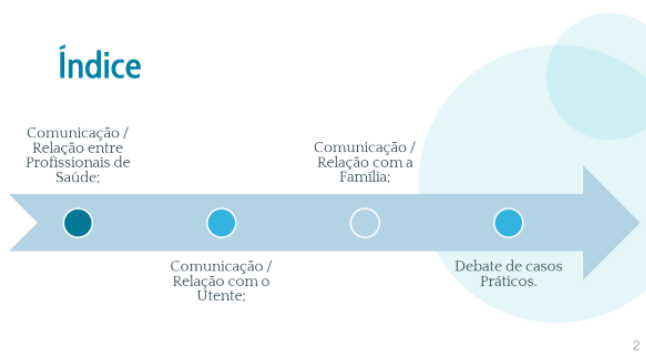
18

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.
- Bittl, 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 [ODPH] 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

Anexo IV- Segunda sessão da formação “Conversas de Bata Branca”



2



4

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.

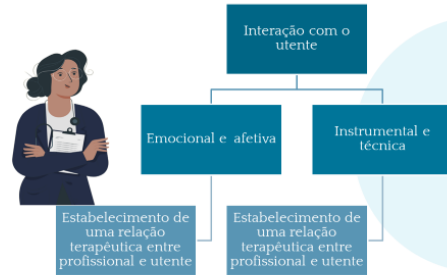
Hobgood et al. (2002)

6

Comunicação/Relação com o Utente



7



(Greenhalgh & Heath, 2010)

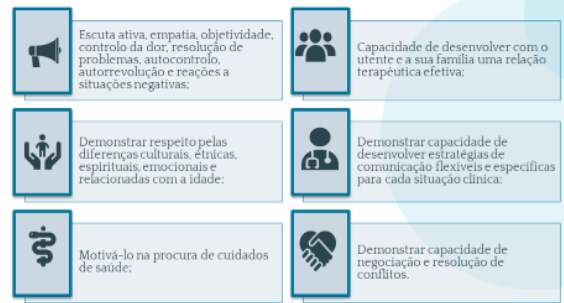
8

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



(Teixeira, 2004)

Competências importantes na comunicação com os utentes



(Hobgood et al., 2002)

10

Competências (não verbais) importantes na comunicação com os utentes

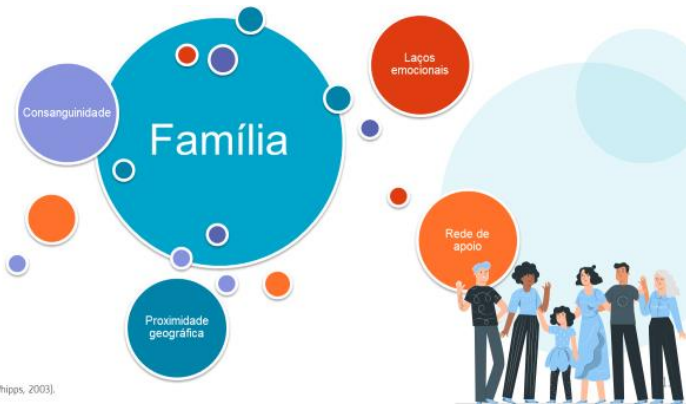


11

Comunicação/Relação com a Família

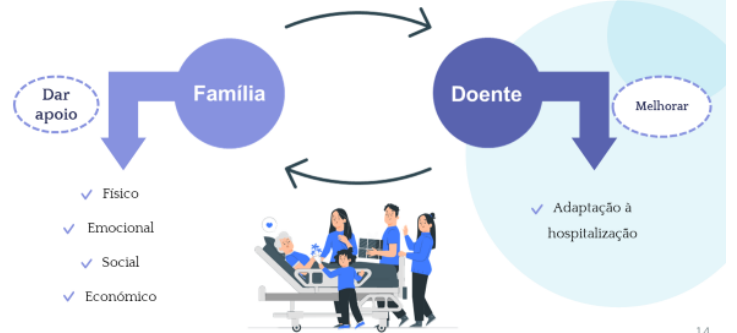


12



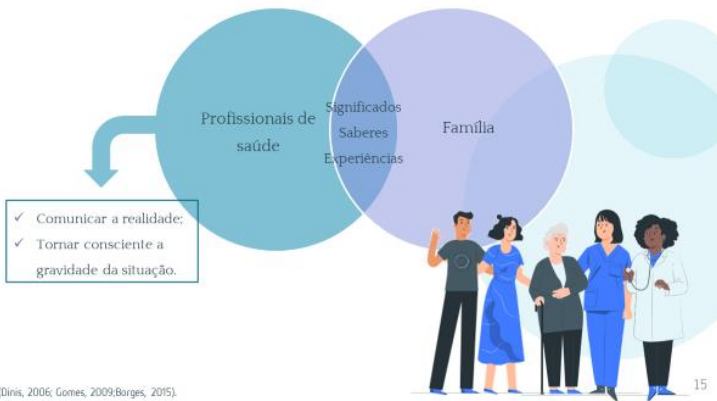
(Phipps, 2003).

Hospitalização de um familiar



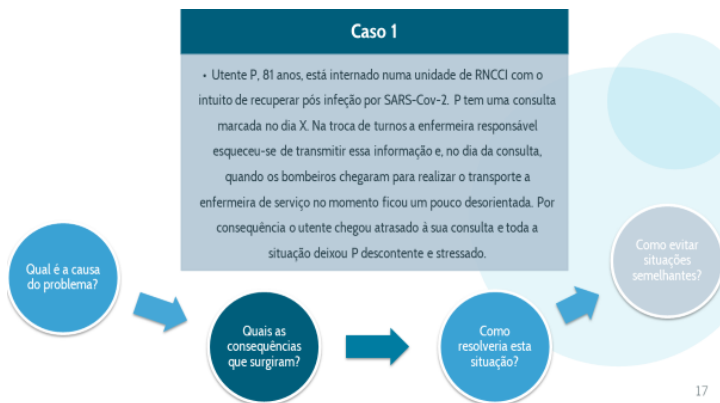
(Galera & Luis, 2002; Saiote, 2010, p.11)

14

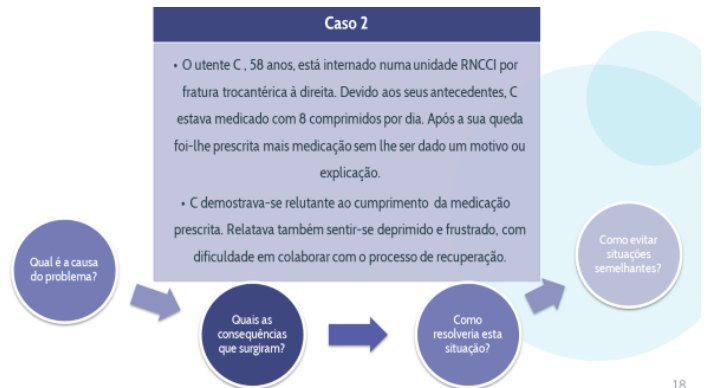


(Dinis, 2006; Gomes, 2009; Borges, 2015).

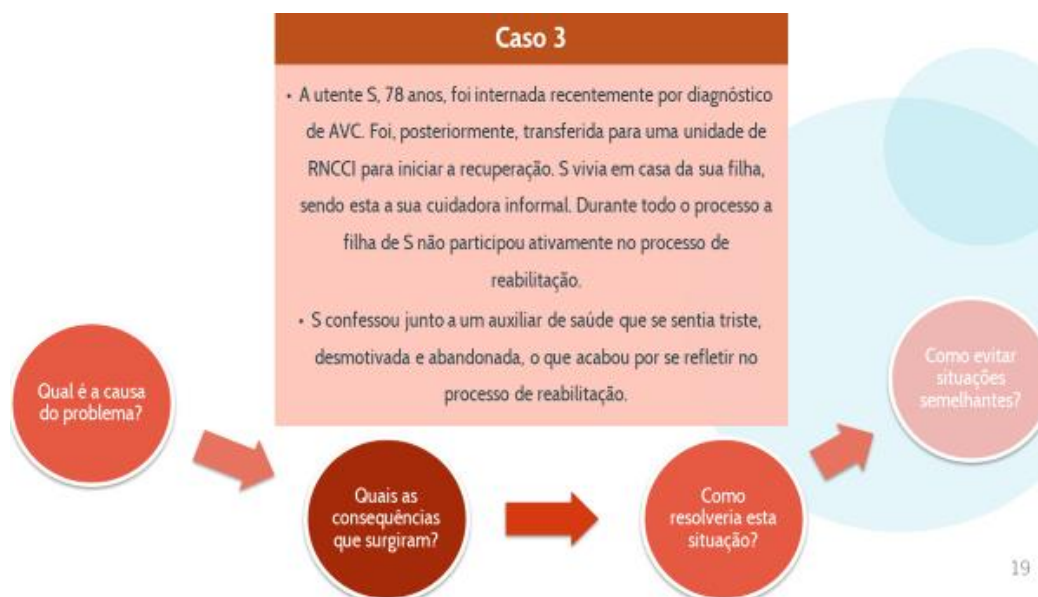
15



17



18



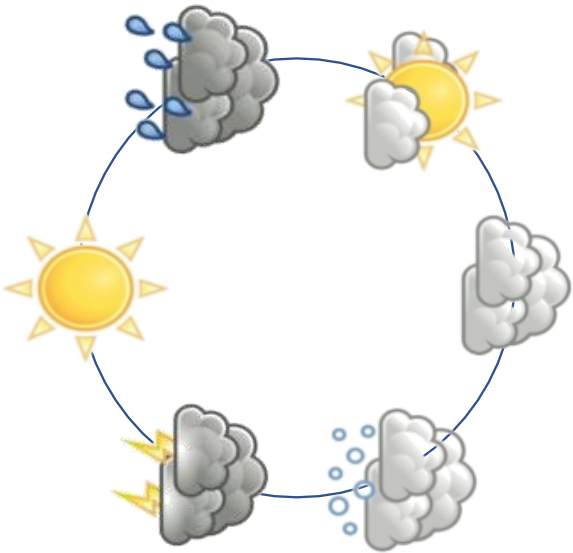
Referências

- 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, 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.
- Galera, S., Luis, M. (2002). Principais conceitos da abordagem sistémica em cuidados de enfermagem ao indivíduo 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.
- 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).

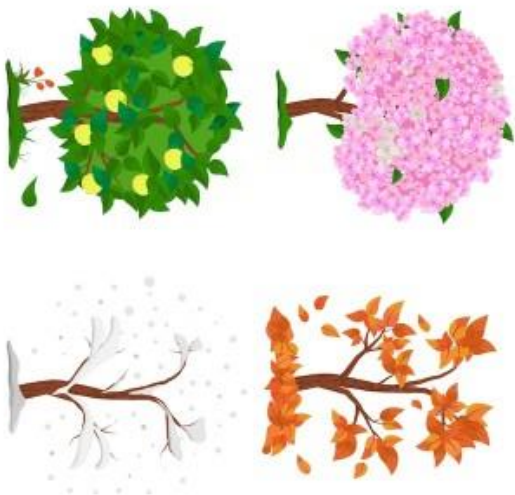
Anexo V- Material de orientação para a realidade

- 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

