



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## Relatório de Estágio

Apresentado à Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**

**Sara Margarida de Sousa Santos**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

OUTUBRO 2019



# CATÓLICA

## FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

### Relatório de Estágio

Local de Estágio: Hospital da Santa Casa da  
Misericórdia de Vila Verde

Relatório de estágio apresentado à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**

**Sara Margarida de Sousa Santos**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Eleonora Costa, minha orientadora, o meu sincero agradecimento por todo o profissionalismo, disponibilidade, companheirismo, exigência, compreensão e acompanhamento ao longo desta caminhada. Muito obrigada.

À Dra. Sofia Bicas Machado, minha orientadora local, muito obrigada pela disponibilidade, pela compreensão, profissionalismo, apoio, pela forma como me recebeu e integrou no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e por me transmitir os conhecimentos necessários durante esta fase, o estágio curricular. Obrigada pela partilha diária de experiências e pelas discussões fundamentais acerca dos casos clínicos, que foram uma parte essencial do estágio. Muito obrigada.

À Dra. Márcia Fernandes, muito obrigada pela disponibilidade, pela ajuda, pelo carinho, apoio e compreensão durante esta jornada tão importante.

Aos meus pais, Carminda e Luís, por todo o apoio, amor, dedicação, pela paciência incondicional, pelas palavras de motivação e encorajamento. Obrigada por estarem sempre presentes. Sem vocês, nada disto seria possível. Devo-vos tudo. OBRIGADA.

Aos meus irmãos, André e Cláudia por todos os sorrisos partilhados, por me apoiarem durante todo este percurso académico, e por me encorajarem nos momentos mais difíceis. Muito obrigada por tudo.

Aos meus avós, aos meus tios, aos meus primos, aos meus sobrinhos, o meu sincero agradecimento.

Um especial agradecimento à Soraia Gonçalves, por todo o apoio, motivação, amor, por todos os sorrisos e lágrimas que partilhamos ao longo destes 5 anos, pela paciência, cumplicidade e sobretudo por nunca teres desistido de mim. Obrigada por estares sempre do meu lado.

Aos meus amigos, obrigada por compreenderem e me ajudarem nos bons e maus momentos. Obrigada pelo carinho, amor, pelas palavras de motivação, e por serem pessoas tão fantásticas comigo.

À minha colega de estágio, Catarina Gomes, pelos momentos de boa disposição, carinho, força, lealdade e entre ajuda.

Por último, agradeço aos professores do curso de Psicologia, pela ajuda, motivação, compreensão e por todos os conhecimentos transmitidos ao longo desta jornada, que em muito me ajudaram durante o estágio.

A todos, o meu mais sincero OBRIGADA.

## **Resumo**

O presente estágio realizou-se no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, desenvolvido no âmbito do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. O estágio curricular teve início no dia 9 de outubro de 2018 e terminou no dia 18 de junho de 2019 sob a orientação da Dra. Ana Sofia Bicas Machado, num total de 456 horas.

O estágio curricular teve como principais objetivos promover a nossa formação profissionalizante; proporcionar a aplicação de diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos de prática psicológica; desenvolver competências práticas que vão de encontro com as diversas abordagens teóricas que foram estudadas ao longo de todo o percurso académico; e, por fim, promover o contato e a aprendizagem de boas práticas, de forma a desenvolver competências profissionais adequadas e autónomas.

No presente relatório é apresentado uma caracterização da instituição onde decorreu o estágio curricular, a descrição da função do psicólogo e neuropsicólogo na instituição, o levantamento das necessidades, a descrição das atividades realizadas na instituição, nomeadamente as atividades de avaliação psicológica, de intervenção psicológica individual e em grupo, e por fim, as ações de formação.

**Palavras-chave:** Estágio Curricular; Psicologia Clínica e da Saúde; Hospital da Misericórdia de Vila Verde; Neuropsicologia.

## **Abstract**

This internship took place at the Santa Casa da Misericórdia Hospital of Vila Verde, developed during the 2<sup>nd</sup> year of the Master in Clinical and Health Psychology of the Faculty of Philosophy and Social Sciences of the Portuguese Catholic University - Braga Regional Center. The internship began on October 9, 2018 and ended on June 18, 2019 under the guidance of Dr. Ana Sofia Bicas Machado, for a total of 456 hours.

The curricular internship had as main objectives to promote our vocational training; provide the application of different theoretical approaches to the various contexts of psychological practice; develop practical skills that meet the various theoretical approaches that have been studied throughout the academic course; and, finally, to promote contact and learning of good practices in order to develop appropriate and autonomous professional skills.

This report presents a description of the institution where the curricular internship took place, the description of the role of the psychologist and neuropsychologist in the institution, the needs assessment, the description of the activities performed in the institution, namely the activities of psychological assessment, individual psychological intervention, and in group, and finally, the training actions.

**Keywords:** Curricular Internship; Clinical and Health Psychology; Hospital da Misericórdia de Vila Verde; Neuropsychology.

### **Acrónimos e siglas**

**ACE-R** - Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**DSM-5** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Edition

**GAI** – Geriatric Anxiety Inventory

**GDS-15** - Geriatric Depression Scale

**HADS** - Hospital Anxiety and Depression Scale

**HSCMVV** – Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde

**MMSE** – Mini Mental Mental State Examination

**PNC** – Perturbação Neurocognitiva

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SWOT** – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

**UC** – Unidade de Convalescença

**ULDM** – Unidade de Longa Duração e Manutenção

**UMDR** – Unidade de Média Duração e Reabilitação

## Índice

1. Introdução.....	10
2. Caraterização do contexto institucional	
2.1. Caraterização da instituição.....	11
2.2. Caraterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	13
2.3.O papel do Psicólogo na instituição .....	16
2.4.O papel do Neuropsicólogo na instituição.....	18
2.5. Avaliação das necessidades .....	20
2.5.1. Metodologias usadas na avaliação das necessidades .....	20
2.5.2. Identificação e fundamentação das necessidades .....	21
2.5.3. Estabelecimento de prioridades .....	22
2.5.4. Alvos de intervenção .....	23
3. Objetivos do estágio curricular .....	23
4. Atividades desenvolvidas	
4.1. Definição das atividades desenvolvidas .....	23
4.1.1. Avaliação psicológica .....	23
4.1.2. Avaliação neuropsicológica.....	24
4.1.3. Intervenção neuropsicológica .....	25
5. Intervenção individual.....	26
5.1. Apresentação do caso clínico individual .....	27
5.2. Discussão dos Casos Clínicos.....	36
6. Intervenção em grupo: Sessões de estimulação cognitiva .....	36
6.1. Fundamentação teórica .....	37
6.2. População-alvo e objetivos.....	39
6.3. Descrição da atividade da intervenção em grupo .....	39
6.4. Pré e pós-teste.....	40
6.5. Planeamento das sessões .....	41

6.6. Materiais utilizados .....	41
6.7. Avaliação/reflexão geral e limitações da intervenção em grupo .....	41
7. Ações de formação .....	42
7.1. Cuidar sem deixar de se cuidar .....	42
7.1.1. População-alvo e objetivos da ação de formação .....	43
7.1.2. Materiais utilizados .....	43
7.1.3. Fundamentação teórica .....	43
7.1.4. Avaliação/reflexão geral e limitações da ação de formação .....	45
7.2. Lidar com as demências .....	46
7.2.1. População-alvo e objetivos da ação de formação .....	46
7.2.2. Materiais utilizados .....	47
7.2.3. Fundamentação teórica .....	47
7.2.4. Avaliação/reflexão geral e limitações da ação de formação .....	48
8. Reflexão pessoal .....	49
9. Referências Bibliográficas .....	51
Anexos .....	57

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo A</b> – Cronograma .....	58
<b>Anexo B</b> – Caso V.P. ....	60
<b>Anexo C</b> – Caso M.G. ....	73
<b>Anexo D</b> – Caso R.F. ....	81
<b>Anexo E</b> – Jogo de estimulação cognitiva utilizado na intervenção em grupo .....	87
<b>Anexo F</b> – Planeamento das sessões da intervenção em grupo .....	95
<b>Anexo G</b> – Descrição das sessões da intervenção em grupo .....	99
<b>Anexo H</b> – <i>Power Point</i> da ação de formação “Cuidar sem deixar de cuidar” .....	127
<b>Anexo I</b> – Folheto informativo da ação de formação “Cuidar sem deixar de se cuidar” .....	130
<b>Anexo J</b> – Cartaz de divulgação da ação de formação “Cuidar sem deixar de se cuidar” ....	131
<b>Anexo L</b> – <i>Power Point</i> da ação de formação “Lidar com as demências” .....	132

<b>Anexo M</b> – Folheto informativo da ação de formação “Lidar com as demências” .....	135
<b>Anexo N</b> – Cartaz de divulgação da ação de formação “Lidar com as demências” .....	136

### **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1</b> – Análise <i>SWOT</i> .....	22
---	----

## **1. Introdução**

O presente relatório relata o caminho do estágio curricular que se realiza no Hospital da Misericórdia de Vila Verde, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, desenvolvido no âmbito do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. O estágio curricular teve início no dia 9 de outubro de 2018 e terminou no dia 18 de junho de 2019 sob a orientação da Dra. Sofia Bicas Machado, com um total de 456 horas.

O estágio curricular teve como principais objetivos promover a nossa formação profissionalizante; proporcionar a aplicação de diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos de prática psicológica; desenvolver competências práticas que vão de encontro com as diversas abordagens teóricas que foram estudadas ao longo de todo o percurso académico; e, por fim, promover o contato e a aprendizagem de boas práticas, de forma a desenvolver competências profissionais adequadas e autónomas. Os focos de intervenção foram os utentes que se encontravam nas instalações da Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), da Unidade de Convalescência (UC) e da Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) da instituição.

O presente relatório é dividido em duas importantes partes, nomeadamente a primeira parte que consiste na caracterização do contexto institucional e a segunda parte que consiste na descrição das atividades desenvolvidas. Relativamente à primeira parte do relatório, procedeu-se à caracterização da instituição e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o papel do Psicólogo e do Neuropsicólogo na instituição, a avaliação das necessidades, as metodologias usadas na avaliação das necessidades, a identificação e fundamentação das necessidades, o estabelecimento de prioridades, os alvos de intervenção, e os objetivos do estágio curricular. No que toca à segunda parte do relatório, foram descritas as atividades de avaliação psicológica e neuropsicológica, intervenção neuropsicológica, intervenção individual e em grupo e as duas ações de formação realizadas.

Posteriormente, foi apresentada uma reflexão pessoal sobre o estágio curricular, as referências bibliográficas, bem como os anexos, onde se encontram os materiais que foram utilizados para a realização das atividades.

## **2. Caraterização do contexto institucional**

### **2.1. Caraterização da instituição**

A Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde começou a dar os seus primeiros passos no ano de 1943. No entanto, esta foi apenas inaugurada no ano de 1944, após ter sido devidamente aceite pelo Arcebispo de Braga e Primaz das Espanhas D. António Bento Martins Júnior (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

No ano de 1977, foi comemorado o acordo realizado com a Santa Casa, quando ocorreu a extinção do Instituto da Família e Ação Social, para que fosse possível assumir o Centro de Bem-Estar Infantil. O serviço foi realizado em prol das crianças com idades até aos 5 anos (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

A Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde lançou-se também na ajuda aos idosos. Através desta iniciativa, foram então construídos um Lar de Terceira Idade e um Centro de Dia. Apesar da existência de obstáculos a nível administrativo face a intromissões políticas, a instituição, na década de 80, lançou-se com a obtenção do regime jurídico de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) (Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, 2018).

O Lar de Terceira Idade foi apenas inaugurado em 1987 e, ainda neste mesmo ano, foi criada a valência de apoio domiciliário. Ao mesmo tempo, foram planeadas as novas instalações da creche/jardim de infância. As respetivas inaugurações ocorreram no ano de 1994, isto é, no quinquagésimo aniversário da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

A Santa Casa, com a finalidade de aumentar a sua ação na população mais desfavorecida, criou novas valências de apoio às pessoas com deficiência. Foi então aberto ao público, no ano de 1996, o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) (Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, 2018).

Na mesma altura, estavam a decorrer diversas negociações de modo a que o Estado devolvesse o hospital à Santa Casa da Misericórdia, ocorrendo então no ano de 1995 (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

O Hospital da Misericórdia de Vila Verde, juntamente com o posto de socorros foi aberto ao público no ano de 1947. Durante a década de 70, tendo em conta a insatisfação demonstrada por parte dos dirigentes da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde com as pobres condições de trabalho na instituição, houve a necessidade de apadrinhar o movimento “pró-hospital novo”. Este foi então inaugurado no ano de 1968. O novo hospital permitiu a

prática de atos médicos e clínicos com melhores condições, e que eram impossíveis de realizar nas antigas instalações (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

A abertura do hospital ao público, após terem sido executadas profundas remodelações, ocorreu 3 anos depois. Já nessa altura, existia uma diversificação e uma máxima qualidade dos serviços, destacando-se a oftalmologia, os centros de hemodiálise, exames e análises (Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, 2018).

Com o passar do tempo, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde foi-se desenvolvendo e crescendo, mas, após o 25 de abril de 1974, o Estado procedeu à nacionalização do hospital, o que contribuiu para o desabamento de todas as ações desenvolvidas pela instituição, bem como dos seus projetos futuros (Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, 2018).

Atualmente, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde é considerada uma instituição de referência e prestígio ao nível da solidariedade social, com mais de 65 anos de história. Esta apresenta diversas valências, nomeadamente a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), a Creche e o Jardim de Infância, o Lar Residencial e Centro de Atividades Ocupacionais, a Farmácia e Loja de Produtos Paramédicos, as Unidades de Cuidados Continuados, o Hospital, a Pastelaria, o Colégio e o Instituto Britânico, o Serviço de Atendimento Permanente (SAP), os Blocos de Cirurgia e a Pré-Primária (Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, 2018).

A ERPI destina-se a idosos, com autonomia ou em situação de perda de independência/ autonomia, beneficiando da intervenção de equipas técnicas multidisciplinares, com profissionais experientes, que proporcionam um apoio biopsicossocial e cuidados de saúde aos utentes (Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2018).

O Lar Residencial consiste num alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, de pessoas com deficiência e incapacidade que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar (Apadi, 2018).

O Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) trata-se de uma resposta social que surge através de uma necessidade de prestar apoio aos jovens e adultos com deficiência mental e outras incapacidades, com vista ao desenvolvimento e manutenção das suas autonomias pessoais, sociais e do seu equilíbrio biopsicoemocional (Fundação Coi, 2017).

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) do Hospital da Misericórdia de Vila Verde integra a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) com capacidade para 33 camas, a Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDm) com capacidade para 33

camas e, por fim, a Unidade de Convalescença (UC) com capacidade para 17 camas (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

O Colégio D. João de Aboim abriu as portas pela primeira vez no dia 7 de setembro de 2018, contando com uma capacidade de 200 alunos do 1º ciclo. O estabelecimento de ensino é propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e situa-se junto ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

Em funcionamento ininterruptamente, o SAP da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde disponibiliza assistência médica de Clínica Geral, podendo recorrer, sempre que necessário a todas as especialidades existentes no Hospital. O corpo clínico do SAP é composto por médicos especialistas, apoiados por uma equipa de enfermeiros e de técnicos especializados. Conta também com o apoio do Laboratório de Análises Clínicas e Centro de Imagiologia, dispendo dos melhores meios tecnológicos existentes e com rigor. O principal foco do SAP é proporcionar os cuidados necessários a todos os utentes (Hospital Misericórdia Vila Verde, 2018).

## **2.2. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições, tanto privadas como públicas, que prestam ou poderão vir a prestar cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem dependentes de outras, quer nas suas próprias casas, quer nas instalações em que se encontram (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018).

A RNCCI foi gerada através de uma associação entre os Ministérios da Solidariedade e Segurança Social e entre diversos prestadores de cuidados de saúde e de apoio social. Esta rede foi criada através do Decreto Lei nº 101/2006 do dia 6 de junho no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde, 2013).

Existem diversos profissionais de saúde que estão envolvidos na RNCCI, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, psicólogos, animadores socioculturais, nutricionistas e auxiliares de ação médica (Administração Regional de Saúde do Norte, 2016).

A RNCCI tem como principal objetivo gerar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da sua independência e reabilitação. Envolve o trabalho integrado de várias equipas de saúde e de apoio social através

do empenhamento dos utentes e familiares ou dos seus respetivos cuidadores informais (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018).

Atualmente torna-se visível que a maior parte dos utentes que integram a RNCCI sejam idosos, e que o número de crianças e de jovens que utilizam a rede sejam casos pontuais isolados (Administração Regional de Saúde do Norte, 2016).

As pessoas nas seguintes situações têm o direito de usufruir dos Cuidados Continuados Integrados: dependência funcional temporária, por exemplo, recuperação após uma cirurgia; dependência funcional prolongada; idosos que possuam critérios de fragilidade, como por exemplo, dependência ou a presença de alguma doença; e, por fim, doenças graves que possam estar em fase avançada ou terminal (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde, 2013).

A RNCCI abrange várias unidades de internamento, nomeadamente de Cuidados Continuados de Convalescença, de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação, de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, e de Cuidados Paliativos (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018).

A Unidade de Convalescença está designada para pessoas que estiveram internadas num hospital devido a uma doença súbita, ou ao agravamento de uma doença ou deficiência crónica. No entanto, estas mesmas pessoas já não necessitam de cuidados hospitalares, mas continuam a precisar de cuidados de saúde (Administração Regional de Saúde do Norte, 2016).

A Unidade de Média Duração e Reabilitação está reservada para as pessoas que perderam de forma temporária a sua independência, mas que existe a possibilidade de a recuperarem e de se reabilitarem. Neste sentido, as pessoas que se encontravam nesta unidade, necessitam de cuidados de saúde, de apoio social e de reabilitação (Segurança Social, 2017).

A Unidade de Longa Duração e Manutenção é designada para pessoas que possuem doenças crónicas com diversos tipos de dependência e níveis de complexidade. Os indivíduos não possuem as condições adequadas de forma a que lhe sejam prestados os devidos cuidados nas suas próprias casas ou nas instituições em que se encontram. Esta unidade permite prestar o apoio social necessário, bem como os devidos cuidados de saúde de manutenção aos utentes. É possível assim contribuir para a prevenção do agravamento da dependência que o utente possui, melhorando assim a sua qualidade de vida (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde, 2013).

Na Unidade de Cuidados Paliativos não existe um limite de período de internamento do utente. Esta unidade destina-se aos doentes que se encontram numa situação clínica complicada

e com muito sofrimento, devido a uma doença grave, sem cura e progressiva (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

A RNCCI inclui também diversas unidades de ambulatório, equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social, e equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Relativamente às Unidades de Ambulatório, estas não requerem internamento do utente. Dentro destas, existe a Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia, que é integrada por pessoas que possuem níveis distintos de dependência, que requerem a prestação de cuidados integrados de saúde e de apoio social, e que possam deslocar-se facilmente de forma a recebê-los adequadamente (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Existem também, dentro da RNCCI, os Cuidados Continuados Integrados Domiciliários. São destinados a pessoas que se encontram em situação de dependência funcional ou de doença terminal, mas, no entanto, não é necessário proceder ao internamento destes utentes (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018).

A gestão e a coordenação da RNCCI processam-se a nível nacional, sem prejuízo para a coordenação operativa, regional e local. Organizam-se em: Equipa de Gestão de Altas (EGA); Equipas Coordenadoras Regionais (ECR); e, por fim, Equipas Coordenadoras Locais (ECL) (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde, 2013).

As ECL articulam com a ECR da respetiva região, asseguram o acompanhamento e a avaliação da rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades. (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde, 2013).

Conforme já era praticado no âmbito dos serviços de apoio do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, isto é, a Segurança Social, nos casos de prolongamento do internamento do utente nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, o custo será calculado de acordo com a capacidade económica de cada utente e da sua família (Segurança Social, 2017).

O internamento dos utentes nas Unidades de Convalescença e nas Unidades de Cuidados Paliativos não apresenta quaisquer custos. Os custos referentes aos cuidados de saúde são pagos pelo Serviço Nacional de Saúde, isto é, pelo Ministério da Saúde ou por outros subsistemas de saúde (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde, 2013).

Cada unidade só pode cobrar ao utente, no que toca a cuidados e serviços de saúde e de apoio social, o valor diário apurado e que se comprometeu a pagar quando assinou o Termo de Aceitação do Internamento. Todas as outras despesas, que não sejam parte dos cuidados e

serviços acordados, são da exclusiva responsabilidade do utente, quando por si solicitadas (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde, 2013).

Quem referencia as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI são os profissionais de saúde dos hospitais e os profissionais de saúde das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados de saúde personalizados. Estes profissionais podem ser nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes sociais (Administração Regional de Saúde do Norte, 2016).

A decisão sobre qual das formas de apoio adequadas a cada utente é sempre decidida por técnicos das diferentes equipas que integram a RNCCI, isto é, Equipas de Gestão de Altas (EGA) relativamente aos hospitais e Equipas de Coordenação Local (ECL) ao nível dos centros de saúde (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2018).

Quando o utente já se encontra internado num hospital do Serviço Nacional de Saúde, este deverá contactar o serviço onde está internado ou então a Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse mesmo hospital. A EGA do hospital onde o utente está internado em situação de episódio agudo de doença, tratará da análise da situação do paciente. Se for verificado que o utente possui todas as condições necessárias para ser encaminhado para a RNCCI, a equipa irá enviar uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da área de residência do utente (Segurança Social, 2017).

A avaliação interdisciplinar é feita, de preferência, logo no início do internamento, uma vez que é preciso preparar, com tempo, a etapa que se segue à alta clínica do paciente (Segurança Social, 2017). Quando o utente se encontrar em sua casa, num hospital privado ou então noutra tipo de estabelecimento, e se estiver em situação de dependência que precise de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, deverá contactar um médico, enfermeiro ou assistente social do Centro de Saúde da área onde reside. Uma equipa proveniente desse mesmo Centro de Saúde vai então avaliar a situação do doente. Se for verificado que o utente possui todas as condições necessárias para ser encaminhado para a RNCCI, a equipa enviará uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da mesma área do utente (Segurança Social, 2017).

O utente e o seu respetivo cuidador, isto é, a pessoa que o assiste, estão envolvidos ao longo de todo este processo de encaminhamento para a RNCCI (Segurança Social, 2017).

### **2.3.O papel do Psicólogo na instituição**

O papel da Psicologia ganha destaque na promoção e na manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções psicológicas tendo sempre em conta os fatores

sociais, culturais e ambientais. O bem-estar psicológico e a saúde mental são essenciais na intervenção psicológica nos serviços de saúde, tendo sempre em conta que os indivíduos e as comunidades são os principais responsáveis pela manutenção da sua saúde, prevenção e sobrevivência à doença. Os elementos fundamentais na abordagem psicológica nos serviços de saúde são o sujeito, a família, os técnicos de saúde e o suporte social que abrange o sistema de saúde e o sistema educativo, mobilizando os dispositivos de segurança social e de suporte comunitário (Trindade, 1996).

A Psicologia no âmbito dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários desempenha um papel importante na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e das disfunções psicológicas individuais e familiares (Trindade & Teixeira, 1998). A intervenção dos psicólogos nos Centros de Saúde parece ter uma influência positiva na obtenção de ganhos na saúde, constituindo assim, a principal forma de participar nos cuidados de saúde primários (Trindade & Teixeira, 2002).

O Psicólogo presta atenção ao bem-estar psicológico dos sujeitos e dos grupos sociais durante as diferentes fases do ciclo vital. Desta forma, torna-se indispensável a criação de apoios na comunidade que contribuam para a promoção e a manutenção da saúde, bem como a prevenção de doenças relacionadas com o comportamento, assumindo os fatores psicológicos na saúde e na doença (Trindade, 1996).

No sistema de saúde, os Psicólogos Clínicos e da Saúde prestam serviço essencialmente nos centros de saúde, hospitais gerais e hospitais de especialidade, destacando-se as seguintes competências: o estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico; o estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento; a participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico; o aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo; a intervenção psicológica e psicoterapia; a responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia; a integração em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal se mostrar conveniente; a participação em reuniões científicas; a participação em ações de formação na área da especialidade; e a participação em programas de investigação em aspetos relacionados com a sua área profissional (Trindade, 1996).

O Psicólogo Clínico e da Saúde debruça-se nas questões relacionadas à aquisição de comportamentos saudáveis, mudança de comportamentos ligados à saúde, processos de confronto com a doença e as suas consequências, qualidade de vida e saúde, qualidade dos cuidados de saúde e condições de saúde dos técnicos de saúde (Trindade, 1996).

De acordo com Trindade e Teixeira (2007), a contribuição do psicólogo nos cuidados de saúde primários encontra-se organizada em três áreas diferentes. A primeira área diz respeito à promoção da saúde, nomeadamente na implementação de práticas de saúde e de políticas de saúde que contribuem para o bem-estar da saúde individual e coletiva, bem como possibilitar aos utentes o aumento sobre o seu controlo de saúde e integrando ações de informação e educação para a saúde, de mudança organizacional e de desenvolvimento comunitário, procurando promover estilos de vida saudáveis. De seguida, a segunda área denominada proteção da saúde corresponde à execução da segurança do trabalho, na precaução de acidentes, bem como tentar evitar as ameaças ecológicas para a saúde. Por fim, a última área corresponde aos serviços preventivos, que se focam especificamente na saúde materna, saúde infantil, saúde escolar, saúde oral, saúde ocupacional, saúde geriátrica, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, das doenças cardiovasculares, dos tumores malignos, assim como nas contribuições que possam ser vantajosas na adesão a tratamentos, a programas de autocuidados, principalmente nas doenças crónicas e nos comportamentos saudáveis.

As atividades exercidas por um Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários abrangem muitas mais áreas: consulta psicológica, participação nos cuidados na comunidade, participação em atividades de humanização e qualidade em saúde, atividades formativas e intervenção na comunidade relativamente em programas e projetos desenvolvidos em parceria com outras organizações (Trindade & Teixeira, 2002).

#### **2.4.O papel do Neuropsicólogo na instituição**

A Neuropsicologia é definida como a ciência psicológica enquadrada no âmbito das Neurociências, que estuda as relações existentes entre o cérebro, os processos cognitivos superiores e o comportamento humano. É uma ciência especializada da Psicologia que se encarrega do estudo das relações existentes entre o cérebro e os processos cognitivos, comportamentais e emocionais, com o objetivo de identificar, descrever, avaliar, diagnosticar e reabilitar todas as alterações que são derivadas das disfunções do Sistema Nervoso Central (González, Lapedrizia, & Unturbe, 2003).

Segundo Luria (1981), a Neuropsicologia é a área específica da Psicologia que tem como principal objetivo realizar a investigação do papel de sistemas cerebrais individuais em formas complexas de atividades mentais.

O mesmo autor defendia que o principal objetivo da Neuropsicologia consistia em generalizar ideias modernas referentes à base cerebral do funcionamento complexo da mente humana e discutir os sistemas do cérebro que participam na construção de percepção e ação, da

fala e da inteligência, do movimento e da atividade consciente virada para as metas (Luria, 1981).

A Neuropsicologia é um campo do conhecimento interessado em estabelecer as relações existentes entre o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC) e as funções cognitivas e o comportamento, tanto nas condições normais como nas patológicas. Tem uma natureza multidisciplinar, apoiando-se em fundamentos das Neurociências e da Psicologia, e visa ao tratamento dos distúrbios cognitivos e comportamentais decorrentes de alterações no funcionamento do SNC. A Neuropsicologia, na atualidade, tem uma ampla gama de aplicações na prática de pesquisas e na área clínica, que são frequentemente de natureza multiprofissional (González, Lapedrizia & Unturbe, 2003). O Neuropsicólogo atua, principalmente, na avaliação (exame neuropsicológico) e no tratamento (reabilitação neuropsicológica) das consequências de disfunções do sistema nervoso. Essas disfunções, por sua vez, podem estar relacionadas ao desenvolvimento anormal do sistema nervoso (por exemplo, a perturbação de hiperatividade e *déficit* de atenção, a esquizofrenia, a dislexia) ou serem adquiridas ao longo da vida (por exemplo, o traumatismo cranioencefálico, o acidente vascular cerebral, as demências) (Maia, Correia, & Leite, 2009).

O papel do Neuropsicólogo passa por realizar a avaliação e o diagnóstico através do uso de instrumentos como testes, baterias e escalas. Investiga o desempenho de competências do paciente como a atenção, a percepção, a linguagem, o raciocínio, a abstração, a memória, a aprendizagem, as competências acadêmicas, o processamento da informação, o afeto, as funções motoras e as funções executivas (Verdejo-García & Bechara, 2010).

O Neuropsicólogo possui diversas funções, nomeadamente a avaliação neuropsicológica, a planificação de tratamentos, seguir a avaliação dos programas de reabilitação, realizar relatórios e devolvê-los à fonte ou pessoa que remitiu o caso, assim como valorar o impacto socio laboral derivado de uma patologia que apresenta o paciente e estabelecer um prognóstico da avaliação e do benefício da aplicação de um programa de reabilitação neuropsicológica (González, Lapedrizia & Unturbe, 2003).

É possível o Neuropsicólogo atuar junto de outros profissionais, promovendo assim a cooperação na inserção ou reinserção dos pacientes na comunidade (quando possível), ou ainda na adaptação individual e familiar, quando as mudanças nas capacidades do paciente forem mais duradouras ou de longo prazo. Um outro contexto de atuação é o da pesquisa, a qual envolve o estudo de diversas áreas, como o estudo das cognições, das emoções, da personalidade e do comportamento, focando-se na relação entre estes aspetos e o funcionamento cerebral (Maia, Correia, & Leite, 2009).

O tratamento implica a identificação dos objetivos e das necessidades do paciente, formulação de programas de intervenção, implementação, supervisão e adaptação do programa às necessidades específicas em questão (González, Lapedrizia & Unturbe, 2003).

Tendo por base o diagnóstico, é possível realizar as intervenções necessárias junto dos pacientes, para que estes possam melhorar, compensar, contornar ou adaptar-se às suas dificuldades. Essas intervenções podem ser realizadas no âmbito do funcionamento cognitivo, ou seja, no trabalho direto com as funções executivas, e no âmbito de um trabalho realizado no ambiente familiar do paciente (Verdejo-García & Bechara, 2010).

## **2.5. Avaliação das necessidades**

### **2.5.1. Metodologias usadas na avaliação das necessidades**

De forma a conhecer e a compreender adequadamente as necessidades da instituição e, deste modo, aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados pela mesma aos seus utentes, é fundamental a realização da avaliação das necessidades.

As conversas informais com a orientadora local no Hospital da Misericórdia de Vila Verde, bem como as observações diretas do funcionamento da instituição foram uma importante metodologia utilizada, uma vez que, poderão ser fundamentais durante as intervenções que serão realizadas na instituição, podendo ser um dos fios condutores que contribuirão para conhecer as dinâmicas existentes na mesma.

Por conseguinte, durante a primeira fase do estágio curricular, uma outra das metodologias usadas na avaliação das necessidades da instituição foi a análise documental. Esta foi realizada através da observação dos processos dos utentes que se encontravam na UMDR da instituição; e, da respetiva observação da realização de avaliações e planos de intervenção e, posteriores reavaliações quinzenais dos mesmos.

Procedeu-se também à observação de reuniões entre as equipas multidisciplinares responsáveis acerca de alguns utentes. A utilização desta metodologia permitiu conhecer os objetivos e compreender melhor os problemas associados aos mesmos. Foi também possível compreender o que já foi realizado anteriormente, e o que melhorou ou piorou consoante a problemática do utente.

As notas de campo foram também uma das metodologias utilizadas ao longo do tempo do estágio curricular. Estas são definidas como sendo relatórios que descrevem experiências realizadas durante o processo de observação (Emerson, Fretz & Shaw, 2013).

Para a análise das necessidades recorreu-se também à Análise *SWOT* que permite de forma sintética, evidenciar os pontos fortes e fracos internos da organização e as oportunidades

e ameaças indiciadas pelo ambiente externo. Esta análise estuda a competitividade de uma organização segundo quatro variáveis que funcionam como indicadores da situação da organização, nomeadamente, Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças) (Silva, Silva, Barbosa, Henrique & Batista, 2005). Assim, a análise *SWOT* é uma ferramenta utilizada para fazer análises da organização/ambiente que serve como base para a gestão e planeamento estratégico da organização (Silva, Silva, Barbosa, Henrique & Batista, 2005).

### **2.5.2. Identificação e fundamentação das necessidades**

Após recorrer às metodologias usadas na avaliação das necessidades da instituição, foi possível identificar alguns pontos fortes e pontos fracos no Hospital da Misericórdia de Vila Verde.

Através da análise *SWOT*, foi possível identificar, em termos de forças da instituição: a boa formação dos profissionais, elevado número de iniciativas de promoção da saúde por parte da equipa multidisciplinar; a valorização e estabelecimento de relações positivas e estáveis entre os profissionais, os auxiliares que trabalham no HSCMVV e os respetivos utentes das diferentes valências da instituição; a articulação das diferentes áreas de saúde nas intervenções realizadas com os utentes; e a preocupação por parte da instituição em permitir um ambiente estável, cómodo e positivo aos seus utentes de forma a que se sintam bem, pois muitos deles encontram-se internados por grandes períodos de tempo.

No que diz respeito às fraquezas, apontamos vulnerabilidades como: falta de algum material para jogos que são aplicados aos utentes e que contribuem para a sua estimulação cognitiva, através da atenção, perceção, memória e funções executivas; a falta de gabinetes destinados ao atendimento Psicológico por parte dos estagiários; a falta de apoio psicológico à própria equipa de Psicologia; e o número reduzido de computadores disponíveis para serem acedidos pelos profissionais quando for necessário.

Ainda através desta análise, no que concerne às oportunidades, estas são, nomeadamente: a excelente formação dos colaboradores; a realização de várias sessões de psicoeducação a familiares e utentes; e a observação de reuniões entre as equipas multidisciplinares por parte dos estagiários.

Por fim, as ameaças apontadas são, nomeadamente o pouco tempo de intervenção/acompanhamento individual com os utentes da instituição; e as poucas oportunidades de observação de consultas de Psicologia.

Tabela 1

*Análise SWOT*

<b><i>Strength – Forças</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Boa formação dos profissionais;</li> <li>✓ Elevado número de iniciativas de promoção da saúde por parte da equipa multidisciplinar;</li> <li>✓ Relações positivas entre os profissionais, os auxiliares e os respetivos utentes;</li> <li>✓ Articulação das diferentes áreas de saúde nas intervenções realizadas com os utentes;</li> <li>✓ Preocupação por parte da instituição em criar um ambiente estável, cómodo e positivo aos seus utentes;</li> </ul>
<b><i>Weaknesses - Fraquezas</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falta de algum material para os jogos de estimulação cognitiva que são aplicados aos utentes;</li> <li>✓ Falta de gabinetes destinados ao atendimento Psicológico por parte dos estagiários;</li> <li>✓ Falta de apoio psicológico à própria equipa de Psicologia;</li> <li>✓ Número reduzido de computadores disponíveis para serem acedidos pelos profissionais quando for necessário;</li> </ul>
<b><i>Opportunities - Oportunidades</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formação dos colaboradores;</li> <li>✓ Realização de sessões de psicoeducação a familiares e utentes;</li> <li>✓ Observação de reuniões entre as equipas multidisciplinares por parte dos estagiários;</li> </ul>
<b><i>Threats - Ameaças</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pouco tempo de intervenção/acompanhamento individual;</li> <li>✓ Poucas oportunidades de observação de consultas de Psicologia;</li> </ul>

### 2.5.3. Estabelecimento de prioridades

Relativamente ao estabelecimento de prioridades na instituição, torna-se necessário a realização de novos jogos/material ou aperfeiçoamento/adaptação de jogos e material anteriormente utilizados. Esta permite promover a diversificação de atividades que podem ser aplicadas junto dos utentes para melhorar a sua estimulação cognitiva.

É de salientar a importância do apoio psicológico à própria equipa de Psicologia do HSCMVV, bem como aos restantes colaboradores da instituição; uma maior disponibilização de espaços adequados para os atendimentos psicológicos aos utentes por parte dos estagiários;

e uma maior disponibilização de computadores para serem acedidos pelos profissionais da instituição quando for necessário.

#### **2.5.4. Alvos de intervenção**

No que diz respeito aos alvos de intervenção, estes foram os utentes que se encontram internados na UMDR, na UC e na ULDM do Hospital da Misericórdia de Vila Verde. As ações de formação foram realizadas junto dos utentes da UMDR e, posteriormente, as sessões da intervenção em grupo foram realizadas junto dos utentes da ULDM. As sessões da intervenção individual foram realizadas com utentes da UMDR e da UC indicados pela orientadora local de estágio. Foram atribuídos quatro casos clínicos individuais (dois utentes na UMDR e dois utentes na UC).

### **3. Objetivos do estágio curricular**

A realização do estágio curricular no HSCMVV é uma componente prática e fundamental do plano curricular do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Teve como principais objetivos adquirir uma formação profissionalizante, proporcionar a aplicação de diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos de prática psicológica, promover o contacto e a aprendizagem de boas práticas, contribuindo para o desenvolvimento de competências profissionais adequadas e autónomas.

## **4. Atividades desenvolvidas**

### **4.1. Definição das atividades desenvolvidas**

De acordo com as necessidades do HSCMVV, e com o intuito de responder aos objetivos propostos para o estágio curricular, foram desenvolvidas as seguintes atividades: avaliação e intervenção psicológica e neuropsicológica individual e em grupo, e duas ações de formação.

#### **4.1.1. Avaliação psicológica**

A avaliação psicológica é definida como a disciplina da psicologia que se dedica à exploração e análise do comportamento de um ou mais sujeitos (Ballesteros, 2006). Este conceito abarca um conjunto de procedimentos e técnicas de recolha e interpretação de informação de índole psicológica, que tem como objetivo principal descrever as características e comportamento dos indivíduos ou de grupos (Almeida, 1993). De acordo com Ballesteros

(2006), a avaliação psicológica consiste num processo de resolução de problemas e tomada de decisão que tem início através do pedido de ajuda do utente e/ou sujeito a um psicólogo. A avaliação psicológica é considerada uma atividade ampla e fundamental, sendo que pode ser utilizada em diversos contextos de atuação do psicólogo (Padilha, Noronha, & Fagan, 2007).

Neste sentido, a avaliação no âmbito da Psicologia distingue-se da que é realizada noutras áreas, uma vez que esta recorre a técnicas e instrumentos elaborados especificamente para esta área. Assim, a avaliação psicológica consiste na utilização de técnicas e instrumentos por parte de psicólogos especializados sendo que o desenvolvimento desta área contribuiu para a consolidação da Psicologia enquanto ciência (Pais-Ribeiro & Leal, 1997).

O processo de avaliação psicológica realizado ao longo do estágio envolveu o recurso a diversas ferramentas tais como: entrevista clínica, avaliação do estado mental e utilização de testes psicométricos (cognitivos, entre outros) aos utentes. Deste modo, a avaliação pode constituir a base de um diagnóstico ajustado e conseqüentemente de um planeamento adequado de intervenção.

Atualmente, a avaliação neuropsicológica demonstra ser uma ferramenta útil para ajudar a definir melhor as necessidades de intervenção terapêutica e a orientar, de uma forma mais eficiente, os objetivos da reabilitação neurocognitiva dos pacientes. Portanto, de modo a realizar uma boa intervenção neuropsicológica com os utentes, é necessário conhecer as características cognitivas e executivas dos mesmos (Blanco et al., 2016).

#### **4.1.2. Avaliação neuropsicológica**

A avaliação neuropsicológica diz respeito a um processo no qual se recorre ao uso de testes estandardizados com o intuito de aceder a determinados processos psicológicos (construtos), tal como a memória, a atenção, a concentração, as funções executivas, entre outros (Pliskin & Sworowski, 2003).

A avaliação neuropsicológica é recomendada em qualquer caso onde exista suspeita de uma dificuldade cognitiva ou comportamental de origem neurológica, dado que pode auxiliar no diagnóstico e tratamento de diversas patologias neurológicas, problemas de desenvolvimento infantil, comprometimentos psiquiátricos, alterações de comportamento, entre outras (Costa, Azambuja, Portuguez, & Costa, 2004).

Segundo Bergquist e Malec (2002), a avaliação neuropsicológica tem um passado relativamente recente, no entanto importante, na medida em que tem demonstrado um papel fundamental como método de diagnóstico na identificação de lesões e/ou alterações cerebrais. Outros autores reforçam esta ideia salientando que este tipo de avaliação desempenha um papel

crucial não só na formulação de diagnósticos, como também em toda a intervenção terapêutica específica para cada subtipo de manifestações clínicas.

#### **4.1.3. Intervenção neuropsicológica**

A intervenção neuropsicológica consiste num processo de cooperação entre o indivíduo com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares, tendo por objetivo compensar ou atenuar os défices cognitivos resultantes do dano neurológico (Pais, 2008). Abrange um conjunto de estratégias e de técnicas cognitivas, que visam inicialmente a restauração clínica de funções e, depois, a compensação de funções, com o objetivo de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além dos de funções executivas (Gindri et al., 2012).

De um modo geral, a intervenção neuropsicológica consiste na aplicação de técnicas de tratamento específicas para as diferentes perturbações comportamentais e cognitivas derivadas de uma lesão cerebral. Antes de iniciar qualquer tipo de programa de intervenção neuropsicológica, é importante avaliar o perfil cognitivo do indivíduo, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas (González, Lapedrizia, & Unturbe, 2003).

As ações específicas de tratamento e de intervenção neuropsicológica são a intervenção terapêutica, de modo a otimizar a recuperação das funções cognitivas (atenção, linguagem e memória); a facilitação do uso de técnicas e métodos compensatórios; o tratamento as perturbações emocionais e comportamentais associadas à lesão atual do paciente, de modo a facilitar o seu processo de adaptação à mesma; a intervenção com os familiares, informando-os acerca da lesão cerebral do utente e as suas respetivas consequências; o tratamento das possíveis alterações comportamentais e emocionais que se possam manifestar nos próprios familiares; o envolvimento da família e dos amigos do utente relativamente ao processo de reabilitação, combinando entre si os objetivos e a metodologia de trabalho; e, a estimulação cognitiva, que consiste numa intervenção cujo o objetivo é estimular as funções preservadas, assim como manter a autonomia do paciente durante o maior tempo possível (González, Lapedrizia, & Unturbe, 2003).

Tendo por base o diagnóstico, é possível realizar as intervenções necessárias junto dos pacientes, para que estes possam melhorar, compensar, contornar ou adaptar-se às suas dificuldades. Essas intervenções podem ser realizadas no âmbito do funcionamento cognitivo, ou seja, no trabalho direto com as funções executivas, e no âmbito de um trabalho realizado no ambiente familiar do paciente (Gindri et al., 2012).

Atualmente, a intervenção neuropsicológica demonstra ser uma ferramenta útil para ajudar a definir melhor as necessidades de intervenção terapêutica e a orientar, de uma forma mais eficiente, os objetivos da reabilitação neurocognitiva dos pacientes. Portanto, de modo a realizar uma boa intervenção neuropsicológica com os utentes, é necessário conhecer as características cognitivas e executivas dos mesmos (Blanco et al., 2016).

## **5. Intervenção individual**

No sistema de saúde existe uma imensa variedade de situações clínicas e de contextos que podem levar o utente a recorrer à intervenção psicológica, o que possibilita a utilização de vários modelos teóricos, salvaguardando que a sua adaptabilidade às necessidades do utente e às características do contexto do serviço de saúde (Trindade & Teixeira, 2000).

As sessões da intervenção individual foram realizadas com utentes da UMDR e da UC indicados pela orientadora local de estágio. Foram atribuídos quatro casos clínicos (dois utentes na UMDR e dois utentes na UC) durante o período de 26 de fevereiro de 2019 a 5 de julho de 2019. Os exercícios de estimulação cognitiva que foram aplicados na realização da intervenção em grupo, foram também aplicados para a realização da intervenção individual, adaptando-os às necessidades e dificuldades dos utentes.

Desta forma, após realizar a avaliação psicológica e nos casos em que se verificou a necessidade de intervenção psicológica individual, foi delineado um plano junto do utente e/ou familiares. Para tal, surgiu a necessidade de implementar um modelo teórico que melhor se adequou à origem e manutenção da problemática de cada utente.

Foi primeiramente realizada uma anamnese junto de cada utente, de modo a conhecer a história pessoal e clínica, bem como ter uma perceção geral da orientação, da memória, do humor, do pensamento e do discurso através da observação.

De forma a fazer o rastreio de défice cognitivo aos utentes, foram utilizados dois instrumentos para esse fim, nomeadamente a Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* (Hodges & Mioshi, 2005, versão portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008), o Mini Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa de Guerreiro et al, 1994) e o *INECO Frontal Screening* (Torralva, Roca, Gleichgerrcht, López & Manes, 2009, versão portuguesa de Moreira, Lima & Vicente, 2014).

Para realizar uma avaliação mais completa do humor dos utentes, foram utilizadas algumas escalas de humor, nomeadamente a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Zigmond & Snaith, 1983, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007), a Escala Geriátrica de Depressão (Sheikh & Yesavage, 1986, versão

portuguesa de João Apóstolo, 2011) e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2006, versão portuguesa de Espírito-Santo & Daniel, 2010).

Foi também aplicado o Questionário de Crenças Sobre a Doença (Weinman & Petrie, 2004, versão portuguesa de Araújo-Soares, Trovisqueira & McIntyre, 2004) a um dos utentes durante a sua intervenção individual, de modo a conhecer as suas crenças/perceções acerca da sua doença.

A escolha dos instrumentos a aplicar aos utentes foi influenciada por diversos fatores, nomeadamente, a idade, a história clínica e pessoal e a escolaridade.

### **5.1. Apresentação do caso clínico individual**

Ao longo do estágio curricular foram acompanhados quatro casos clínicos individuais, contudo, apenas um caso clínico será descrito detalhadamente, pelo que os restantes três se encontram em anexo (Anexo B, C e D).

#### **Caso V. B. (já corrigido)**

**Identificação:** V.B. é do sexo feminino, tem 67 anos, tem o 4º ano de escolaridade e encontra-se reformada. V.B. tem um filho que reside atualmente em Lisboa, J., mas que não mantém uma relação de proximidade. A utente afirmou que é natural de Borba, que vive sozinha e que tem um irmão. Tem como rede de suporte a sua sobrinha, S. Foi relatado que V.B. possui um companheiro que se encontra num instituto prisional.

**Motivo de encaminhamento:** V.B encontrava-se em contexto de internamento na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) do Hospital da Misericórdia da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde através da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No âmbito do internamento, é solicitada avaliação psicológica a todos os utentes.

**Avaliação do estado mental:** V.B apresentou-se colaborante e comunicativa com algumas limitações. Encontrava-se apática e pouco atenta durante a avaliação, com um discurso pouco coerente, apresentava um pensamento confuso e uma atividade psicomotora lentificada. V.B possui *insight* superficial do seu problema de saúde atual.

A utente encontrava-se orientada autopsiquicamente, mas desorientada alopsiquicamente. Apresentava imprecisões relativamente ao dia do mês, o mês do ano, o ano, ao dia da semana, ao distrito, ao andar, ao nome do edifício e da localidade onde se encontrava.

V.B. deambulava com a ajuda de um andarilho e apresentava uma atividade psicomotora lentificada. Necessitava também de assistência para ir à casa de banho e para os seus cuidados de higiene, mas, no entanto, alimentava-se sozinha e sem dificuldades.

V.B. declarou não ter dificuldades visuais e afirmou, por vezes, possuir dificuldades em compreender alguns sons que lhe são transmitidos.

V.B. afirmou que se sentia ansiosa durante o período de adaptação à UMDR e devido ao seu problema de saúde.

Relativamente às queixas cognitivas, afirmou sentir-se mais esquecida desde que se encontra no contexto de internamento, devido à mudança do ambiente e das suas rotinas.

**Início e desenvolvimento das dificuldades:** A utente tem uma ferida na perna (úlceras cutâneas na face anterior da perna direita), razão pela qual se encontra na instituição. V.B. é portadora de *Staphylococcus Aureus* com Resistência à Meticilina (MRSA) e encontrava-se sob medidas de isolamento (são necessárias luvas, bata, touca e máscara para ter contacto direto com a utente).

Em contacto com a sobrinha de V.B. (responsável pela utente), relatou que a utente tem antecedentes de acumulação no domicílio (confirmada em visita domiciliária durante o internamento) e de comportamentos impróprios (mexer no lixo em via pública) descritos pelos vizinhos da utente.

V.B. demonstrou, ao longo das sessões, flutuações ao nível do seu humor.

A utente afirmou que a sua sobrinha a ajudava imenso e que a vinha visitar à instituição com alguma regularidade. Relatou dar-se bem com a sobrinha e gostava muito dela. Foi possível observar que a relação existente entre a utente e a sua sobrinha é muito positiva, o que contribui para o bem-estar de V.B.

**História desenvolvimental, psicossocial e médica:** V.B. afirmou não ter tido nenhum problema de saúde físico e/ou psicológico anteriormente, apesar dos seus registos médicos relatarem alguns problemas de saúde significativos. A utente não possuía antecedentes de tabagismo ou de alcoolismo.

A utente possuía Diabetes Tipo Dois sob terapêutica antidiabética oral, cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva com função sistólica preservada.

V.B. possuía historial de doença cerebrovascular. Em 2018 sofreu três Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) Isquémicos sem sequelas major.

A utente apresentava antecedentes de anemia normocítica normocrómica crónica de provável etiologia multifatorial; componente de doença crónica (estado inflamatório perpetuado por infeções respiratórias e cutâneas de repetição); componente carencial por provável padrão alimentar, com défices de ferro e ácido fólico. Apresenta bronquiectasias com história de múltiplas exacerbações infecciosas; síndrome hipereosinofílico pulmonar e periférico; dislipidemia mista.

V.B. era previamente autónoma na realização das atividades de vida diária. Fazia cuidados de pensos ao Centro de Saúde onde se dirigia sozinha e sem apoios. Os múltiplos internamentos da utente nos últimos anos motivaram a suspeita de incumprimento terapêutico.

### **Avaliação psicológica/psicométrica**

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R; Hodges & Mioshi, 2005, versão portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008)

A utente apresentou uma pontuação total de 40 em 100 na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R). Relativamente à pontuação total obtida pela utente na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke, sugere a existência de um défice cognitivo.

No que diz respeito aos restantes domínios existentes na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R), V.B. obteve uma pontuação de 7 em 18 na atenção e orientação (4 em 10 na orientação; 3 em 3 na retenção e 0 em 5 na atenção e cálculo); 11 pontos em 26 na memória (1 em 3 na evocação; 7 em 7 na memória anterógrada; 0 em 4 na memória retrógrada; 0 em 7 na memória de evocação; 3 em 5 no reconhecimento); 0 pontos em 14 na fluência verbal; 15 pontos em 26 na linguagem (5 em 8 na compreensão; 1 em 1 na escrita; 3 em 4 na repetição; 6 em 12 na nomeação; 0 em 1 na leitura); e, 7 pontos em 16 nas capacidades visuo-espaciais (0 em 8 na capacidade visuo-espacial e 7 em 8 na perceção).

INECO Frontal Screening (IFS; Torralva, Roca, Gleichgerricht, López & Manes, 2009, versão portuguesa de Moreira, Lima, & Vicente, 2014)

A utente apresentou uma pontuação total de 3 em 30 no INECO Frontal Screening, o que sugere a existência de um défice cognitivo severo relativamente às funções executivas.

No que diz respeito aos domínios avaliados no INECO Frontal Screening, V.B. obteve uma pontuação de 0 em 3 no domínio das Séries Motoras (programação); 0 pontos em 3 nas Instruções Contrárias (sensibilidade à interferência); 1 ponto em 3 no Go – No Go (controlo inibitório); 1 ponto em 6 nos Dígitos em Ordem Inversa; 0 pontos em 2 na Memória de Trabalho

Verbal; 1 ponto em 4 na Memória de Trabalho Espacial; 0 pontos em 3 nos Provérbios (capacidade de abstração); e 0 pontos em 6 no *Hayling Test*.

**Resumo das avaliações das funções cognitivas da utente:** As pontuações obtidas por V.B no ACE-R sugerem a existência de défices cognitivos a nível da atenção e orientação, memória, a nível da fluência verbal da utente, a nível da linguagem, e a nível das capacidades visuo-espaciais.

A utente apresentou uma pontuação total de 3 em 30 no INECO Frontal Screening, o que sugere a existência de um défice cognitivo severo relativamente às funções executivas. A V.B. apresenta défices cognitivos graves a nível das funções executivas, nomeadamente nas Séries Motoras (programação), das Instruções Contrárias (sensibilidade à interferência), do Go – No Go (controlo inibitório), dos Dígitos em Ordem Inversa, da Memória de Trabalho Verbal, a nível da Memória de Trabalho Espacial, dos Provérbios (capacidade de abstração) e a nível do *Haylin Test*.

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI; Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2006, versão portuguesa de Espírito-Santo, & Daniel, 2010)

V.B obteve uma pontuação de 17 pontos em 20 no Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), o que indica níveis moderados a elevados de ansiedade num utente que se encontra em contexto de internamento, considerando o valor de 13 como ponto de corte.

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986, versão portuguesa de Apóstolo, 2011)

V.B. obteve uma pontuação de 6 pontos em 15 na Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), o que indica que não possui sintomatologia depressiva significativa numa utente que se encontra em contexto de internamento, considerando o valor de 5 como ponto de corte.

**Resumo das avaliações do humor da utente:** Os valores obtidos no GAI indicam que as componentes emocionais da utente devem ser alvo de intervenção, devido ao elevado nível de ansiedade sentida por V.B.

No que diz respeito às pontuações obtidas por V.B. no GDS-15, verifica-se que V.B não possui sintomatologia depressiva significativa relativamente à sua condição de saúde atual, bem como em relação ao contexto de internamento em que se encontra.

### **Diagnóstico (DSM-5, APA, 2013):**

**290.40 (F01.51) *Perturbação neurocognitiva vascular major provável com alteração do comportamento***

### **Diagnóstico Diferencial**

Tendo em conta o quadro clínico de V.B., a utente apresenta critérios para a Perturbação Neurocognitiva Vascular. No entanto, foram excluídas outras perturbações neurocognitivas, nomeadamente a Perturbação Neurocognitiva com Corpus de Lewy, pois distingue-se da Perturbação Neurocognitiva Vascular pelas suas características nucleares de alucinações e parkinsonismo espontâneo.

A Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal foi também excluída. Enquanto os défices nas funções executivas e na linguagem ocorrem na Perturbação Neurocognitiva Vascular, o início insidioso e a progressão gradual dos défices de linguagem são características da Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal e não são típicos de uma etiologia vascular. Na PNC Frontotemporal, dependendo das regiões cerebrais afetadas, podem existir também perda da capacidade executiva e alterações do comportamento, tal como a apatia. No entanto, na PNC Vascular existe uma relação temporal entre a existência de um AVC e o início do défice cognitivo, e os exames realizados revelam enfartes ou lesões na substância branca que são suficientes para explicar o quadro clínico de V.B.

Não existem evidências suficientes na história clínica e pessoal de V.B. que permitam afirmar quando se deu o início dos défices cognitivos, bem como quando começaram e progrediram os seus sintomas de acumulação, impossibilitando a atribuição do diagnóstico de Perturbação de Acumulação. Devido ao seu pensamento confuso, à sua desorientação e défices cognitivos, o relato de V.B. é impreciso. O facto da utente e a sua família não ter uma relação de proximidade, o seu companheiro se encontrar numa instituição prisional e a sua familiar mais próximo (a sua sobrinha) não saber muita informação relativamente a V.B, dificulta o conhecimento mais aprofundado da história clínica e pessoal da utente.

A Perturbação Neurocognitiva Devido à Doença de Alzheimer foi excluída, pois os potenciais biomarcadores que se encontram em processo de validação para a doença de Alzheimer, tais como os níveis de beta-amiloide e de proteína tau fosforilada no líquido cefalorraquidiano, e os exames imagiológicos de amiloide, podem ser uteis na realização do diagnóstico diferencial. Na PNC Vascular existe em geral uma história de AVC com relação temporal com o início do défice cognitivo e os enfartes ou hiperintensidades da substância branca são considerados suficientes para serem responsáveis pelo quadro clínico.

Foram também excluídas outras doenças neurológicas, na medida em que a Perturbação Neurocognitiva Vascular se sobrepõe à paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal e doença do neurónio motor, tanto clinicamente como em termos patológicos.

### **Conceptualização do Caso**

No Hospital de Braga, foi realizada uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) à utente que permitiram detetar sequelas vasculares, interessando o parênquima cortico-subcortical do lobo occipital e do hemisfério cerebeloso à direita. A utente apresenta sinais de extensa leucoencefalopatia isquémica crónica, visualizando-se também lacunas isquémicas antigas dispersas pelos gânglios da base, tálamo esquerdo e substância branca subcortical frontal direita. Não se observaram outras alterações na densidade ou na morfologia do parênquima encefálico, nomeadamente sugestivas de uma lesão neofornativa ou vascular recente. Existe uma acentuação da amplitude das vias de circulação de líquido em contexto com perda de volume encefálico. Os resultados obtidos pelos exames realizados à utente justificam a presença de uma Perturbação Neurocognitiva Vascular.

Muitos indivíduos com Perturbação Neurocognitiva Vascular, apresentam vários enfartes, com um declínio agudo progressivo ou flutuante da cognição, e com períodos intermédios de estabilidade ou mesmo de alguma melhoria. Outros indivíduos podem ter um início gradual com uma progressão lenta, um rápido desenvolvimento de défices seguido de uma relativa estabilidade, ou outra apresentação complexa. A Perturbação Neurocognitiva Vascular com início gradual e progressão lenta é em geral devida a doença dos pequenos vasos, conduzindo a lesões na substância branca, gânglios basais e/ou tálamo (American Psychiatric Association, 2013).

Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), uma avaliação neurológica revela com muita frequência a existência de um historial de AVC e/ou de Acidentes Isquémicos Transitórios e sinais indicadores de enfartes cerebrais. É também comum se encontrarem associadas alterações da personalidade e do humor, abulia, depressão e labilidade emocional.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a doença vascular cerebral mais frequente. Trata-se de um evento súbito, caracterizado pela perda rápida da função neurológica, causada por uma interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro. A irrigação sanguínea do cérebro pode ser interrompida devido a um fenómeno isquémico (obstrução de uma artéria) ou a um fenómeno hemorrágico (rompimento de uma artéria) (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

Dentro do AVC de causa isquêmica, podem diferenciar-se os eventos trombóticos e os embólicos. Um evento trombótico ocorre quando um trombo (coágulo) se forma no interior de uma das artérias cerebrais, bloqueando o fluxo de sangue. Os AVC trombóticos podem afetar artérias de grande ou pequeno calibre no cérebro. Num acidente vascular cerebral embólico, um coágulo de sangue migra através da corrente sanguínea até ao cérebro, bloqueando uma artéria cerebral. Em muitos casos, esse êmbolo tem origem no coração (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

As consequências de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) podem assumir diferentes características físicas, cognitivas e emocionais. Embora as alterações físicas sejam as mais visíveis, as alterações emocionais trazem mudanças no comportamento e pensamento do doente e são de extrema importância tanto para a recuperação e reabilitação física do mesmo, como para a sua funcionalidade e qualidade de vida (Chun, Whiteley, Carson, Dennis, & Mead, 2015).

Os fatores de risco que contribuem para a ocorrência de um AVC e para a Perturbação Neurocognitiva Vascular (PNC Vascular) podem ser modificados através da adoção de novos comportamentos ou estilos de vida. Os fatores de risco que podem ser modificados são, nomeadamente: a diabetes, o colesterol elevado (hipercolesterolemia), os triglicédeos (hipertrigliceridemia), a hipertensão arterial (pressão arterial elevada), o excesso de peso e obesidade, o tabagismo, o álcool e o sedentarismo (Graves, 2003). No entanto, existem fatores de risco que não podem ser alterados com o estilo de vida, tais como: a idade, o sexo e a genética (inclui a história familiar de doenças cardiovasculares) (Martins, 2003).

As alterações emocionais após a ocorrência de um AVC podem incluir a depressão, a ansiedade, a desinibição, a negação, a apatia, os comportamentos agressivos, a perda de iniciativa, a irritabilidade, o isolamento e a frustração (Zawadzka e Domańska, 2014).

Os fatores precipitantes das dificuldades de V.B. são nomeadamente os três AVC que sofreu em 2018 (AVC de repetição). Os fatores de vulnerabilidade para as suas dificuldades estão associados aos antecedentes e à história médica da utente, que constituem fatores de risco para a ocorrência de um AVC. Relativamente aos fatores de manutenção, estes dizem respeito ao contexto de internamento onde V.B. se encontra. Para finalizar, a estimulação cognitiva realizada junto de V.B., a cooperação da equipa multidisciplinar no bem-estar da utente, e a relação positiva que V.B. possui com a sua sobrinha constituem fatores protetores para as dificuldades da utente.

## **Intervenção**

Tendo em consideração o caso clínico apresentado, foi delineado um plano de intervenção, adaptando as estratégias e/ou técnicas à utente, às suas limitações e características.

Foi realizado com a utente, exercícios de estimulação cognitiva, a nível da memória, da orientação, funções executivas e da atenção, incentivando para que os realizasse durante o seu dia-a-dia.

Relativamente à memória, foi dito à utente listas com palavras (podiam variar entre duas a três palavras por lista) e frases, e, posteriormente a utente teria de as repetir à medida que as ouvia. Foi também mostrado à utente cinco cartões (cada um com uma imagem diferente) durante 30 segundos. Durante esse tempo, V.B. teria de memorizar cada imagem apresentada. Em seguida, cada cartão seria retirado da linha de visão da utente (após os 30 segundos) e V.B. teria de descrever o melhor possível cada uma das imagens apresentadas. Um outro exercício de memória realizado com a utente, consistia em que V.B. completasse os provérbios que lhe eram apresentados.

No que diz respeito à orientação, foi perguntado à utente o dia do mês, o mês do ano, o ano, o dia da semana, a estação do ano, a localidade, o nome do edifício, o andar, o distrito e o país. Tendo em conta a desorientação alopsíquica demonstrada pela utente, foi realizado treino cognitivo relativamente à orientação. Este treino consistia em dizer a V.B. o dia do mês, o mês do ano, o ano, o dia da semana, a estação do ano o nome da localidade onde estávamos, o distrito, o país, o nome do edifício e o andar, e posteriormente a utente repetia. Foi também perguntado à utente, como parte do treino cognitivo, as seguintes questões: quais são os dias da semana?; quais são os meses do ano?; quantos dias tem um mês?; se hoje é dia 29, que dia é amanhã? E que dia foi ontem?; se hoje é quarta-feira, que dia da semana é amanhã? E que dia da semana foi ontem?.

Seguidamente foi realizado com a utente, exercícios de atenção, que consistiam em que a utente repetisse uma sequência de dois e três números por ordem direta e, posteriormente, por ordem inversa. Um outro exercício de atenção realizado com V.B. consistiu em que a utente ligasse um conjunto de números por ordem crescente (1-2-3; 3-4-5; 5-6-7; 8-9-10). Posteriormente, era apresentado à utente cartões com sopa de letras, figuras e de números, em que consistia que V.B. encontrasse o que lhe era solicitado (as palavras vaso, rio, os números 2 e 5 e a estrela e o quadrado).

Em seguida, procedeu-se aos exercícios de linguagem, em que era pedido à utente que dissesse nomes que se recordasse e que pertencessem a uma determinada categoria (nomes de flores, cores, objetos, países). Um outro exercício de linguagem realizado com V.B. consistia

em que repetisse determinadas frases simples que lhe eram previamente ditas. Posteriormente, outro exercício consistiu em que dissessem à utente uma certa função desempenhada por um determinado profissional (fazer pão, cortar o cabelo) e V.B. teria de dizer o nome da profissão correspondente.

Para finalizar, foram realizados com a utente, exercícios de funções executivas. O primeiro exercício consistiu em que V.B., após lhe ter sido dita uma letra, dissesse todas as palavras que se lembrasse com essa letra. O segundo exercício consistiu em que V.B. fizesse contas de somar e de subtrair. O terceiro exercício consistiu em que V.B., dissesse o que havia em comum no seguinte conjunto de palavras: gato-coelho; copo-chávena caneta-lápis, rosa-margarida, entre outros.

De forma a que V.B. lidasse melhor com a ansiedade que sente, foram-lhe ensinadas estratégias para a ajudar a esse nível, nomeadamente a Respiração Diafragmática (Craske & Barlow, 1981) e as Técnicas de Distração (Clark, 1989).

A respiração diafragmática constitui uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade. Nessa técnica, pede-se que o indivíduo preste atenção à sua própria respiração e identifique os movimentos de inspiração e de expiração ao colocar a sua mão sobre o abdómen e a região peitoral. Em seguida, pede-se que respire lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, sustendo a respiração por mais três segundos e libertando o ar pela boca por seis segundos. A respiração diafragmática impede a hiperventilação e diminui os sintomas de ansiedade e a tensão muscular do indivíduo (Oliveira & Duarte, 2004).

As técnicas de distração têm a função de aliviar de imediato os sintomas de ansiedade, através do desvio da atenção dos pensamentos ou dos sintomas físicos que provocam essa mesma ansiedade (Clark, 1989). Para Clark (1989) treinar o utente a distrair-se pode ser uma boa maneira dele combater as suas crenças de que não tem controlo sobre a sua própria ansiedade. Por conseguinte, então, tenta-se treinar com o utente algumas técnicas de distração, com as quais se pretende que aprenda a mover o seu foco de atenção das suas sensações para um incompatível foco alternativo (Jarrett & Rush, 1988).

### **Objetivos terapêuticos**

Os objetivos terapêuticos da utente foram: preservar e melhorar as funções cognitivas de V.B. através do uso de estratégias/exercícios de estimulação cognitiva (atenção, memória, orientação e funções executivas); melhorar a participação ativa no processo de reabilitação; diminuir a ocorrência de sintomatologia ansiosa da utente através do uso de estratégias para lidar com a ansiedade (respiração diafragmática e técnicas de distração).

## **Estratégias terapêuticas**

As estratégias terapêuticas utilizadas com a utente foram nomeadamente:

- 1) Estabelecimento de uma relação terapêutica positiva com a utente, baseada na empatia, confiança e autenticidade e do compromisso terapêutico;
- 2) Psicoeducação referente à ansiedade sentida pela utente;
- 3) Promoção/reforço da autoestima, autoconceito, autoconfiança e segurança.

## **Avaliação da Intervenção Individual**

A intervenção individual com a utente ocorreu com algumas complexidades. Este processo foi dificultado pelas limitações da utente devido à sua problemática, e pelo facto de, durante as primeiras sessões, a utente se encontrar em medidas de isolamento devido à presença de MRSA. As medidas de isolamento dificultaram o contacto direto com V.B (impediu o uso do material necessário para a realização da intervenção individual, nomeadamente os instrumentos que foram utilizados na avaliação da utente e os cartões de exercícios de estimulação cognitiva).

No entanto, com o decorrer das sessões, V.B. apresentava flutuações no humor, o que muitas vezes contribuía ou dificultava a realização da avaliação da utente, sendo a principal limitação da intervenção individual com a utente.

## **5.2. Discussão dos Casos Clínicos**

Ao longo do estágio foi possível participar em reuniões de supervisão com a orientadora de estágio da UCP, que ocorriam semanalmente. Durante as reuniões de supervisão foram discutidos os casos individuais que foram atribuídos com o propósito de esclarecer dúvidas sobre os mesmos.

No contexto de estágio, foi também possível participar em reuniões que também ocorriam semanalmente com a orientadora local, de modo a debater e esclarecer dúvidas sobre os casos clínicos.

## **6. Intervenção em grupo: Sessões de estimulação cognitiva**

Seguidamente, será apresentada a intervenção em grupo que foi realizada durante o estágio curricular.

## **6.1. Fundamentação teórica**

Nos idosos com declínio cognitivo, a estimulação cognitiva pode representar uma potencial e promissora intervenção para a redução dos sintomas depressivos e da vulnerabilidade depressiva (Niu et al., 2010; Raes, Williams, & Hermans, 2009).

Claire e Woods (2004) fazem uma distinção entre os diferentes tipos de programas de intervenção neuropsicológica, sendo estas: a) de estimulação cognitiva; b) de reabilitação cognitiva; c) de treino cognitivo.

Os programas de estimulação cognitiva envolvem estimulação cognitiva geral e abordagens de orientação para a realidade, englobando uma série de atividades e discussões em grupo que visam obter uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos (Claire & Woods, 2004). Estes programas não se focalizam em funções específicas, mas visam estimular a cognição como um todo.

Os programas de reabilitação cognitiva assentam numa abordagem biopsicossocial e tem como objetivo ajudar as pessoas a alcançar ou manter um nível ótimo de funcionamento físico, psicológico e social, no contexto dos défices específicos decorrentes de doença ou lesão, facilitando a participação do indivíduo em atividades significativas e valorizando a manutenção dos papéis sociais (Claire & Woods, 2004). Esta abordagem foca-se no desenvolvimento de tarefas que sejam significativas para o quotidiano do indivíduo e da sua família.

Os programas de treino cognitivo envolvem geralmente a prática guiada num conjunto de tarefas específicas, que visam intervir em funções cognitivas concretas, como a memória, a atenção, a linguagem ou a função executiva. Este tipo de programa baseia-se no pressuposto de que a prática regular de determinadas funções cognitivas pode ajudar a melhorar ou manter essa função, para além do contexto da formação imediata (Claire & Woods, 2004). Dentro deste tipo de programas podemos incluir os programas de treino de memória, cujo objetivo é treinar a memória de forma a melhorar o desempenho diário dos indivíduos, sendo essencial a realização de exercícios diários e o treino de estratégias de compensação de memória.

A importância dos programas de intervenção na cognição revela-se nos seus benefícios nomeadamente, a melhoria da orientação do doente; a melhoria das funções executivas, da linguagem e da memória; melhoria do desempenho do utente nas atividades de vida diárias; diminuição da sobrecarga dos cuidadores e/ou família; facilitação da interação social e melhoria da qualidade de vida do utente/família (Sequeira, 2007).

O défice cognitivo caracteriza-se pela presença de um comprometimento cognitivo mais acentuado do que o esperado para a idade e nível educacional, sendo diferente das alterações cognitivas associadas ao envelhecimento (Clemente & Ribeiro-Filho, 2008). A memória, o

pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento são algumas das funções cognitivas que apresentam maior prevalência de declínio, sendo acompanhadas frequentemente de alterações do foro emocional, comportamento social e motivação (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Existem dois tipos de estimulação cognitiva: focada em áreas cognitivas específicas e globais. A estimulação focada em áreas cognitivas específicas dirige-se a sujeitos com fases de deterioração cognitiva mais avançadas, com o propósito de elevar a função ao seu potencial, maximizando-se os benefícios. Por outro lado, a estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de vários domínios cognitivos (Clare & Woods, 2004). Sendo que esta última pode assumir dois formatos distintos: individual e em grupo, e desta forma, ser aplicada em vários contextos (institucional, centro de dia ou domicílio) (Niu, Tan, Guan, Zhang, & Wang, 2010).

As intervenções de estimulação cognitiva consistem na estimulação cognitiva geral e em abordagem de orientação para a realidade, abrangendo um conjunto de atividades e discussões em grupo, procurando obter uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos. Este tipo de intervenção não se foca em funções específicas, mas sim na estimulação da cognição como um todo (Clare & Woods, 2004).

As intervenções em grupo são bastante eficazes, pois funcionam como uma ferramenta que pode ajudar na automonitorização e na ocorrência de possíveis mudanças de comportamento do utente. Neste tipo de abordagem, os indivíduos podem avaliar o impacto que o seu comportamento tem no grupo e podem aprender a empregar as respostas vindas do ambiente, possibilitando uma readaptação e interação social (Niu, Tan, Guan, Zhang, & Wang, 2010).

A reabilitação neuropsicológica caracteriza-se por ser um processo ativo que visa capacitar as pessoas com défices cognitivos causados por lesão ou doença, para que possam adquirir um bom nível de funcionamento social, físico e psíquico (Ávilla & Miotto, 2002). Neste sentido, a reabilitação neuropsicológica procura maximizar as funções cognitivas por meio do bem-estar psicológico, da funcionalidade na realização das atividades de vida diária, e do relacionamento social. De igual modo, procura também a diminuição dos défices que implicam afastamento e isolamento social, dependência e discriminação (Ávilla & Miotto, 2002).

A reabilitação neuropsicológica é um tratamento biopsicossocial que envolve os pacientes e os seus familiares tendo em consideração as alterações físicas e cognitivas dos pacientes, o ambiente em que vivem, os fatores subjetivos, etc. (Ávilla & Miotto, 2002).

De acordo com Haase e Lacerda (2003), existem alguns princípios gerais da reabilitação cognitiva: as funções cognitivas comprometidas são identificadas a partir do exame neuropsicológico; as tarefas terapêuticas são exercitadas repetitivamente; os objetivos são hierarquicamente organizados; o processo remediado é ajustado ao nível de *performance* do indivíduo; o uso de tarefas e testes de generalização permite verificar a aplicação das melhorias de desempenho na vida quotidiana; as medidas de sucesso ou fracasso relacionam-se com a capacidade de vida independente e reabilitação profissional.

O conceito de reserva cognitiva também é um aspeto relevante de intervenção nesta área, uma vez que diz respeito à existência de mecanismos cerebrais que são capazes de lidar com as lesões através da utilização de processos pré-existentes ou compensatórios (Simon, Yokomizo, & Bottino, 2012). Como fatores protetores que potenciam a reserva cognitiva, podemos encontrar a saúde, as competências comportamentais, os recursos psicológicos (traços de personalidade, maturidade, regulação emocional, gestão do *stress*), os recursos sociais (educação, família, amigos e instituições sociais), a participação em jogos, desenvolver atividades manuais (Orsi, Xavier & Ramos, 2011). Importa ainda referir que a estimulação cognitiva também é um fator protetor que potencia a reserva cognitiva.

## **6.2. População-alvo e objetivos**

A intervenção em grupo teve início no dia 11 de dezembro de 2018 e terminou no dia 18 de junho de 2019. A população alvo foram os utentes de ambos os géneros que pertenciam à ULDM do HSCMVV e que apresentassem défice cognitivo.

Durante o período de dia 4 de junho a 18 de junho de 2019, foi possível também interagir e intervir com os utentes da UC e da UMDR, de modo a conhecer as suas dificuldades e necessidades, apesar de nem todos os utentes apresentarem défice cognitivo. Permitiu dar a conhecer as diferenças a nível das capacidades cognitivas dos utentes da UC e da UMDR, comparativamente aos da ULDM. No entanto, a população alvo e o foco desta intervenção em grupo foram os utentes da ULDM.

Esta intervenção teve como objetivos gerais estimular cognitivamente os utentes, estimular a dinâmica de grupo e melhorar a qualidade de vida.

## **6.3. Descrição da atividade da intervenção em grupo**

De acordo com as necessidades dos utentes que foram verificadas, foi definido que a intervenção em grupo se focaria num jogo realizado com cartões que continham exercícios de

estimulação cognitiva de memória (imediata, recente e remota), orientação, atenção, linguagem e funções executivas que se encontra em anexo (Anexo E).

Para a realização deste jogo, foram selecionados e adaptados às necessidades dos utentes diversos exercícios de estimulação cognitiva, que posteriormente foram impressos em formato de cartão e plastificados, de modo a facilitar a sua aplicação. Após todos os cartões serem devidamente impressos e plastificados, foram colocados numa capa A4 com micas, organizados por categoria e dificuldade. A dificuldade dos exercícios de estimulação varia do 1 – fácil até ao 4, 5, 6 ou 7 – difícil e/ou muito difícil, uma vez que depende do número de exercícios que compõem uma determinada categoria do jogo. Os cartões do jogo, na parte da frente, consistem no exercício, e na parte de trás, consistem no nome da categoria do exercício (memória, orientação, atenção, linguagem e funções executivas), seguidamente do enunciado/instrução para a realização do exercício. A complexidade dos exercícios realizados, bem como a sua repetição ao longo das sessões foi adaptada e influenciada de acordo com as dificuldades e necessidades de cada utente.

Os utentes, para a intervenção em grupo, eram colocados em forma de círculo pela sala. Antes de cada utente jogar, teria de tirar de um saco de renda um retângulo de cartolina colorido aleatório, e após responder às questões que lhe eram colocadas, teria de colocar esse mesmo retângulo dentro do frasco de vidro até que enchesse.

Um dos exercícios da categoria da linguagem que foi realizado junto dos utentes (“As categorias”), consistia em que fosse escolhida uma determinada categoria (por exemplo, nomes de flores). A dinâmica e o funcionamento deste exercício foram diferentes comparativamente aos restantes, sendo que cada participante no círculo, passava a bola de plástico de um utente para o outro, à medida dizia um nome de uma flor que se recordasse. O mesmo se aplicava a outras categorias que foram apresentadas (nomes, objetos, legumes, cidades, países, entre outras). A realização deste exercício através do método de passar uma bola uns para os outros, contribuiu para a dinamização do grupo.

#### **6.4. Pré e pós-teste**

O pré e o pós-teste não foram realizados na intervenção em grupo, uma vez que, em concordância com a equipa hospitalar não se achou pertinente, tendo em conta que os utentes da ULDM requerem muita atenção e cuidados médicos, devido às suas condições de saúde, às dificuldades demonstradas na concretização de atividades de vida diária, e necessidades acrescidas a nível físico e psicológico.

A população-alvo consistia num grupo com diferentes níveis de défices cognitivos, apesar de, no geral, os utentes apresentarem défices cognitivos graves e/ou muito graves.

### **6.5. Planeamento das sessões**

O plano da intervenção em grupo contou com 24 sessões (realizadas uma vez por semana) com uma duração de aproximadamente entre 30 a 45 minutos. Foi realizada uma atividade inicial de apresentação da atividade aos utentes da ULDM no dia 11 de dezembro de 2018.

O planeamento das sessões da intervenção em grupo e a descrição mais pormenorizada das sessões desenvolvidas na intervenção em grupo encontram-se em anexo (Anexo F e G respetivamente).

### **6.6. Materiais utilizados**

Para a realização desta intervenção em grupo foram utilizados os seguintes materiais: cartolina colorida, um frasco de vidro, uma bola de plástico, um saco de renda, uma máquina para plastificar, folhas A4, micas, capa A4, tesouras, canetas, lápis e fita cola dupla.

Os exercícios de estimulação cognitiva utilizados e adaptados para esta intervenção foram retirados do seguinte livro: Nunes, B., & Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação*. Lisboa: Lidel.

### **6.7. Avaliação/reflexão geral e limitações da intervenção em grupo**

Ao fazer uma reflexão geral da intervenção em grupo, conclui-se que se tratou de uma atividade positiva e enriquecedora a nível de crescimento pessoal e profissional. Foi possível criar uma relação de empatia, carinho e confiança com os utentes, o que se torna fundamental na construção de uma relação terapêutica positiva. Foi também possível, através da realização desta intervenção, ajudar os utentes a treinarem a sua mente, a estimular os seus conhecimentos e a memória, orientação, atenção/concentração, linguagem e funções executivas, o que poderá contribuir para uma melhoria nos seus quotidianos.

Ao nível da participação dos utentes, nem sempre os utentes queriam participar nos jogos que eram realizados, pelo que era necessário incentivo por parte das estagiárias e da equipa multidisciplinar. Em contrapartida, haviam outras sessões da intervenção em grupo que alguns dos utentes se mostravam mais recetivos e contentes pela realização das atividades.

Os utentes valorizaram imenso a companhia, a energia e a interação por parte das estagiárias, por serem feitas diversas atividades com eles.

As principais limitações desta intervenção em grupo, foram nomeadamente os utentes da ULDM requererem mais atenção e cuidados médicos relativamente aos utentes das restantes valências do HSCMVV. Isto deve-se às suas condições de saúde, às dificuldades sentidas e necessidades acrescidas a nível físico e psicológico (incapacidade física e psicológica); a população-alvo ser um grupo com diferentes níveis de défice cognitivo, apesar de, no geral, os utentes apresentarem défices cognitivos graves e/ou muito graves.

Por fim, a assiduidade dos utentes desta intervenção em grupo foi também uma limitação, pois os utentes nem sempre estavam presentes em todas as sessões, e muitas vezes tinham de sair durante a realização destas. Esta assiduidade era influenciada pela realização, em simultâneo, de outros tratamentos por parte dos profissionais da instituição (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, entre outros), ou por o utente se encontrar doente, acamado e/ou em agudização, entre outros.

## **7. Ações de formação**

No âmbito dos objetivos propostos para o estágio curricular, foram realizadas duas ações de formação focadas na temática do *Stress* do Cuidador Informal e de Como Lidar com as Demências. As ações de formação realizadas estavam integradas no programa “FICI- Formação e Informação para Cuidadores Informais” organizado pela assistente social Cristina Guimarães.

As ações de formação e de sensibilização têm como finalidade a promoção da saúde e são intrínsecas no que toca à prática do Psicólogo Clínico e da Saúde.

Posto isto, de seguida serão expostas e descritas detalhadamente as duas ações de formação que foram desenvolvidas.

### **7.1. *Cuidar sem deixar de se cuidar***

A primeira ação de formação foi realizada junto dos familiares/cuidadores informais dos utentes da UC e da UMDR do HSCMVV, cujo título é “Cuidar sem deixar de cuidar”. A ação de formação foi realizada numa única sessão no dia 10 dezembro de 2018, tendo a duração de aproximadamente 1 hora na sala de convívio da UMDR da instituição.

Recorreu-se à apresentação de um *Power Point* (Anexo H), bem como a realização de folhetos informativos (Anexo I) que foram posteriormente distribuídos aos participantes da ação de formação, e a elaboração de cartazes (Anexo J), de modo a divulgá-la pela instituição.

Foram abordadas as seguintes temáticas: o que é ser cuidador informal; quais os benefícios de ser cuidador informal; o que é o *stress* do cuidador informal; quais as dificuldades

do cuidador; e, por fim, algumas das estratégias para o cuidador informal melhor cuidar sem deixar de se cuidar.

### **7.1.1. População-alvo e objetivos da ação de formação**

A população-alvo desta ação de formação consistiu nos familiares e/ou cuidadores informais dos utentes da UC e da UMDR da instituição.

Esta ação de formação teve como principais objetivos: informar os participantes acerca do seu papel enquanto cuidadores informais, bem como das suas implicações, benefícios da importância de uma relação estável entre cuidador e doente. São também objetivos desta formação comunicar acerca do impacto do *stress* na vida pessoal, social e laboral do cuidador, assim como o impacto do seu *stress* na vida do utente; promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais de forma a que os cuidadores possam identificá-las nos seus comportamentos e possam usá-las no desempenho de tarefas e, por fim, consciencializar os cuidadores informais sobre a importância e valorização do autocuidado.

### **7.1.2. Materiais utilizados**

Para a realização da ação de formação “Cuidar sem deixar de se cuidar”, foi necessário a utilização de um projetor e de um computador portátil facultados pelo HSCMVV, para a exposição dos conteúdos (apresentação em *Power Point*).

### **7.1.3. Fundamentação teórica**

Os cuidadores informais promovem a qualidade de vida dos doentes e garantem que as suas necessidades diárias são realizadas. Estes desempenham estas funções numa base informal, sem preparação profissional prévia (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

Trata-se de uma fonte de cuidados que proporciona ao doente que se encontra em situação de dependência, a sua permanência no domicílio, evitando deste modo, a sua institucionalização (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

A Lei n.º 100/2019, publicada no dia 6 de setembro, aprova o Estatuto do Cuidador Informal, que regulamenta os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, promovendo as respetivas medidas de apoio. O Estatuto do Cuidador Informal explicita um subsídio de apoio aos cuidadores, o descanso a que têm direito e as medidas específicas relativas à sua carreira contributiva. O cuidador informal principal pode ser o cônjuge, unido de facto ou parente até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que acompanha e cuida da pessoa de forma duradoura,

que vive com ela na mesma habitação, e que não obtém qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta.

Ser cuidador informal requer atitudes de preocupação, responsabilidade, de envolvimento afetivo com o doente, esforço físico, mental, psicológico e económico (Rocha, Vieira, & Sena, 2008). O ato de cuidar é referenciado como um importante fator *stressante* que, somado ao caráter crónico e sem um tempo definido para a sua duração, encontra-se associado a repercussões negativas no doente, mas também provoca interferências na saúde física e psicológica de quem cuida (Martins, Pais-Ribeiro, & Garrett, 2003).

O *stress* do cuidador surge como um estado psicológico resultante da combinação do trabalho físico, da pressão emocional, das restrições sociais e das exigências económicas que surgem do cuidar. Contudo, existe um conjunto de características sociodemográficas e pessoais, como idade, sexo, estatuto socioeconómico, escolaridade e o nível de maturidade pessoal inerentes a cada indivíduo, suscetíveis de influenciar diferentes mecanismos e estratégias para enfrentar a situação (Martins, Pais-Ribeiro, & Garrett, 2003).

Todo o processo de prestação de cuidados é altamente complexo, na medida em que interliga o prestador de cuidados principal e o restante sistema de cuidadores, as redes de apoio social, o nível de dependência, a evolução da doença ou situação, contexto familiar e a fase do ciclo familiar em que o cuidador se encontra, sendo este processo caracterizado por uma grande dinâmica e constantes variações ao longo do tempo (Cruz et al., 2010).

Uma relação estável e íntima é o resultado do contacto frequente e da proximidade, quer física, quer afetiva que existe entre o cuidador informal e o doente. A companhia de ambos permite a criação de laços de vinculação fortes, que facilitam o processo de cuidar e diminuem os níveis de *stress* sentidos. A existência de uma boa relação entre o cuidador e o doente contribui também para a resolução de conflitos e discussões e o reforço de laços familiares, melhorando a interação, a troca e partilha de sentimentos e opiniões. A qualidade da relação está associada ao tempo e à dedicação em que os cuidados são prestados e à comunicação existente entre o cuidador e o doente (Cruz et al., 2010).

Frequentemente os cuidadores entram em situações de crise, manifestando sintomas como tensão, constrangimento, fadiga, *stress*, frustração, redução do convívio, depressão e problemas de autoestima. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (Martins, Pais-Ribeiro, & Garrett, 2003). É comum que o cuidador com subcarga se esqueça que também necessita de cuidados. Deve organizar as suas tarefas de cuidador de modo a ter oportunidades para se autocuidar, pois para que consiga exercer as suas funções de

forma cuidada e equilibrada é necessário cuidar da própria saúde e bem-estar (Martins, Pais-Ribeiro, & Garrett, 2003).

São diversas as necessidades e dificuldades que se deparam ao cuidador, diretamente relacionadas com o tipo e grau de dependência do doente: nível físico, isto é, ser cuidador informal pode ser cansativo, ter implicações na qualidade de vida (e.g. falta de tempo para realizar uma boa alimentação; praticar exercício físico), afetando a própria saúde; nível social, ou seja, muitas das vezes o cuidador passa a ter menos tempo para si e para os outros, originando por vezes um afastamento das relações familiares e de amizade; nível económico/laboral, pois o cuidador pode ser obrigado a optar entre o cuidar e o seu trabalho, originando por um lado uma redução significativa do rendimento económico familiar e por outro, um aumento nas despesas com o doente (despesas decorrentes de certas exigências da doença); nível emocional – a depressão e ansiedade são dois problemas comuns, bem como os sentimentos negativos, como por exemplo, culpa, tristeza, desespero, frustração, inquietação, associados à dependência do doente, à redução do tempo livre e à ausência de apoio (Souza et al., 2015).

No que diz respeito às estratégias mais adequadas de modo a que o cuidador lide melhor com o *stress*, estas consistem em recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo utiliza de forma a lidar com as situações mais desafiantes com que se depara. A escolha destas estratégias é realizada através recursos internos e externos de cada indivíduo. Estes podem incluir características de personalidade, atitude, autoestima, motivação, capacidade cognitiva, experiências de vida, crenças e valores, recursos sociais e económicos, fatores sociodemográficos, educacionais e fatores contextuais (Cruz et al., 2010).

As estratégias de *coping* podem influenciar positivamente a forma como o cuidador lida com o *stress*. Assumem uma importância fundamental na busca do bem-estar do cuidador, pois poderão conduzir a uma adaptação positiva e um melhor controlo da situação *stressante* (Cruz et al., 2010).

#### **7.1.4. Avaliação/reflexão geral e limitações da ação de formação**

Considero que os objetivos propostos para esta ação de formação foram concretizados e alcançados com bastante êxito, pois o nível de adesão foi elevado. Por parte dos familiares/cuidadores informais recebemos um *feedback* bastante positivo, mencionando que se sentiram à vontade com a temática e que a acharam bastante pertinente, e que se identificam muito com a problemática. O debate e o lançamento de ideias, assim como através a partilha de experiências pessoais contribuíram para o enriquecimento da atividade, para a concentração e interesse da população-alvo e a sua participação ativa na formação.

Como principal limitação da ação de formação “Cuidar sem deixar de se cuidar”, aponto para o facto de alguns dos conteúdos relativos à temática não terem sido devidamente aprofundados.

Deste modo, as ações de formação são importantes, uma vez que são um processo de aprendizagem e de conhecimento numa temática bastante atual e pertinente.

## **7.2. Lidar com as demências**

Posteriormente, foi realizada junto dos familiares/cuidadores informais dos utentes da UC e UMDR do HSCMVV a segunda ação de formação, cujo título é “Lidar com as demências”. A ação de formação foi realizada no dia 12 dezembro de 2018, tendo a duração de aproximadamente 1 hora na sala de convívio da UMDR da instituição.

Recorreu-se, tal como na primeira ação de formação, à apresentação de um *Power Point* (Anexo L), bem como a realização de folhetos informativos (Anexo M) que foram posteriormente distribuídos aos participantes e a elaboração de cartazes (Anexo N), de modo a divulgá-la pela instituição.

Foram abordadas as seguintes temáticas: o que é a demência; quais as demências mais comuns; quais os sintomas da demência; quais as etapas da demência; como lidar com as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais; e, por fim, como lidar com as alterações funcionais de um portador de demência.

### **7.2.1. População-alvo e objetivos da ação de formação**

A população-alvo desta ação de formação consistiu nos familiares e/ou cuidadores informais dos utentes da UC e da UMDR da instituição.

Esta ação de formação tem como principais objetivos: informar sobre o conceito de demência, assim como os tipos de demência mais comuns e as suas respetivas etapas ao longo da sua evolução. São também objetivos desta ação de formação comunicar aos participantes os défices mais comuns (cognitivos, emocionais, comportamentais e funcionais) e, por fim, promover o desenvolvimento de competências pessoais que facilitem a relação/comunicação entre o cuidador informal e o doente, através de estratégias relativamente ao modo de lidar com os doentes com demência.

### **7.2.2. Materiais utilizados**

Para a realização da ação de formação “Lidar com as demências”, foi necessário a utilização de um projetor e de um computador portátil facultados pelo HSCMVV, para a exposição dos conteúdos (apresentação em *Power Point*).

### **7.2.3. Fundamentação teórica**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), a demência é uma síndrome, geralmente de natureza crónica ou progressiva, que afeta a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprender, a linguagem e o julgamento. Embora afete principalmente os idosos, a demência não é uma consequência normal do envelhecimento, podendo ocorrer também em pessoas mais novas. Posto isto, estima-se que em todo mundo haja cerca de 50 milhões de pessoas que sofrem de demência e, a cada ano, são registados cerca de 10 milhões de novos casos. A demência tem um impacto físico, psicológico, social e económico, não apenas sobre as pessoas que têm a doença, mas também sobre os seus cuidadores, família e sociedade em geral.

A demência afeta cada pessoa de uma forma distinta. Os sinais/sintomas relacionados com a demência podem ser compreendidos em três etapas. Estas etapas são: ligeira, que muitas vezes passa despercebida, visto que o seu início é gradual; moderada, onde à medida que a demência vai progredindo, os sinais e sintomas vão-se tornando mais evidentes e limitantes; e, por fim grave, que corresponde à última fase da doença, onde surge dependência e inatividade quase totais. As alterações da memória são graves e os sintomas e sinais físicos tornam-se mais evidentes (Leitão, Moraes, & Guimarães, 2006).

A Doença de Alzheimer, a Demência Vasculiar, a Demência Frontotemporal e a Demência com Corpos de *Lewy*, são consideradas as demências mais comuns (Parmera & Nitrini, 2015).

Relativamente à doença de *Alzheimer*, esta é a forma mais comum de demência nos indivíduos, sendo que a sua prevalência aumenta de forma exponencial com a idade. O envelhecimento é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento desta doença. No entanto, existem outros fatores que também influenciam o seu desenvolvimento, tais como a história familiar e a genética. Inicialmente, a principal característica do quadro clínico da doença de *Alzheimer* é o comprometimento de memória episódica (por exemplo, dificuldade em lembrar-se de eventos recentes, repetição de perguntas e perda de objetos pessoais) (Leitão, Moraes, & Guimarães, 2006).

No que diz respeito à Demência Vascular, os seus sintomas são bastante inconstantes, e dependem da região vascular que se encontra afetada no sujeito e da velocidade da sua progressão. Estas demências podem causar alterações nas funções executivas do indivíduo, podendo também estar presentes alterações de memória, linguagem, praxias, alucinações, delírios, entre outros (Leitão, Morais & Guimarães, 2006).

A Demência Frontotemporal trata-se de um conjunto de diagnósticos neuropatológicos e também de diferentes síndromes clínicas. De modo geral, as alterações do comportamento e da linguagem são os aspetos predominantes deste tipo de demência. O comportamento desadequado é um dos aspetos mais típicos da Demência Frontotemporal, nomeadamente a desinibição, a apatia, entre outros. As alterações da linguagem, manifestam-se habitualmente pelo discurso empobrecido e estereotipado. Do ponto de vista cognitivo, os portadores de Demência Frontotemporal apresentam deterioração preponderante das suas capacidades executivas (planeamento, sistematização) e da atenção, que frequentemente só é detetada após uma avaliação neuropsicológica detalhada (Guimarães, Fonseca, & Garrett, 2006).

No que diz respeito à demência com Corpos de *Lewy*, esta tem como principais características: um quadro demencial progressivo com sintomas de parkinsonismo com poucos tremores, alucinações visuais recorrentes e flutuação cognitiva. Esta última é considerada o sintoma mais prevalente nas demências com Corpos de *Lewy*, podendo ocorrer até aproximadamente 90% dos pacientes. Neste sentido, há diferentes graus de sonolência manifestados pelo indivíduo ao longo do dia e diferentes respostas cognitivas relativamente ao nível da atenção e ao nível da consciência (Parmera & Nitrini, 2015).

#### **7.2.4. Avaliação/reflexão geral e limitações da ação de formação**

Considero que os objetivos propostos para esta ação de formação foram concretizados e alcançados com bastante êxito, apesar de o nível de adesão não ser sido tão elevado comparativamente à primeira ação de formação. Por parte dos familiares/cuidadores informais recebemos um *feedback* bastante positivo, mencionando que se sentiram à vontade com a temática, que a acharam bastante pertinente e que se identificaram muito com a problemática. A partilha de experiências pessoais contribuiu para o enriquecimento da atividade, para o interesse da população-alvo e a sua participação na formação.

Como principais limitações da ação de formação “Lidar com as demências”, aponto para o facto de o nível de aderência de participantes não ter sido tão elevado relativamente à primeira ação de formação desenvolvida, e também para o facto de não terem sido abordados outros

conteúdos essenciais sobre as demências.

## **8. Reflexão pessoal**

O estágio no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, foi repleto de oportunidades para observar a prática clínica de um psicólogo e de absorver ao máximo todas as aprendizagens e adquirir novos conhecimentos, contactar diretamente com os idosos com necessidades e dificuldades distintas, perspetivar o mundo e a vida de forma diferente, e sobretudo crescer a nível pessoal e amadurecer profissionalmente.

O estágio curricular permitiu-me colocar todos os conhecimentos em prática que foram adquiridos ao longo da minha formação académica, e contribuir para uma melhor qualidade de vida e bem-estar dos utentes. No início, a grande prioridade foi a boa integração e adaptação ao contexto da instituição e a criação de relações positivas com os vários profissionais das várias equipas multidisciplinares das várias valências do HSCMVV.

Um aspeto que é fundamental e que tive sempre presente ao longo da realização do estágio, foi a responsabilidade de respeitar o compromisso de honra e o código deontológico.

A fase da observação foi de elevada importância, uma vez que tive a oportunidade de observar as diferentes áreas de intervenção clínica do psicólogo no HSCMVV e a interação psicólogo/utente. Sobre este aspeto, considero que a principal limitação relativamente à fase de observação, foi as poucas oportunidades de casos clínicos que pude observar. Esta limitação pode ter afetado negativamente a fase de observação e reflexão pessoal, devido ao número reduzido de casos observados.

A escolha das atividades realizadas, foram de encontro com as necessidades que o HSCMVV apresentava. Todas as atividades desenvolvidas, foram devidamente planeadas e refletidas, tendo sempre como objetivo melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos utentes da instituição.

A realização da intervenção individual e em grupo exigiu empenho e dedicação, tendo sempre em atenção as diferentes necessidades e dificuldades dos utentes, adequando também a linguagem utilizada. No geral, a intervenção psicológica, foi muito desafiadora, pois foi o primeiro contacto direto com as perturbações mentais.

A autonomia que a orientadora local proporcionou ao longo do estágio, demonstrou confiança no meu trabalho e nas minhas capacidades. Os casos clínicos que me foram atribuídos e a intervenção e interação com esses mesmos utentes, foi bastante desafiadora e interessante, e permitiu-me crescer a nível profissional e aprofundar os meus conhecimentos, através do contacto direto com as diversas perturbações mentais. No final de cada sessão, discutia o caso

clínico com a orientadora local, restringindo um possível diagnóstico para os utentes e quais seriam as melhores estratégias de intervenção para cada um deles.

No que diz respeito à intervenção em grupo, esta atividade proporcionou-me uma melhor e vasta experiência com utentes com défices cognitivos elevados. O grupo, apesar de reduzido e das suas dificuldades e necessidades acrescidas, aderiu de forma positiva às atividades que lhes eram propostas. Considero que os utentes beneficiaram com a realização do jogo de estimulação cognitiva, não só a nível das suas competências sociais, uma vez que permitiu melhorar a dinâmica de grupo, mas também contribuiu para uma melhor qualidade de vida nos seus quotidianos, apesar de se encontrarem em contexto de internamento (ULDM).

Por fim, a ação de formação foi de encontro às necessidades da instituição e do público-alvo. O balanço final desta atividade foi muito positivo, resultado da interação estabelecida com os familiares/cuidadores os utentes e equipa multidisciplinar do HSCMVV.

A realização destas atividades de estágio é fundamental, na medida em que facilita a nossa adaptação à realidade da nossa profissão e à das instituições onde iremos desenvolver funções e intervir com as diversas faixas etárias num futuro profissional próximo. Com o desenvolvimento deste estágio aumentou-se o conhecimento e experiência enquanto profissional de Psicologia.

É com muito orgulho que revejo o impacto positivo que tive na instituição e sobretudo na vida dos utentes com quem me cruzei durante esta etapa. Os elogios e os discursos de agradecimento dos utentes foram fundamentais e muito motivadores para a realização da avaliação e intervenção psicológica, porque durante esses momentos senti que, efetivamente, tive um impacto positivo nos utentes e que contribuí para o seu bem-estar e qualidade de vida. Tudo isto tem extrema importância para o meu percurso enquanto psicóloga. É a partir daqui que percebi a verdadeira razão por que escolhi esta profissão, que os psicólogos fazem a diferença na vida das pessoas, e não me deixou dúvidas de que este será o meu futuro profissional, a resposta à pergunta “O que queres ser quando fores grande?”.

## 9. Referências Bibliográficas

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2018). Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) [Online]. Retrieved from <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217>
- Administração Regional de Saúde do Norte (2016). Cuidados Continuados Integrados [Online]. Retrieved from <http://www.arsnorte.min-saude.pt/cuidados-continuados-integrados/>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Apadi (2018). Lar Residencial [Online]. Retrieved from <http://www.apadi.pt/respostas-sociais/lar-residencial>
- Araújo, C. F. & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia*, 6(1), 37-43.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: Apoios Sociais e de Saúde (2013). Rede Nacional de Cuidados Integrados [Online]. Retrieved from <https://www.apav.pt/apoios/index.php/accordion-a/programas/rede-nacional-de-cuidados-integrados>
- Ávilla, R., Miotto, E. (2002). Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 4(29), 190-196.
- Ballesteros, R. (2006). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bergquist, T. E., & Malec, J. F. (2002). Neuropsychological assessment for treatment planning and research. In P. J. Eslinger (Ed.), *Neuropsychological interventions: Clinical research and practice* (pp. 38-58). New York: Guilford Press.
- Blanco, A. P., Martínez, O. G., Moragues, E. V., Justo, E. V., Domínguez, P., Gestoso, C. G., & Lamas, F. O. (2016). Perfil neuropsicológico de pacientes con transtornos relacionados con sustancias en tratamiento semirresidencial. *Revista da Associação Portuguesa de Adictologia*, 3(1), 6-17.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cano, D. & Sampaio, I. (2007). O método de observação na Psicologia: Considerações sobre produções científicas. *Interação em Psicologia*, 11(2), 199-210.

- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2018). Equipa de Gestão de Altas [Online]. Retrieved from <http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/estrutura-organizacional/suporte-a-prestacao-de-cuidados/equipa-de-gestao-de-altas.php>
- Chun, H. Y., Whiteley, W. N., Carson, A., Dennis M., & Mead, G. E. (2015). Anxiety after stroke: time for an intervention. *International Journal of Stroke*, *10*(5), 655-656. doi:10.1111/ijss.12493
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Journal Neuropsychological Rehabilitation*, *14*(4), 385-401. doi: 10.1080/09602010443000074
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Consenza, R. M., Fuentes, D., & Malloy-Diniz, L. F. (data). A evolução das idéias sobre a relação entre cérebro, comportamento e cognição. *Neuropsicologia*, *1*(1), 15-19.
- Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portugez, M. W., & Costa, J. C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal Pediátrico*, *80*(2), 111-116. doi: 10.1590/S0021-75572004000300014.
- Cotelli M., Manenti R., Zanetti O., Miniussi C. (2012). Non-pharmacological intervention for memory decline. *Frontiers in Human Neuroscience*, *1*(1), 6-46. doi: 10.3389
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1981). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 667-685.
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem*, *3*(2), 127-136.
- Cunha, F. C., Cintra, M. T., Cunha, L. C., Couto, E. A., & Giacomini, K. C. (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *12*(3), 475-497.
- Diário da República (2017). Tabela de Preços RNCCI [Online]. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/114214655>
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2013). Notas de Campo na Pesquisa Etnográfica. *Revista Tendências: Caderno de Ciências Sociais*, *7*(1), 355-388.
- Fagundes, T. A., Pereira, D. A., Bueno, K. M., & Assis, M. G. (2017). Incapacidade funcional de idosos com demência. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, *25*(1), 159-169. doi: 10.4322/0104-4931.ctoAO0818

- Ferreira, V. & Mousquer, D. (2004). Observação em Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia da UNC*, 2(1), 54-61.
- Fundação Coi (2017). Centro de atividades ocupacionais [Online]. Retrieved from <https://www.fundacao-coi.pt/intervencao/apoio-a-deficiencia/centro-de-atividades-ocupacionais>
- Gindri, G., Frison, T. B., Oliveira, C. R., Zimmermann, N., Netto, T. M., Landeira-Fernandez, J. ... Fonseca, R. P. (2012). Métodos em reabilitação neuropsicológica. *Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul*, 22(1), 343-375.
- Gonçalves, O. (1994). *Introdução às terapias comportamentais*. Lisboa: Quarteto Editora.
- González, S. F., Lapedrizia, N. P., Unturbe, F. M. (2003). El papel de la Neuropsicología en la formación del psicólogo. *EduPsykhé*, 2(1), 67-80.
- Haase, V. G., Lacerda, S. S. (2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia*, 12(1), 28-42.
- Hospital Misericórdia Vila Verde (2018). Retrieved from <http://www.hospitalvilaverde.pt/historia/>
- Jarrett, R. B., & Rush, A. J. (1988). Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 57(1), 115–132.
- Leal, I., & Teixeira, J. (1990). Psicologia da saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 4(8), 453-458
- Lei nº 100/2019 de 6 de setembro (Lei – Aprovação do Estatuto do Cuidador Informal)
- Lei nº 101/2006 de 6 de junho (Lei - Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados)
- Leitão, O. R., Morais, M., & Guimarães, P. (2006). *Manual do Cuidador da pessoa com demência*. (2ª Edição). Associação Portuguesa Família e Amigos de Doentes de Alzheimer: Lisboa.
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Maia, L., Correia C., & Leite E. (2009). *Avaliação e intervenção neuropsicológica: estudos de caso e instrumentos*. Lidel: Lisboa.
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.

- Niu, Y., Tan, J.P., Guan, J. Q., Zhang, Z. Q., & Wang, L. N. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(12), 1102-1111. doi: 10.1177/0269215510376004
- Nunes, B., & Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, M. A., & Duarte, A. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 183-199.
- Organização Mundial da Saúde (2017, diciembre). Demencia. Retrieved from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Orsi, E., Xavier, A. J., & Ramos, L. R. (2011) Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: um estudo epidioso. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 685-692. doi: 10.1590/S0034-89102011000400007.
- Pais-Ribeiro, J. & Leal, A. (1997). Avaliação e Psicodiagnóstico em Psicologia da Saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 357-370.
- Padilla, S., Noronha, A. P., & Fagan, C. Z. (2007). Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 69-76.
- Parmera, J. B., & Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. *Revista de Medicina*, 94(3), 179-184. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v.94i3p179-184
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D.... Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of Compulsive Hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 371-86.
- Pliskin, N. H., & Sworowski, L. A. (2003). Neuropsychological Assessment of Patients with Cerebrovascular Accidents. In G. P. Prigatso, & N. H. Plistin (Eds.), *Clinical Neuropsychology and cost outcome Research: A Beginning* (pp. 111-129). UK: National Academic of Neuropsychology.
- Rocha, M. P., Vieira, M. A., & Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801-808.
- Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde (2018). O Hospital [Online]. Retrieved from <http://www.misericordia-vilaverde.com/Hospital/Hospital-Hospital.aspx>
- Santa Casa da Misericórdia do Porto (2018). Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI) [Online]. Retrieved from <https://www.scmp.pt/pt-pt/acao-social/estrutura-residencial-para-pessoas-idosas-erpi>

- Segurança Social (2017). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) [Online]. Retrieved from <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serviço Nacional de Saúde (2016). Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/cuidados-continuados-integrados-2/>
- Silva, A., Silva, N., Barbosa, V., Henrique, M. & Baptista, J. (2005). A Utilização da Matriz Swot como Ferramenta Estratégica: Um Estudo de Caso em uma Escola de Idioma de São Paulo. *VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*.
- Simon, S. S., Yokomizo, J. E., Bottino, C. M. (2012). Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1163-1178. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.01.007
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016). *Tudo o o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: Raio-X.
- Souza, L. R., Hanus, J. S., Libera, L. B. D., Silva, V. M., Mangilli, E. M., Priscyla, ... Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149.
- Teixeira, J. A. (2007). A psicologia e o Centro de Saúde do século XXI. *Notas Didáticas*, 1(1), 311-313.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2(16) 217-229.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: Intervenção privilegiada em Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 28(1), 3-14.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2002). Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171-174.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (2º Edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Trindade, I. (1996). O psicólogo como facilitador da comunicação nos serviços de saúde. *Análise Psicológica*, 14(3), 363-366.
- Tolin D.F., Villavicencio, A., Umbach, A., & Kurtz, M.M. (2012). Neuropsychological functioning in hoarding disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 413–418.

- Verdejo-García, A. & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22, 227-235.
- Zawadzka, E., & Domańska, L. (2014). Assessment of Select Dimensions of Patient's Emotional Functioning at Different Time Periods After Stroke. *Applied Neuropsychology: Adult*, 21(2), 87-93. doi: 10.1080/09084282.2012.747959

# **ANEXOS**

**Anexo A – Cronograma**

Atividades/ Meses	Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho	
	1- 15	16- 31	1- 15	16- 30	1- 15	16- 31	1- 15	16- 31	1- 15	16- 28	1- 15	16- 31	1- 15	16- 30	1- 15	16- 31	1- 15	16- 30
Início do estágio																		
Revisão bibliográfica																		
Planejamento da ação de formação																		
Ação de formação																		
Revisão final do projeto de estágio																		
Interrupção de Natal																		
Planejamento da intervenção em grupo																		
Intervenção em grupo																		



## **Anexo B - Caso V.P. (já corrigido)**

### **Identificação**

V.P é do sexo masculino, tem 75 anos, tem o quarto ano de escolaridade, encontra-se reformado há doze anos (o seu último emprego foi na área da restauração), e é casado há quarenta e seis anos com C. Fruto do seu casamento, V.P tem um filho que reside atualmente no exterior, mas que mantém um bom relacionamento. V.P vive em Caldelas e tem como sua rede de suporte, a sua esposa.

### **Motivo de encaminhamento**

V.P encontrava-se em contexto de internamento na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde através da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para reabilitação funcional e motora após Acidente Vascular (AVC) Isquémico de repetição. O utente foi avaliado considerando os seus antecedentes patológicos (AVC).

### **Avaliação do estado mental**

V.P. apresentou-se colaborante, comunicativo e com um comportamento adequado. V.P. encontrava-se atento e focado durante a avaliação, com um discurso espontâneo, coerente de inteligibilidade diminuída. O utente apresentava um pensamento lógico e organizado. V.P tinha uma atividade psicomotora lentificada.

O utente encontrava-se motivado em relação ao seu internamento na instituição (duração de, no máximo, três meses), tendo os seus objetivos bem ajustados (esperava recuperar a mobilidade no seu braço esquerdo e as suas dificuldades na fala e deglutição).

V.P encontrava-se orientado auto e alopsiquicamente e possuía *insight* do seu problema de saúde e sequelas.

V.P declarou sentir-se ansioso devido à sua colostomia e afirmou não conseguir evitar sentir esta preocupação.

Relativamente às queixas cognitivas do utente, V.P afirmou ter estado mais esquecido após ter estado em contexto de internamento (devido à mudança de ambiente e das rotinas), mas que se lembrava bem das informações significativas do seu dia-a-dia.

### **Início e desenvolvimento das dificuldades**

V.P relatou ter sofrido um acidente há aproximadamente dez anos que teve como consequência a realização de uma colostomia. Segundo a esposa de V.P, após a realização da

sua colostomia, o utente ficou muito ansioso e com vergonha do sucedido, não saindo de casa durante aproximadamente dois anos.

O utente relatou que, durante o período em que esteve em casa, e por se sentir constantemente nervoso, mudava o seu saco da colostomia duas a três vezes por dia.

Em 2016 sofreu um AVC Isquémico, com algumas sequelas a nível cognitivo e a nível da ansiedade.

V.P relatou já ter estado previamente na Unidade de Convalescença (UC) da instituição, antes de estar na UMDR.

V.P declarou que frequentemente a sua esposa o vinha ajudar durante as refeições (almoço e jantar), pois foi diagnosticado com disfagia e dificuldades na mobilidade do braço.

Relativamente às crenças do utente devido à colostomia e à ansiedade, V.P relatou que tinha medo que descolasse, que enchesse muito, que as outras pessoas olhassem para ele e que vissem a colostomia (no entanto convivia com as outras pessoas da instituição).

V.P sabia que dava imensa importância à sua colostomia. O utente apresentava dificuldades em adormecer devido aos seus pensamentos recorrentes acerca da colostomia e devido aos elevados níveis de ansiedade que sentia. No entanto, ao acordar de manhã, sabia que nada dos seus medos e preocupações se realizaram, pelo que se sentia mais aliviado. O utente tinha consciência que o seu saco descolar era uma coisa normal e que podia acontecer muitas vezes.

Mais recentemente, V.P disse que o seu saco da colostomia era mudado mais frequentemente (aproximadamente duas vezes ao dia, todos os dias ou dia sim dia não), o que contribuiu para a diminuição da sua ansiedade.

Em contacto com a Terapeuta da Fala, foi transmitido que V.P realizava as tarefas que lhe eram propostas com sucesso, até a sua esposa chegar e estar junto do utente (V.P começava a engasgar-se durante os exercícios de deglutição quando estava junto da esposa), o que sugere que a presença da esposa pode ser um fator *stressor* ou ansiogénico para V.P. O utente relatou sentir-se ansioso quando se engasga.

V.P afirmou que se sentia mais descontraído quando a sua esposa estava junto dele (vinha visitá-lo duas vezes por dia) e que as sessões de tratamento com os restantes profissionais tinham corrido bem (Terapia da Fala, Fisioterapia e Terapia Ocupacional), não indo de encontro com os relatos da equipa multidisciplinar.

Com o passar das sessões, V.P demonstrou uma melhoria favorável no seu humor (ansiedade) e conseguiu realizar sem grandes dificuldades as estratégias de *coping* que lhe

foram ensinadas, de modo a lidar melhor com a ansiedade que sente (respiração diafragmática e técnicas de distração).

A equipa multidisciplinar achou benéfico proceder ao encaminhamento de V.P para a Equipa de Cuidado Continuado Integrado (ECCI). Serão prestados ao utente, cuidados sociais, médicos, de enfermagem e de reabilitação no domicílio.

### **História desenvolvimental, psicossocial e médica**

V.P. afirmou ter sofrido uma laceração traumática do períneo em 2008 após ter caído com violência do sótão. Devido ao seu acidente, o utente sofreu uma perfuração vesical e reto distal e secção do esfíncter anal externo. Após o sucedido, foi submetido a uma cistorrafia e colostomia terminal esquerda em 2009.

V.P. sofreu um primeiro AVC isquémico na artéria cerebral média direita há cerca de 10 anos.

Em 2016 sofreu um AVC isquémico na artéria cerebral média esquerda, sendo submetido a uma angioplastia nesse mesmo ano.

V.P apresenta um historial de Hipertensão Arterial (HTA) e de Diabetes Mellitus Tipo Dois e de tabagismo (foi fumador durante doze anos), que constituem fatores de risco para a ocorrência de AVC.

### **Avaliação psicológica/psicométrica**

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R; Hodges & Mioshi, 2005, versão portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, Martins, 2008)

O utente apresentou uma pontuação total de 58 em 100 na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R).

Relativamente à pontuação total obtida pelo utente na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (58 pontos em 100), sugere a existência de um défice cognitivo (valor apropriado para défice ligeiro a moderado).

No que diz respeito aos restantes domínios existentes na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R), V.P obteve uma pontuação de 14 em 18 na atenção e orientação (8 em 10 na orientação; 3 em 3 na retenção; 3 em 5 na atenção e cálculo); 18 pontos em 26 na memória (0 em 3 na evocação; 6 em 7 na memória anterógrada; 2 em 4 na memória retrógrada; 6 em 7 na memória de evocação; 4 em 5 no reconhecimento); 2 pontos em 14 na fluência verbal; 16 pontos em 26 na linguagem (4 em 8 na compreensão; 0 em 1 na escrita; 3 em 4 na repetição; 6 em 12 na nomeação; 0 em 1 na leitura), e, 8 pontos em 16 nas capacidades visuo-espaciais (0

em 8 na capacidade visuo-espacial; 8 em 8 na percepção). As pontuações obtidas por V.P sugerem a existência de défices cognitivos a nível da memória, a nível da fluência verbal, a nível da linguagem, e a nível das capacidades visuo-espaciais. No entanto, a nível da atenção e da orientação, V.P não apresenta nenhum défice cognitivo.

INECO Frontal Screening (IFS; Torralva, Roca, Gleichgerrcht, López & Manes, 2009, versão portuguesa de Moreira, Lima & Vicente, 2014)

O utente apresentou uma pontuação total de 8 em 30 no INECO Frontal Screening, o que sugere a existência de um défice cognitivo severo relativamente às funções executivas.

No que diz respeito aos domínios avaliados no INECO Frontal Screening, V.P obteve uma pontuação de 1 em 3 no domínio das Séries Motoras (programação); 1 ponto em 3 nas Instruções Contrárias (sensibilidade à interferência); 1 ponto em 3 no Go – No Go (controlo inibitório); 2 pontos em 6 nos Dígitos em Ordem Inversa; 0 pontos em 2 na Memória de Trabalho Verbal; 1 ponto em 4 na Memória de Trabalho Espacial; 0 pontos em 3 nos Provérbios; e 2 pontos em 6 no *Hayling Test*.

**Resumo das avaliações das funções cognitivas do utente:** Através da utilização do instrumento Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R) para proceder à avaliação das funções cognitivas do utente, verificou-se a presença de um défice cognitivo, com consequências nos domínios que foram avaliados (memória, fluência verbal, linguagem e capacidades visuo-espaciais), apesar de V.P não apresentar défices cognitivos no domínio da atenção e orientação.

O utente apresentou uma pontuação total de 8 em 30 no INECO Frontal Screening, o que sugere a existência de um défice cognitivo severo relativamente às funções executivas. V.P. apresenta défices cognitivos a nível das Séries Motoras (programação), das Instruções Contrárias (sensibilidade à interferência), do Go – No Go (controlo inibitório), dos Dígitos em Ordem Inversa, da Memória de Trabalho Verbal, a nível da Memória de Trabalho Espacial, dos Provérbios e a nível do *Haylin Test*.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS; Zigmond & Snaith, 1983, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007)

O utente apresentou 11 pontos em 21 na subescala da ansiedade, o que indica níveis moderados de ansiedade (valores entre 11 e 15); e 6 pontos em 21, apresentando níveis normais de depressão (valores entre 0 e 7) num utente que se encontra em contexto de internamento.

Considerando o valor de oito como ponto de corte e a classificação obtida pelo utente nas subescalas de ansiedade e depressão, verifica-se que o utente possui níveis moderados de ansiedade relativamente à sua condição de saúde e momentos de fragilidade emocional, isto é, pedia constantemente desculpa com medo de falhar (valores entre 11 e 21). No entanto, V. P encontra-se dentro dos valores normativos relativamente à subescala de depressão.

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI; Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2006, versão portuguesa de Espírito-Santo & Daniel, 2010)

V.P obteve uma pontuação de 15 pontos em 20 no Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), o que indica níveis moderados a elevados de ansiedade num utente que se encontra em contexto de internamento, considerando o valor de 13 como ponto de corte.

Estes valores indicam que as componentes emocionais do utente devem ser alvo de intervenção.

**Resumo das avaliações do humor do utente:** Os valores obtidos por V.P no HADS, e considerando o valor de oito como ponto de corte e a classificação obtida pelo utente nas subescalas de ansiedade e depressão, verifica-se que o utente possui níveis moderados de ansiedade relativamente à sua condição de saúde e momentos de fragilidade emocional (valores entre 11 e 21). No entanto, V. P encontra-se dentro dos valores normativos relativamente à subescala de depressão.

No que diz respeito aos valores obtidos no GAI, estes indicam que as componentes emocionais do utente devem ser alvo de intervenção devido ao elevado nível de ansiedade sentida por V.P.

Questionário de Crenças Sobre a Doença – Versão Breve (IPQ – Brief; Weinman & Petrie, 2004, versão portuguesa de Araújo-Soares, Trovisqueira & McIntyre, 2004)

Os resultados do Questionário de Crenças Sobre a Doença – Versão Breve indicaram que o utente tem as crenças/perceções de que: a doença afeta muito a sua vida (3 em 4 nas consequências); a sua doença vai durar pouco tempo (1 em 4 na duração); possui um grande controlo sobre a sua doença (3 em 4 no controlo pessoal); o tratamento vai ajudar muito a sua doença (3 em 4 no controlo do tratamento); sente poucos sintomas (1 em 4 na identidade); muito preocupado com a sua doença (3 em 4 na preocupação); compreende muito bem a sua doença (4 em 4 na compreensão da doença); e sente que a doença o afeta muito emocionalmente (3 em 4 nas emoções).

Por fim, o utente acredita que as razões mais importantes de causalidade da sua doença incluem: o acidente que sofreu e o stress que tem sentido.

### **Diagnóstico (DSM-5, APA, 2013):**

309.24 (F43.22) – *Perturbação de ajustamento com ansiedade*

331.83 (G31.84) - *Perturbação Neurocognitiva Vasculiar Ligeira sem perturbação do comportamento*

### **Diagnóstico Diferencial**

Tendo em conta o quadro clínico de V.P, o utente apresenta critérios para a Perturbação de Ajustamento com ansiedade e para a Perturbação Neurocognitiva Ligeira sem perturbação do comportamento.

Foi excluída a Perturbação Depressiva Major, visto que V.P não apresentou humor depressivo ou sintomatologia depressiva.

Foi também excluída a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) e a Perturbação Aguda de Stress, uma vez que na Perturbação de Ajustamento, o fator de stress pode ser de qualquer gravidade, sendo significativamente diferente da gravidade e do tipo de fator de stress requerido no Critério A para a PTSD e para a Perturbação Aguda de Stress (o stressor mais significativo de V.P é a sua colostomia, sendo também a razão para a qual não saiu de casa durante dois anos, pelo que o motivo da sua ansiedade não está relacionado com perigo ou ameaça de morte).

As Perturbações de Personalidade foram excluídas, uma vez que V.P não apresenta comportamentos perturbados na sua história ao longo da vida do funcionamento da personalidade.

Os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas foram excluídos, pois estes podem colocar o utente em risco para uma doença médica ou agravar uma já existente. Em contraste, a Perturbação de Ajustamento é uma reação a uma condição médica por parte do utente.

V.P não apresentava reações normativas de stress, uma vez que a intensidade do mal-estar do utente excede o que seria normalmente expetável.

Foram excluídas outras perturbações neurocognitivas, nomeadamente a Perturbação Neurocognitiva com Corpos de Lewy, pois distingue-se da Perturbação Neurocognitiva Vasculiar pelas suas características nucleares de flutuação da cognição, alucinações e parkinsonismo espontâneo.

A Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal foi também excluída. Enquanto os défices nas funções executivas e na linguagem ocorrem na Perturbação Neurocognitiva Vascular, o início insidioso e a progressão gradual dos défices de linguagem são caraterísticos da Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal e não são típicos de uma etiologia vascular.

A Perturbação Neurocognitiva Devido à Doença de Alzheimer foi excluída, pois os potenciais biomarcadores que se encontram em processo de validação para a doença de Alzheimer, tais como os níveis de beta-amiloide e de proteína tau fosforilada no líquido cefalorraquidiano, e os exames imagiológicos de amiloide, podem ser uteis na realização do diagnóstico diferencial. Na PNC Vascular major ou ligeira, existe em geral uma história de AVC com relação temporal com o início do défice cognitivo e os enfartes ou hiperintensidades da substância branca são considerados suficientes para serem responsáveis pelo quadro clínico.

### **Conceptualização do Caso**

Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), a caraterística principal das Perturbações de Ajustamento é o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais como reação a um ou mais fatores de stress identificáveis (Critério A). O fator de stress pode ser um acontecimento isolado ou pode ser constituído por diversos fatores de stress. Estes podem ser recorrentes ou contínuos. Os fatores de stress podem afetar uma única pessoa, a família, um grupo maior ou uma comunidade. Alguns destes fatores podem acompanhar momentos particulares do desenvolvimento individual.

Por definição, a Perturbação de Ajustamento inicia-se dentro de três meses após a situação de stress e não ultrapassa os seis meses de duração após a situação causadora de stress ou as suas consequências terem cessado. No entanto, se o fator de stress ou as suas consequências prosseguirem, a Perturbação de Ajustamento pode continuar a estar presente e tornar-se persistente (American Psychiatric Association, 2013).

A ansiedade é uma resposta do organismo que prepara a pessoa para lutar ou para fugir de situações ou coisas que são avaliadas por esta, como sendo perigosas ou ameaçadoras (Oliveira & Duarte, 2004).

As respostas de ansiedade são adaptadas e positivas quando se verificam em situações nas quais existe um perigo real, sendo necessário o nosso corpo mobilizar recursos para lidar com a situação. As respostas de ansiedade adaptadas são pouco frequentes, tendo os sintomas uma intensidade leve e uma duração limitada, sendo o mal-estar sentido transitório. Para além

disto, este tipo de resposta não interfere com o funcionamento diário da pessoa (Oliveira & Duarte, 2004).

As respostas de ansiedade desadaptadas são mais frequentes sendo a intensidade e a duração dos sintomas mais elevados. Neste caso, este tipo de resposta começa a interferir com a vida diária da pessoa, pois o mal-estar sentido é superior (Oliveira & Duarte, 2004).

A característica nuclear da Perturbação Neurocognitiva major ou ligeira é um declínio cognitivo adquirido num ou mais domínios cognitivos (Critério A), com base, simultaneamente numa preocupação sobre a cognição por parte do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico; e num desempenho inferior ao esperado numa avaliação objetiva ou que tem vindo a piorar ao longo do tempo (APA, 2013).

Uma preocupação cognitiva difere de uma queixa, na medida em que a preocupação pode ser ou não verbalizada espontaneamente. As preocupações relativas à memória incluem a dificuldade em recordar uma pequena lista de compras, ou em acompanhar um enredo de um programa televisivo; as preocupações ao nível das funções executivas incluem dificuldades em retomar uma tarefa após ter sido interrompida, dificuldades em organizar registos fiscais ou em planear refeições festivas.

No caso de uma Perturbação Neurocognitiva Ligeira (PNCL), o utente provavelmente irá descrever estas tarefas como mais difíceis de realizar do que anteriormente ou que necessita de mais esforço ou tempo para que as consiga realizar. Na PNCL, os indivíduos e os seus familiares podem não detetar os sintomas ou até achá-los normais, especialmente nos idosos. Torna-se fundamental salientar que as dificuldades estão relacionadas com os défices cognitivos e não com limitações motoras ou sensoriais (APA, 2013).

A presença de uma colostomia gera na vida de um indivíduo um desequilíbrio a nível biopsicossocial, que depende da capacidade emocional, física, funcional, psíquica e social de cada indivíduo (Canavarro & Serra, 2010).

Esta situação clínica acarreta uma série de mudanças na vida do utente tais como a necessidade de realização do autocuidado com a colostomia, aquisição de material apropriado para a contenção do conteúdo fecal, adequação alimentar, convivência com a perda do controlo da continência intestinal, eliminação de odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração das atividades sociais, sexuais e quotidiano (Araújo & Shinohara, 2002).

As consequências de um AVC podem assumir diferentes características físicas, cognitivas e emocionais. Embora as alterações físicas sejam as mais visíveis, as alterações emocionais trazem mudanças no comportamento e pensamento do doente e são de extrema

importância tanto para a recuperação e reabilitação física do mesmo, como para a sua funcionalidade e qualidade de vida (Chun, Whiteley, Carson, Dennis, & Mead, 2015).

Segundo Zawadzka & Domńska (2014) as alterações emocionais pós-AVC podem incluir a depressão, a ansiedade, a desinibição, a negação, a apatia, os comportamentos agressivos, a perda de iniciativa, a irritabilidade, o isolamento e a frustração.

Os fatores precipitantes das dificuldades de V.P são nomeadamente a ocorrência dos seus dois Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC de repetição) e a sua colostomia.

Relativamente aos fatores de vulnerabilidade, estes são nomeadamente o seu saco da colostomia encher, descolar, que suje a roupa, que as outras pessoas reparem que V.P tem um saco da colostomia; o seu internamento e o facto de ser constantemente avaliado pela equipa multidisciplinar (ansiedade relacionada com a sua performance durante as sessões e realização dos exercícios propostos) e os seus comportamentos de risco para a ocorrência de AVC.

No que diz respeito aos fatores de manutenção, é nomeadamente o comportamento demonstrado pela sua esposa relativamente à condição de saúde de V.P., pois bloqueia a autonomia de V.P. ao ajudá-lo com muita frequência a realizar as atividades de vida diária. Ao utilizar verbalizações de que o utente não irá melhorar e o facto de o utente estar em contexto de internamento, pode contribuir para que V.P. aumente os níveis de ansiedade relativamente ao seu estado de saúde e que sinta que não é capaz de realizar uma determinada tarefa autonomamente.

Para finalizar, o facto de no decorrer do internamento, o saco da colostomia de V.P ser mudado com mais frequência e o utente ter *insight* e conhecimento do seu estado de saúde constituem fatores protetores das suas dificuldades. V.P sabia que não é o único utente com um saco de colostomia na instituição, e que, ao contrário de outros utentes que o tinham por motivos de doença, V.P possuía o saco da colostomia porque tinha tido um acidente. Este pensamento ajudava o utente a sentir-se menos ansioso relativamente ao seu estado de saúde.

## **Intervenção**

Tendo em consideração o caso clínico apresentado, foi delineado um plano de intervenção, em conjunto com o utente, adaptando as estratégias e/ou técnicas ao utente, às suas limitações e características. Foi realizada uma avaliação e conceptualização, que consistia primeiramente na recolha de informação acerca do utente, através da sua história pessoal (informação geral, informação familiar, relações interpessoais e nível de vida e sistemas de apoio social), e através da exploração do comportamento problema (definição do problema e os seus determinantes).

Durante a intervenção realizada com V.P, foram realizados exercícios de estimulação cognitiva, a nível da memória, da orientação e da atenção, incentivando para que os realizasse durante o seu dia-a-dia no seu tempo livre, com a ajuda da equipa multidisciplinar da instituição.

Relativamente à memória, foi mostrado ao utente cartões com imagens (havia cartões com uma imagem, com duas, três e quatro imagens) para que as memorizasse e posteriormente as descrevesse; foi dita a V.P várias listas de palavras (havia listas com duas, com três e com quatro palavras) para que o utente as repetisse após lhe serem transmitidas; foi dito um nome de uma determinada celebridade e V.P teria de explicar quem foi essa figura pública ou qual o seu contributo (porque é famosa); o utente também respondeu a algumas perguntas tais como: o que é uma zebra?; o que é uma cereja?; para que serve uma colher? E um lápis?; Qual é a divisão da sua casa onde está a sua cama?; Onde vai quando quer cortar o seu cabelo?; entre outras.

No que diz respeito à atenção, foi apresentado a V.P vários cartões em que cada um continha quatro imagens (três iguais e uma diferente), em que o utente teria de identificar a imagem que era diferente das restantes, bem como identificar essa mesma diferença; na segunda atividade da atenção; foi dito uma sequência de vários números a V.P (dois a quatro números em cada sequência), e posteriormente o utente teria de os repetir de forma direta; foi apresentado várias sopas de letras em que V.P teria de encontrar uma determinada palavra ou número que lá estavam presentes; finalmente, relativamente à atenção, foi dito a V.P algumas palavras, e posteriormente o utente teria de as repetir e soletrá-las à medida que as ouvia.

No que diz respeito à orientação, foi perguntado a V.P o dia do mês, o mês, o ano, a estação do ano, o dia da semana, o número de meses do ano, quais os meses do ano, qual o mês do ano com menos dias, entre outras perguntas de orientação. Finalmente, foram apresentados cartões com imagens associadas às estações do ano, pelo que o utente teria de dizer a qual estação correspondia a respetiva imagem.

Foi realizada com o utente a Conceptualização ABC relativamente à ansiedade que sente devido à sua colostomia, que consistia na identificação dos Acontecimentos Ativadores (A) (especificação das situações que precipitam a ocorrência das respostas emocionais/comportamentais/cognitivas que se encontravam desajustadas; na identificação das Crenças (B) (especificação das cognições e crenças acerca de cada um dos acontecimentos ativadores; e a identificação das Consequências (C) (especificação das consequências emocionais/comportamentais/cognitivas resultantes da interação entre ativadores e crenças. Para finalizar, organizou-se toda a informação do seguinte modo (Modelo ABC): A – Acontecimentos ativadores (colostomia); B – Crenças (o saco vai descolar, vai encher, vai sujar

a roupa, e as pessoas vão reparar nele); C – Consequências (níveis significativos de ansiedade) (Gonçalves, 1994).

Seguidamente, procedeu-se à apresentação do racional, que consistiu em explicar a V.P detalhadamente o racional do processo a seguir, que deverá incluir uma descrição do Modelo ABC e da forma como as cognições e crenças interagem com situações e emoções. Foi também especificado a natureza colaborativa do tratamento, bem como foi apresentada a V.P uma descrição dos processos de tratamento, dando ênfase ao trabalho cognitivo, emocional e comportamental (Gonçalves, 1994).

Foram utilizadas as Técnicas de Reestruturação Cognitiva de Beck (1976), nomeadamente Estratégias Cognitivas, em que primeiramente se realizou a identificação das distorções cognitivas do utente (ansiedade relativa à colostomia).

Depois de identificadas as distorções cognitivas, foram utilizadas estratégias para a reestruturação do pensamento do utente (Gonçalves, 1994). Foi explicado a V.P em que consistia a ansiedade, bem como as respostas adaptativas e desadaptativas e os componentes das respostas de ansiedade (sintomas físicos, sintomas comportamentais e pensamentos).

Relativamente ao medo que sente em relação às outras pessoas verem o seu saco, foi-lhe explicado que são sacos que se adaptam ao seu corpo, mas, no entanto, pode causar desconforto a V.P.

A formulação de pontos de vista alternativos, consistiu em encorajar o utente a procurar novos pontos de vista acerca da situação através de um processo de descentração em que ele assumiu a perspectiva de um observador externo, formulando a maior variedade de pensamentos a propósito de cada situação (Gonçalves, 1994). V.P relatou que iria perceber a situação da pessoa. Seguidamente, o utente acrescentou que iria também compreender as emoções demonstradas pela pessoa, mostrando respeito.

A classificação dos erros cognitivos, consistiu em ajudar o utente na identificação dos erros mais frequentes. O utente foi levado a percorrer o registo dos pensamentos disfuncionais e a anotar as distorções que possam estar presentes de todas as seguintes: inferência arbitrária; abstração seletiva; sobregeneralização; magnificação/minimização; personalização; pensamento dicotómico (Gonçalves, 1994). O utente muitas vezes pensa durante a noite que o seu saco vai descolar e que irá sujar a sua roupa, o que aumenta significativamente os seus níveis de ansiedade. No entanto, apercebe-se que nada dos seus medos e preocupações não se realizaram, pelo que se sente mais aliviado.

Lidar com as consequências negativas consistiu em preparar o utente para lidar com as implicações do facto de algumas cognições negativas do utente. Recorreu-se a duas estratégias,

nomeadamente: a descatastrofização; e aptidões de confronto paliativo (Gonçalves, 1994). O utente tem consciência que o seu saco descolar é um acontecimento normal e que acontece frequentemente. V.P afirmou que pensa no facto de que muitos dos utentes da unidade que possuem também uma colostomia, é devido a uma doença, enquanto que ele foi submetido a uma colostomia devido ao seu acidente.

Para finalizar as estratégias cognitivas, o ponto/contraponto consistiu em que o utente praticasse as novas respostas cognitivas através de estratégias de ponto/contraponto, na qual lhe foi apresentado a situação e a distorção cognitiva, e o utente contrapôs com as cognições adaptativas (Gonçalves, 1994). V.P afirmou que caso o seu saco descole ou encha, este é logo mudado e tem sempre um terceiro para o ajudar no que for necessário, o que constitui uma cognição adaptativa dos acontecimentos que provocam ansiedade a V.P.

De forma a que V.P lidasse melhor com a ansiedade que sente, foi-lhe ensinado estratégias para o ajudar a esse nível, nomeadamente a Respiração Diafragmática (Craske & Barlow, 1981) e as Técnicas de Distração (Clark, 1989).

A respiração diafragmática constitui uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade. Nessa técnica, pede-se que o indivíduo preste atenção à sua própria respiração e identifique os movimentos de inspiração e de expiração ao colocar a sua mão sobre o abdómen e a região peitoral. Em seguida, pede-se que respire lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, sustendo a respiração por mais três segundos e libertando o ar pela boca por seis segundos. A respiração diafragmática impede a hiperventilação e diminui os sintomas de ansiedade e a tensão muscular do indivíduo (Oliveira e Duarte, 2004).

As técnicas de distração têm a função de aliviar de imediato os sintomas de ansiedade, através do desvio da atenção dos pensamentos ou dos sintomas físicos que provocam essa mesma ansiedade (Clark, 1989). Para Clark (1989), treinar o utente a distrair-se pode ser uma boa maneira dele combater as suas crenças de que não tem controlo sobre a sua própria ansiedade.

### **Objetivos terapêuticos**

Os objetivos terapêuticos do utente foram: preservar e melhorar as funções cognitivas de V.P. através do uso de estratégias/exercícios de estimulação cognitiva; melhorar a participação ativa no contexto de internamento; diminuir os níveis de ansiedade do utente através do uso de estratégias para lidar com a ansiedade (respiração diafragmática e técnicas de distração).

### **Estratégias terapêuticas**

As estratégias terapêuticas utilizadas com o utente foram nomeadamente: estabelecer uma relação positiva, baseada na empatia, confiança e autenticidade; o reforço da autoestima, autoconceito, autoconfiança e segurança do utente; e a Psicoeducação para o uso das Técnicas de Reestruturação Cognitiva.

### **Avaliação da Intervenção Individual**

A intervenção individual com o utente ocorre de uma forma bastante positiva. Este processo foi facilitado pela motivação e colaboração demonstrada por parte do utente, que se mostrou sempre recetivo, motivado e esforçado no decorrer das sessões semanais de avaliação.

### **Anexo C - Caso M.G. (já corrigido)**

**Identificação:** M.G. é do sexo feminino, tem 79 anos, tem o 2º ano de escolaridade, encontra-se reformada (o seu último emprego foi numa fábrica de fiação), e é casada há 60 anos com F. Fruto do seu casamento, M.G tem oito filhos (o seu filho mais velho faleceu), dos quais cinco residem atualmente no exterior e dois residem em Portugal, mas a utente mantém um bom relacionamento com todos. M.G é natural de Vilar do Monte, e tem como sua rede de suporte, a sua filha.

**Motivo de encaminhamento:** Contexto de internamento na instituição (Unidade de Convalescença – UC) e foi encaminhada devido à presença de sintomatologia depressiva.

**Avaliação do estado mental:** M.G encontra-se em contexto de internamento na Unidade de Convalescença (UC) do Hospital da Misericórdia da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde. Afirmou ter sofrido uma queda em casa. Esta queda resultou de uma fratura na sua perna direita, sendo a razão pelo que se encontra na instituição.

M.G apresentou-se colaborante, com um comportamento adequado, mas com sinais visíveis de tristeza. M.G encontrava-se parcialmente atenta e focada durante a avaliação. Tinha um discurso coerente e pouco perceptível (ininteligibilidade e precisão diminuída); o seu pensamento era lógico e organizado (sabia descrever os seus acontecimentos de vida de uma forma estruturada).

A utente encontrava-se parcialmente atenta e focada durante a avaliação, uma vez que tinha dificuldade em concentrar-se (problemas atencionais) e interrompia com alguma frequência o seu discurso por sentir dores (retoma após estimulação). Desviava-se algumas vezes do tema inicial para falar acerca de outros tópicos, sendo necessário estimular a utente de modo a que falasse novamente sobre o assunto pretendido.

M.G necessita de ajuda para realizar as suas atividades diárias. Relatou não conseguir andar porque tem a perna partida e não conseguir agarrar na colher porque sofre de muitos tremores nas mãos. Afirmou sentir, por vezes, dores nas costas e no peito e alguns tremores nessas mesmas zonas.

Durante as primeiras sessões de avaliação, M.G afirmou que gostava de recuperar relativamente à sua condição de saúde atual, bem como relativamente às sequelas do seu AVC (expetativas bem ajustadas), mas não se sente motivada pois pensa que já não irá conseguir recuperar e que a sua situação não tem solução.

Afirmou ter dificuldades a nível visual, relatando que usava óculos desde que tinha vinte e oito anos e que possui dificuldades em compreender os sons que ouve.

M.G declarou que dorme bem a noite inteira, mas que acorda algumas vezes durante a noite para ir à casa de banho. Afirmou que não tinha irregularidades a nível do seu apetite.

A utente demonstrou sentir aflição e tristeza devido às dores fortes que sentia nas costas, no ombro e braço direito (lado afetado pelo seu Acidente Vascular Cerebral (AVC)). Afirmou sentir-se ansiosa devido ao seu problema de saúde e devido às dores que sente.

M.G apresenta dificuldades de *coping* relativamente ao seu problema de saúde atual e ao seu AVC, uma vez que perdeu a sua autonomia e deixou de conseguir fazer as coisas que anteriormente fazia sozinha.

Com o passar das sessões de avaliação semanais, os momentos de tristeza e de choro de M.G diminuíram de forma significativa. M.G afirmou estar bem-disposta apesar de sentir dores nas costas pelo facto de estar sempre na mesma posição na cadeira de rodas. Relatou estar mais animada e motivada para o seu processo de reabilitação. A utente declarou já conseguir dar pequenos passos no corredor da unidade onde se encontra, com muita ajuda, isto é, uma pessoa a segurar em cada braço, e, posteriormente, ao ter mais confiança, com a ajuda de um andarilho.

**Início e desenvolvimento das dificuldades:** A utente afirmou apresentar dificuldades em escrever e pegar em objetos com a sua mão direita, em fazer as tarefas e atividades da vida diária (perda de autonomia) desde que sofreu o AVC.

A equipa multidisciplinar achou benéfico proceder ao encaminhamento de M.G para a UMDR, onde lhe serão prestados cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, entre outros durante um período de tempo mais longo (três meses) comparativamente à UC. No entanto, por razões de proximidade, a utente foi transferida para outra instituição, pelo que impossibilitou a continuação da intervenção individual.

**História desenvolvimental, psicossocial e médica:** M.G sofreu um AVC há aproximadamente seis anos, afetando a maioria da parte direita do seu corpo.

A utente relatou que, logo após a ocorrência do AVC, fez um tratamento em que tomava medicação para a auxiliar com as dores que sentia no peito.

A utente realizou uma operação em que teve de retirar o útero e os ovários, razão pela qual deixou de trabalhar (M.G não se recorda da data dessa mesma operação).

M.G não possui historial de tabagismo ou de alcoolismo.

A utente, previamente a se encontrar na instituição e após a ocorrência do seu AVC, foi diagnosticada com Doença de Parkinson, e atualmente toma medicação para a doença.

### **Avaliação psicológica/psicométrica**

Mini Exame do Estado Mental (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa de Guerreiro et al, 1994)

A utente apresentou uma pontuação total de treze em trinta no MMSE, o que indica um défice cognitivo severo, considerando o ponto de corte de vinte e dois, tendo em conta a sua literacia (2º ano de escolaridade).

M.G obteve uma pontuação de cinco em dez na orientação, o que indica estar parcialmente orientada no espaço e no tempo. Apresentou dificuldades em nomear o ano, o dia do mês, a estação do ano (referiu ser a Primavera), o nome do edifício e o andar em que se encontrava. No entanto, soube nomear corretamente o mês do ano, o dia da semana, o país, o distrito e o nome da localidade onde nasceu.

Relativamente à retenção, a utente obteve uma pontuação de um em três, uma vez que soube apenas repetir a palavra “Bola”.

No que diz respeito ao domínio do cálculo, M.G não apresentou dificuldades nas subtrações (subtrair por trinta por três e assim sucessivamente), tendo obtido uma pontuação de cinco em cinco pontos (referiu o vinte e sete, vinte e quatro, vinte e um, dezoito e quinze como os respetivos resultados das subtrações).

Uma vez que a utente não aprendeu as três palavras referidas na prova de retenção, a prova de evocação não se aplica, tendo uma pontuação de zero pontos em três.

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986, versão portuguesa de João Apóstolo, 2011)

M.G obteve uma pontuação de dez pontos em quinze na Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), o que indica a presença de sintomatologia depressiva numa utente que se encontra em contexto de internamento.

Considerando o valor de cinco como ponto de corte e a classificação obtida pela utente, verifica-se que M.G possui sintomatologia depressiva relativamente à sua condição de saúde atual, bem como relativamente ao seu AVC (sofreu há seis anos).

Estes valores indicam que as componentes emocionais da utente devem ser alvo de intervenção.

## **Diagnóstico (DSM-5, APA, 2013)**

### **331.9 (G31.9) *Perturbação neurocognitiva major possivelmente devida a doença de Parkinson***

#### **Diagnóstico Diferencial**

Tendo em conta o quadro clínico de M.G., a utente apresenta critérios para a Perturbação neurocognitiva major possivelmente devida a doença de Parkinson.

Foram excluídas outras PNC, nomeadamente a PNC major ou ligeira com *Corpos de Lewy*, uma vez que esta distinção é baseada na relação temporal e na sequência dos sintomas motores e cognitivos. Para a PNC ser atribuível à doença de Parkinson devem estar presentes bastante tempo antes (pelo menos um ano antes) de o declínio cognitivo ter atingido o nível de PNC major, enquanto na PNC major ou ligeira com Corpos de Lewy, os sintomas cognitivos começam pouco tempo antes ou simultaneamente com os sintomas motores.

A PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer foi excluída, uma vez que as características motoras presentes na doença de Parkinson são essenciais para realizar a distinção entre a PNC major devida doença de Parkinson da PNC major ou ligeira devida a doença de Alzheimer.

Foi também excluída a PNC vascular major ou ligeira apesar de poder apresentar características parkinsónicas tal como a lentificação psicomotora, que pode ocorrer como consequência de doenças de pequenos vasos subcorticais.

O Parkinsonismo induzido por antipsicóticos foi eliminado, e pois podem ocorrer em indivíduos com outras PNC, particularmente quando os fármacos bloqueadores dos recetores de dopamina são prescritos para as manifestações comportamentais dessas perturbações.

#### **Conceptualização do Caso**

A formulação de caso, baseada no modelo cognitivo-comportamental, pretende integrar a história da utente e dos seus problemas e preocupações atuais, de uma forma diferenciada, permitindo desenvolver estratégias específicas para a utente lidar com as dificuldades (Araújo & Shinohara, 2002).

A característica essencial da perturbação neurocognitiva (PNC) major ou ligeira, devida à doença de Parkinson é o declínio cognitivo após o início da doença de Parkinson. A PNC é considerada como possivelmente devida a doença de Parkinson quer quando não existe evidência de outra perturbação que possa estar a contribuir para o défice cognitivo, quer quando a doença de Parkinson precede o início da PNC (critério que se aplica a M.G.), mas não ambas (APA, 2013).

As características associadas que suportam o diagnóstico de M.G., e que com frequência estão presentes incluem apatia, humor deprimido, humor ansioso, alucinações, delírios, alterações da personalidade, entre outras (APA, 2013).

O início da doença de Parkinson ocorre tipicamente entre a sexta e a nona décadas de vida, com maior expressão no início da sétima década. O défice major ocorre tipicamente apenas numa fase já muito avançada da doença (APA, 2013).

Ao longo do acompanhamento de M.G. constatou-se que os fatores predisponentes/de vulnerabilidade das suas dificuldades focam-se nas sequelas do AVC que sofreu, bem como a perda de autonomia.

O acidente vascular cerebral (AVC) é a doença vascular cerebral mais frequente. Trata-se de um evento súbito, caracterizado pela perda rápida da função neurológica, causada por uma interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro. A irrigação sanguínea do cérebro pode ser interrompida devido a um fenómeno isquémico (obstrução de uma artéria) ou a um fenómeno hemorrágico (rompimento de uma artéria) (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

As consequências de um AVC podem assumir diferentes características físicas, cognitivas e emocionais. Embora as alterações físicas sejam as mais visíveis, as alterações emocionais trazem mudanças no comportamento e pensamento do doente e são de extrema importância tanto para a recuperação e reabilitação física do mesmo, como para a sua funcionalidade e qualidade de vida (Chun, Whiteley, Carson, Dennis, & Mead, 2015).

Segundo Zawadzka & Domańska (2014) as alterações emocionais pós-AVC podem incluir a depressão, a ansiedade, a desinibição, a negação, a apatia, os comportamentos agressivos, a perda de iniciativa, a irritabilidade, o isolamento e a frustração.

A doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa crónica e de progressão lenta, podendo-se considerar várias fases durante a sua evolução. Ainda não se conhece a sua causa nem a sua cura, sendo os medicamentos utilizados para tratar os sinais e sintomas da doença (Barbosa, 2004). Segundo Martínez-Martín et al. (2006), a informação sobre o desenvolvimento e evolução da doença relacionados com os aspetos não motores, o seu impacto na qualidade de vida dos doentes, a velocidade de progressão da doença e a repercussão da terapêutica existente nas complicações e incapacidade são ainda pouco conhecidas.

A doença de Parkinson deve ser considerada como uma síndrome neurodegenerativa, progressiva, caracterizada pela presença de défices nos sistemas dopaminérgicos, colinérgicos, serotoninérgicos e noradrenérgicos (Teive, 2005).

A senescência do sistema nervoso central (SNC) é uma das consequências fisiológicas mais comprometedoras na doença de Parkinson, uma vez que o mesmo é responsável por diversas funções como sensações de movimentos, psíquicas e biológicas internas, que alteradas interferem diretamente no funcionamento do SNC. Entre os 50 e 80 anos de idade, ocorre perda das transmissões de impulsos nervosos, onde estes dependem de neurotransmissores para sua condução (Peixinho et al., 2007).

A doença de Parkinson abrange um grupo de manifestações clínicas caracterizadas por: tremores, perturbação dos movimentos involuntários da postura corporal, do equilíbrio e rigidez (Meneses; Teive, 1996; Pereira et al., 2003; Cardoso; Acioly, 2003; André, 2004; Lana et al., 2007).

Segundo Dias e Limongi (2003), as principais manifestações clínicas da doença de Parkinson, envolvem o sistema motor e incluem: tremor de repouso, rigidez muscular, alterações posturais, pouca expressão facial e sintomas não motores como depressão, alterações cognitivas, alterações da qualidade da voz e distúrbios autonômicos.

Os comprometimentos físico, mental, social e econômico associados aos sinais e sintomas da doença de *Parkinson* podem provocar isolamento do indivíduo e pouca participação na vida social, fazendo com que ele se revolte com sua incapacidade (Lana et al., 2007). A depressão é um fator de risco para a doença de *Parkinson*, sendo que ocorre em, aproximadamente, 40% dos pacientes diagnosticados (Silberman et al., 2004).

Com a evolução da doença, complicações decorrentes secundárias dos sinais e sintomas determinam o comprometimento mental/emocional e social, o que se revela extremamente incapacitante para o indivíduo (Camargo et al., 2004).

Os fatores precipitantes das dificuldades atuais de M.G. dizem respeito ao facto de sentir muitas dores e tremores no seu corpo, pelo que nem sempre consegue concentrar-se na realização das atividades propostas.

O fator de manutenção das dificuldades da utente diz respeito ao facto de M.G ter sido diagnosticada com doença de Parkinson, não tendo muita reabilitação numa fase posterior, o que dificulta a sua recuperação.

Por fim, M. G. apesar de todas as dificuldades, a utente apresenta alguns fatores protetores, nomeadamente a relação positiva de compreensão, disponibilidade, atenção e carinho que possui com os seus filhos e com o seu marido.

## **Intervenção**

Criação de uma relação positiva com a utente, baseada na confiança mútua; Reforço da autoestima, autoconceito, motivação autoconfiança e segurança da utente. Torna-se fundamental melhorar o humor e promover a regulação emocional adaptativa da utente; facilitar e promover a participação ativa no processo de internamento e reabilitação; estimulação cognitiva (atenção, orientação e memória); e promover a motivação para o processo de reabilitação.

Tendo em consideração o caso clínico apresentado foi delineado um plano de intervenção, em conjunto com a utente, adaptando as estratégias e/ou técnicas terapêuticas às suas limitações e características.

Foi realizado também com a utente, exercícios de estimulação cognitiva, a nível da memória, da orientação e da atenção, incentivando para que os realizasse durante o seu dia-a-dia, com a ajuda da equipa multidisciplinar da instituição.

Relativamente à memória, foi dito à utente listas com palavras (podiam variar entre duas a três palavras por lista) e frases, e, posteriormente a utente teria de as repetir à medida que as ouvia. Foi também mostrado à utente cinco cartões (cada um com uma imagem diferente) durante 30 segundos. Durante esse tempo, M.G. teria de memorizar cada imagem apresentada. Em seguida, cada cartão seria retirado da linha de visão da utente (após os 30 segundos) e M.G. teria de descrever o melhor possível cada uma das imagens apresentadas.

No que diz respeito à orientação, foi perguntado à utente o dia do mês, o mês do ano, o ano, o dia da semana, a estação do ano, a localidade, o nome do edifício, o andar, o distrito e o país. Os exercícios de orientação foram sujeitos a treino cognitivo. Este treino consistia em dizer a M.G. o dia do mês, o mês do ano, o ano, o dia da semana, a estação do ano o nome da localidade onde estávamos, o distrito, o país, o nome do edifício e o andar, e posteriormente a utente repetia. Foi também perguntado à utente, como parte do treino cognitivo, as seguintes questões: quais são os dias da semana?; quais são os meses do ano?; quantos dias tem um mês?; se hoje é dia 29, que dia é amanhã? E que dia foi ontem?; se hoje é quarta-feira, que dia da semana é amanhã? E que dia da semana foi ontem?.

Seguidamente foi realizado com a utente, exercícios de atenção, que consistiam em que a utente repetisse uma sequência de dois e três números por ordem direta e, posteriormente, por ordem inversa. Um outro exercício de atenção realizado com M.G. consistiu em que a utente ligasse um conjunto de números por ordem crescente (1-2-3; 3-4-5; 5-6-7; 8-9-10). Posteriormente, era apresentado à utente cartões com sopa de letras, figuras e de números, em

que consistia que M.G. encontrasse o que lhe era solicitado (as palavras mar, lápis, os números 7 e 8 e a estrela e o círculo).

Em seguida, procedeu-se aos exercícios de linguagem, em que era pedido à utente que dissesse nomes que se recordasse e que pertencessem a uma determinada categoria (nomes de flores, cores, objetos, países). Um outro exercício de linguagem realizado com M.G. consistia em que repetisse determinadas frases simples que lhe eram previamente ditas.

Para finalizar, foram realizados com a utente, exercícios de funções executivas. O primeiro exercício consistiu em que M.G., após lhe ter sido dita uma letra, dissesse todas as palavras que se lembrasse com essa letra. O segundo exercício consistiu em que M.G. fizesse contas de somar e de subtrair. O terceiro exercício consistiu em que M.G. dissesse o que havia em comum no seguinte conjunto de palavras: gato-coelho; copo-chávena caneta-lápis, rosa-margarida, entre outros.

Durante a intervenção realizada com a utente, foi utilizada a Terapia de Reminiscência. Esta Terapia consiste na recuperação de memórias emocionalmente significativas do passado, que pode ser facilitada através da apresentação de estímulos sensoriais (fotografias, músicas, texturas, sabores). Como se trata de um tipo de memórias frequentemente preservadas em pessoas com défice cognitivo e em fases iniciais de demência, a reminiscência tornou-se uma terapia popular, que se centra nas competências preservadas da pessoa ao invés de focar-se nas suas limitações (Cotelli et al., 2012). A reminiscência valoriza, assim, a dimensão humana da pessoa idosa e a sua trajetória de vida, através da mobilização dos recursos cognitivos preservados e da valorização e reestruturação da história de vida que permite um sentido de continuidade intrapsíquica (Cotelli et al., 2012).

### **Avaliação da Intervenção Individual**

A intervenção individual com a utente ocorreu de uma forma bastante positiva. Este processo foi facilitado pela colaboração e comunicação demonstrada por parte da utente, que se mostrou sempre receptiva no decorrer das sessões semanais de avaliação.

A principal limitação da intervenção individual com M.G. foi o pouco tempo de internamento da utente, por esta se encontrar na UC da instituição (internamento de um mês), e posteriormente ter sido transferida para outra instituição.

A utente demonstrou uma melhoria significativa na sua motivação relativamente ao seu processo de reabilitação e uma diminuição dos seus momentos de tristeza e choro ao longo das sessões de avaliação.

## **Anexo D - Caso R.F. (já corrigido)**

**Identificação:** R.F é do sexo feminino, tem 81 anos, tem o 3º ano de escolaridade, encontra-se reformada há 21 anos (o seu último emprego foi tecedeira), e é viúva há 6 anos de A. R.F não teve filhos e vive sozinha, e tem como rede de suporte a sua irmã (veio acompanhá-la à instituição). A utente teve seis irmãos (um dos seus irmãos faleceu), dos quais quatro residem atualmente no exterior. R.F é natural de Riba de Ave.

**Motivo de encaminhamento:** R.F encontrava-se em contexto de internamento na Unidade de Convalescência (UC) do Hospital da Misericórdia da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde devido a uma queda, através da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Na instituição é obrigatório o acompanhamento de Psicologia para todos os utentes.

**Avaliação do estado mental:** R.F apresentou-se colaborante e com um comportamento adequado. R.F encontrava-se atenta e focada durante a avaliação. Tinha um discurso coerente e espontâneo. O seu pensamento era lógico e organizado (sabia descrever os seus acontecimentos de vida de uma forma estruturada).

R.F apresentava uma atividade psicomotora lentificada. A utente necessita de ajuda para realizar as suas atividades diárias, nomeadamente para ir à casa de banho e para a marcha.

A utente aparenta encontrar-se motivada em relação ao seu internamento na Unidade de Convalescência da instituição (duração de, no máximo, 30 dias). As suas expectativas encontram-se bem ajustadas, de acordo com o seu problema de saúde (gostaria de melhorar as sequelas que teve da sua queda).

R.F encontrava-se orientada autopsiquicamente. No entanto, apresentava alguma desorientação relativamente ao edifício e ao andar em que se encontrava. A utente encontrava-se orientada relativamente ao dia, ao mês do ano, ao ano, à estação do ano, ao país, ao dia da semana, à localidade e ao distrito. R.F possui *insight* do seu problema de saúde.

R.F declarou que possui algumas dificuldades em adormecer por pensar em demasia sobre o seu acidente e às suas sequelas e que dorme pouco, ficando muitas vezes cansada durante o dia. Afirmou que não tinha irregularidades a nível do seu apetite.

Relativamente às queixas cognitivas da utente, R.F afirma que se sente algumas vezes esquecida desde a sua queda.

**Início e desenvolvimento das dificuldades:** R.F apresentava tristeza devido ao seu problema de saúde e devido à mudança de ambiente a que foi sujeita (estar em contexto de internamento), uma vez que estava habituada a ser autónoma nas suas atividades diárias.

**História desenvolvimental, psicossocial e médica:** R.F sofreu uma queda anterior (em janeiro) a esta que teve recentemente na rua, lesionando a cara, mas que, no entanto, não teve sequelas desta queda.

A utente relatou que foi já submetida a uma apendicite (não se recorda da data em que aconteceu).

R.F não possui historial de tabagismo ou de alcoolismo.

Devido ao facto de a utente ter sido transferida para outra instituição após duas sessões de acompanhamento, não foi possível conhecer de uma forma mais aprofundada a história desenvolvimental, psicossocial e médica de R.F.

### **Avaliação psicológica/psicométrica**

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R; Hodges & Mioshi, 2005, versão portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008)

A utente apresentou uma pontuação total de 56 em 100 na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R).

Relativamente à pontuação total obtida pela utente na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke, sugere a existência de um défice cognitivo (valor apropriado para défice ligeiro a moderado).

No que diz respeito aos restantes domínios existentes na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R), R.F obteve uma pontuação de 13 em 18 na atenção e orientação (nove em dez na orientação; três em três na retenção; um em cinco na atenção e cálculo); nove pontos em vinte e seis na memória (um em três na evocação; três em sete na memória anterógrada; dois em quatro na memória retrógrada; zero em sete na memória de evocação; três em cinco no reconhecimento); cinco pontos em 14 na fluência verbal; 21 pontos em 26 na linguagem (oito em oito na compreensão; zero em um na escrita; três em quatro na repetição; 9 em 12 na nomeação; um em um na leitura), e, 8 pontos em 16 nas capacidades visuo-espaciais (zero em oito na capacidade visuo-espacial; oito em oito na perceção). As pontuações obtidas por R.F sugerem a existência de défices cognitivos a nível da memória, a nível da fluência verbal da utente, e a nível das capacidades visuo-espaciais. No entanto, a nível da linguagem, da atenção e orientação, R.F não apresenta nenhum défice cognitivo.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS; Zigmond & Snaith, 1983, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2007)

A utente apresentou 15 pontos em 21 na subescala da ansiedade, o que indica níveis moderados de ansiedade (valores entre 11 e 15); e 10 pontos em 21, apresentando níveis leves de depressão (valores entre 8 e 10) numa utente que se encontra em contexto de internamento.

Considerando o valor de oito (8) como ponto de corte e a classificação obtida pela utente nas subescalas de ansiedade e depressão, verifica-se que a utente possui níveis moderados de ansiedade e níveis leves de depressão relativamente à sua condição de saúde.

Como esta escala não inclui itens focados em aspetos somáticos, é apropriada para utentes com patologias não psiquiátricas, pois podia elevar os resultados obtidos.

Estes valores indicam que as componentes emocionais da utente devem ser alvo de intervenção.

#### **Diagnóstico (DSM-5, APA, 2013):**

**799.59 (R41.9) *Perturbação neurocognitiva ligeira não especificada***

#### **Diagnóstico Diferencial**

Tendo em conta o quadro clínico de R.F, a utente apresenta Perturbação Neurocognitiva Ligeira Não Especificada. Foram excluídas outras perturbações neurocognitivas, uma vez que não foi possível recolher mais informação sobre a história clínica e pessoal da utente (foi transferida para outra instituição).

#### **Conceptualização do Caso**

A Perturbação Neurocognitiva Não Especificada aplica-se às apresentações nas quais predominam os sintomas característicos de uma perturbação neurocognitiva que causam mal-estar significativo ou défice no funcionamento social, laboral ou outras áreas importantes do funcionamento, mas que não preenchem a totalidade dos critérios para nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das perturbações neurocognitivas. A categoria de perturbação neurocognitiva não especificada é utilizada em situações nas quais a etiologia específica não consegue ser determinada com suficiente certeza para fazer uma atribuição etiológica (American Psychiatric Association, 2013).

Com o avançar da idade, múltiplos fatores constituem um desafio para que os idosos vivam de forma independente e com autonomia e, dentro deles, destacam-se as quedas. As quedas são consideradas incapacitantes e preocupantes (Cavalcante, Aguiar, & Gurguel, 2012).

Uma queda pode ser definida como um evento de etiologia multifatorial, que pode envolver a interação de diversos fatores de risco, nomeadamente: a idade e o sexo, historial de queda, medo de cair, alterações na marcha, défice de equilíbrio, fraqueza muscular, problemas de visão, hipotensão ortostática, problemas cognitivos. Apesar da literatura apontar uma larga lista de fatores de risco para este tipo de acidentes, nem todos têm a mesma influência na ocorrência de uma queda. Ainda assim, quanto maior é o número de fatores de risco a que uma pessoa está exposta, maior é a probabilidade de cair e de sofrer uma lesão (Soares, Moraes, Ferriolli, & Perracini, 2014).

As quedas são acidentes recorrentes ao longo da vida. Contudo, o seu impacto, a prevalência e as circunstâncias que estão na sua origem não são iguais em todas as faixas etárias. Além disso, recuperar de uma queda numa fase mais avançada da vida constitui um processo mais complexo, sendo que nesse período de recuperação o idoso encontra-se fragilizado, com maiores limitações físicas e psicológicas e por isso com grande probabilidade de sofrer um novo evento (Cavalcante, Aguiar, & Gurguel, 2012).

O facto de serem mais frequentes as alterações que poderão aumentar o risco de cair à medida que a idade avança, leva alguns investigadores a considerarem a queda como uma síndrome geriátrica (Cavalcante, Aguiar, & Gurguel, 2012).

A ocorrência de uma queda pode ser um indício de que alguma coisa poderá não estar bem, pode ser o primeiro sinal de um problema de saúde ainda não identificado e quedas recorrentes podem ser indicativas de um declínio na capacidade funcional do idoso (Soares, Moraes, Ferriolli, & Perracini, 2014).

## **Intervenção**

Tendo em consideração o caso clínico apresentado, foi delineado um plano de intervenção, em conjunto com a utente, adaptando as estratégias e/ou técnicas à utente, às suas limitações e características.

Durante a intervenção realizada com a utente, foi utilizada a Terapia de Reminiscência. Esta Terapia consiste na recuperação de memórias emocionalmente significativas do passado, que pode ser facilitada através da apresentação de estímulos sensoriais (fotografias, músicas, texturas, sabores). Como se trata de um tipo de memórias frequentemente preservadas em pessoas com défice cognitivo e em fases iniciais de demência, a reminiscência tornou-se uma terapia popular, que se centra nas competências preservadas da pessoa ao invés de focar-se nas suas limitações (Cotelli et al., 2012). A reminiscência valoriza, assim, a dimensão humana da pessoa idosa e a sua trajetória de vida, através da mobilização dos recursos cognitivos

preservados e da valorização e reestruturação da história de vida que permite um sentido de continuidade intrapsíquica (Cotelli et al., 2012).

Foi realizado também com a utente, exercícios de estimulação cognitiva, a nível da memória, da orientação, funções executivas e da atenção, incentivando para que os realizasse durante o seu dia-a-dia.

De forma a que R.F lidasse melhor com a ansiedade que sente, foram-lhe ensinadas estratégias para a ajudar a esse nível, nomeadamente a Respiração Diafragmática (Craske & Barlow, 1981) e as Técnicas de Distração (Clark, 1989).

A respiração diafragmática constitui uma técnica de relaxamento que visa à diminuição da ansiedade. Nessa técnica, pede-se que o indivíduo preste atenção à sua própria respiração e identifique os movimentos de inspiração e de expiração ao colocar a sua mão sobre o abdómen e a região peitoral. Em seguida, pede-se que respire lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, sustendo a respiração por mais três segundos e libertando o ar pela boca por seis segundos. A respiração diafragmática impede a hiperventilação e diminui os sintomas de ansiedade e a tensão muscular do indivíduo (Oliveira & Duarte, 2004).

As técnicas de distração têm a função de aliviar de imediato os sintomas de ansiedade, através do desvio da atenção dos pensamentos ou dos sintomas físicos que provocam essa mesma ansiedade (Clark, 1989). Para Clark (1989) treinar o utente a distrair-se pode ser uma boa maneira dele combater as suas crenças de que não tem controlo sobre a sua própria ansiedade. Por conseguinte, então, tenta-se treinar com o utente algumas técnicas de distração, com as quais se pretende que aprenda a mover o seu foco de atenção das suas sensações para um incompatível foco alternativo (Jarrett & Rush, 1988).

### **Objetivos terapêuticos**

Os objetivos terapêuticos da utente foram: aumentar o uso de estratégias/exercícios de estimulação cognitiva (memória, orientação e funções executivas); melhorar a participação ativa no contexto de internamento; e aumentar o uso de estratégias para lidar com a ansiedade (respiração diafragmática e técnicas de distração).

### **Estratégias terapêuticas:**

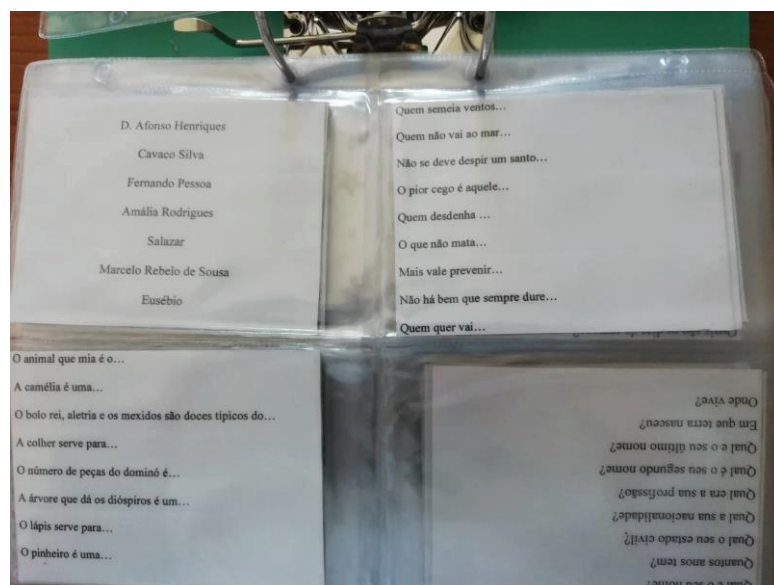
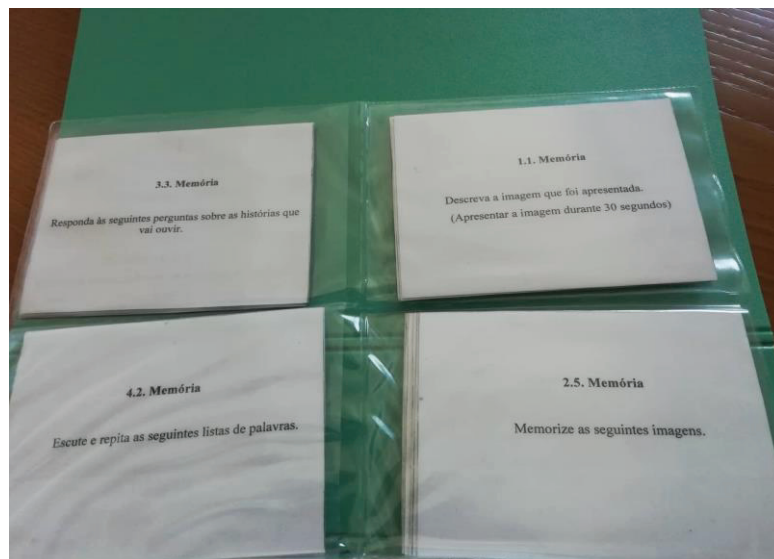
- 1) Estabelecimento de uma relação terapêutica positiva com a utente, baseada na empatia, confiança e autenticidade e do compromisso terapêutico.
- 2) Reforço da autoestima, autoconceito, autoconfiança e segurança da utente.

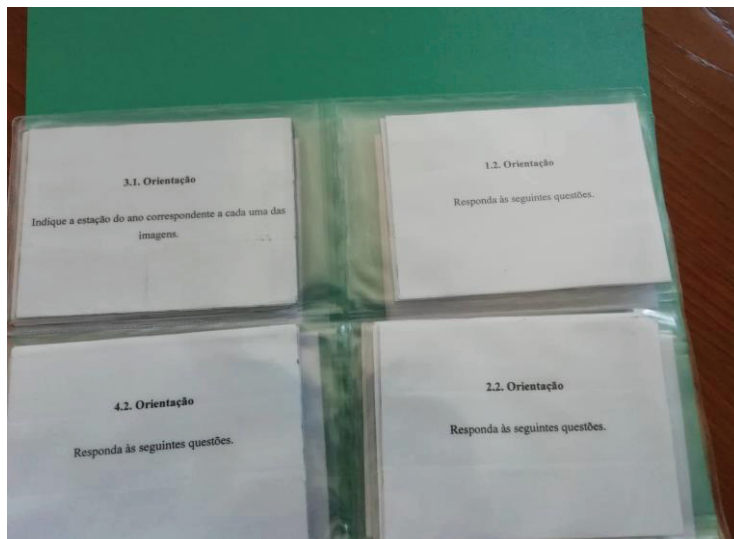
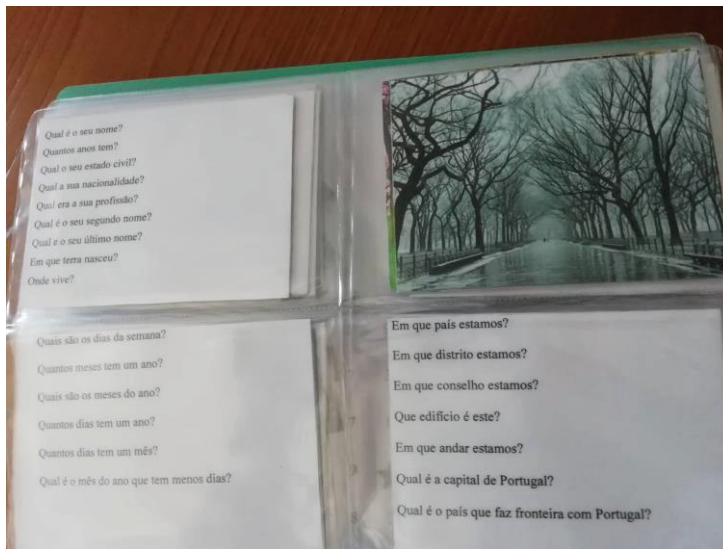
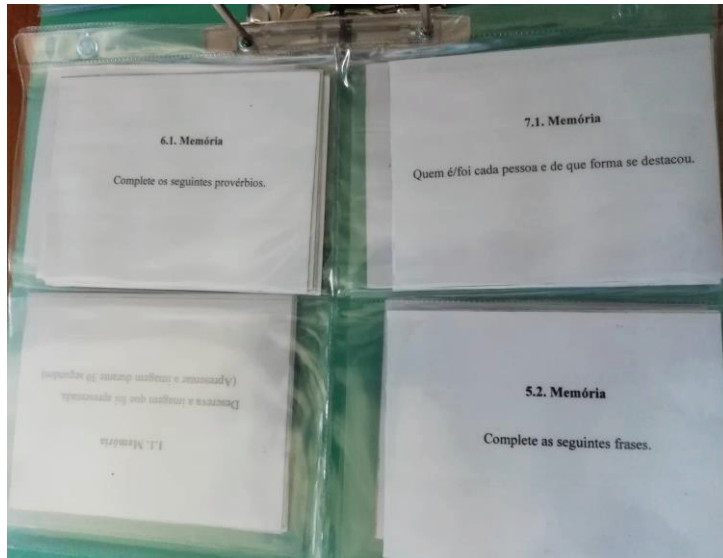
### **Avaliação da Intervenção Individual**

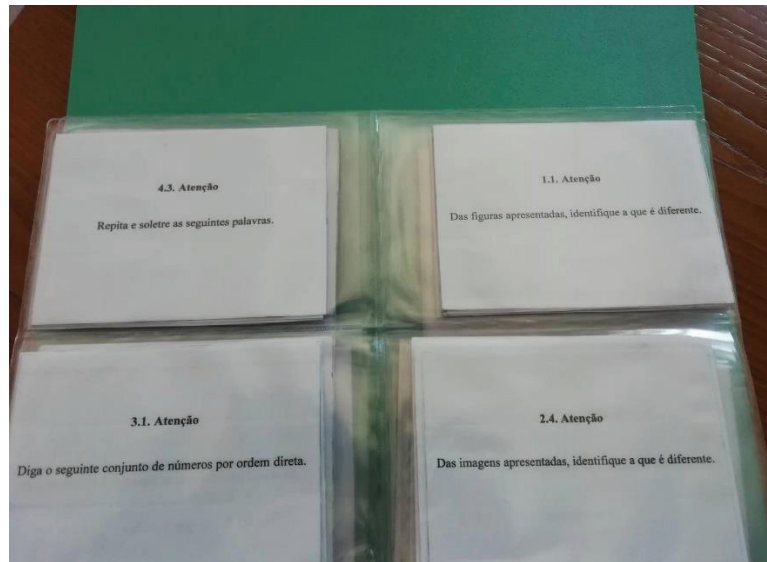
A intervenção individual com a utente ocorreu de uma forma bastante positiva. Este processo foi facilitado pela colaboração e comunicação demonstrada por parte da utente, que se mostrou sempre receptiva durante as sessões de avaliação (foi apenas possível realizar duas).

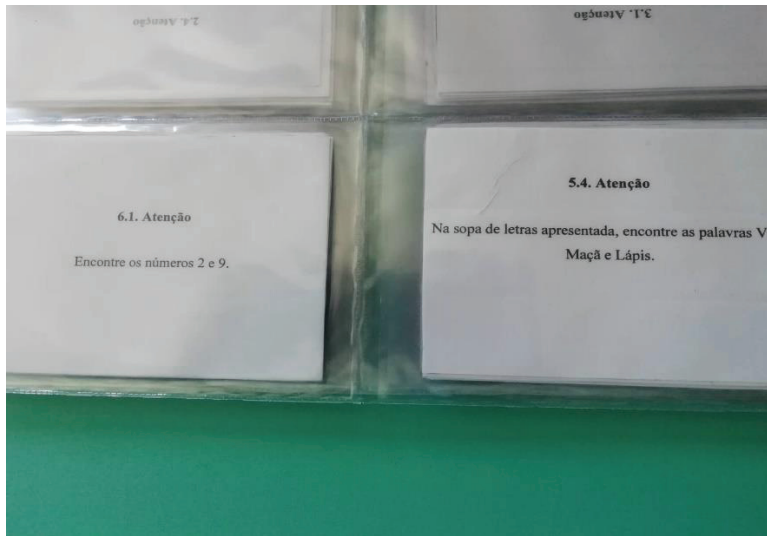
A principal limitação da intervenção individual com R.F. foi o pouco tempo de internamento da utente na instituição, tendo em conta que posteriormente foi transferida para outra instituição.

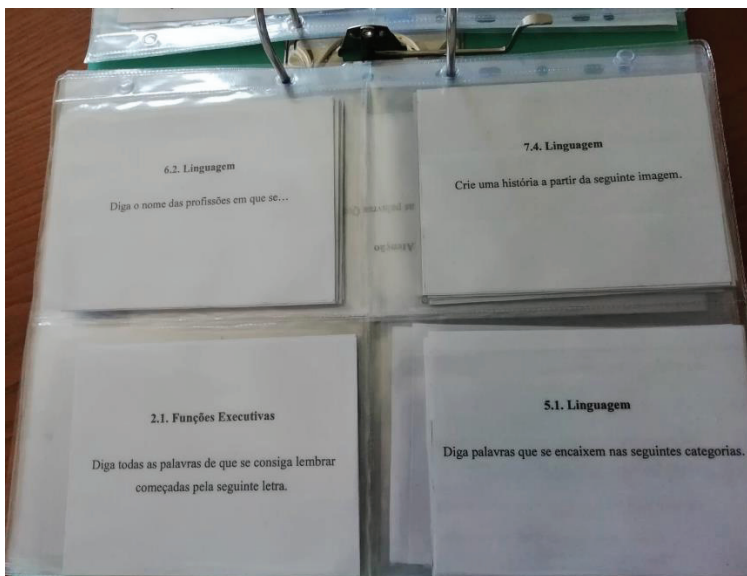
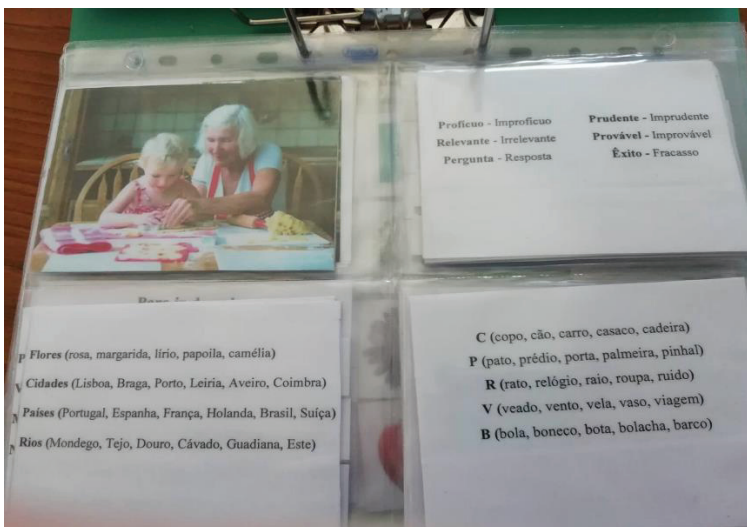
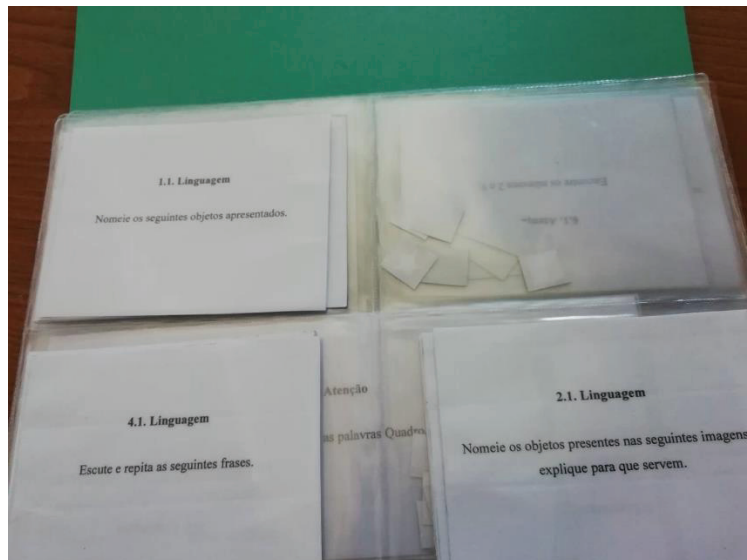
## Anexo E – Jogo de estimulação cognitiva utilizado na intervenção em grupo

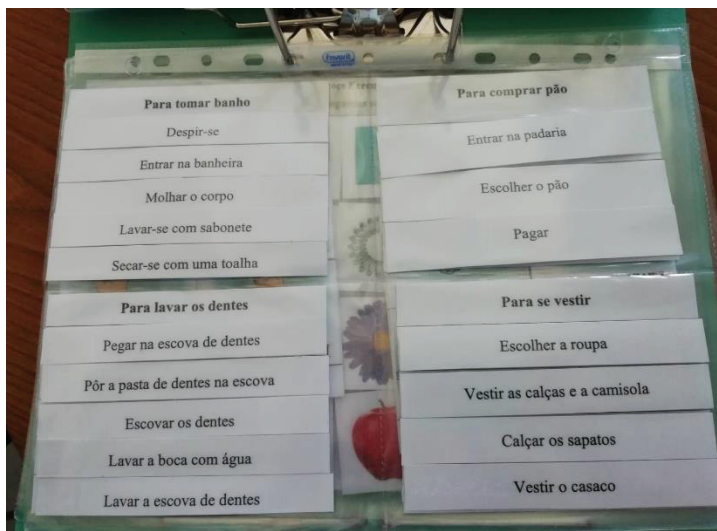
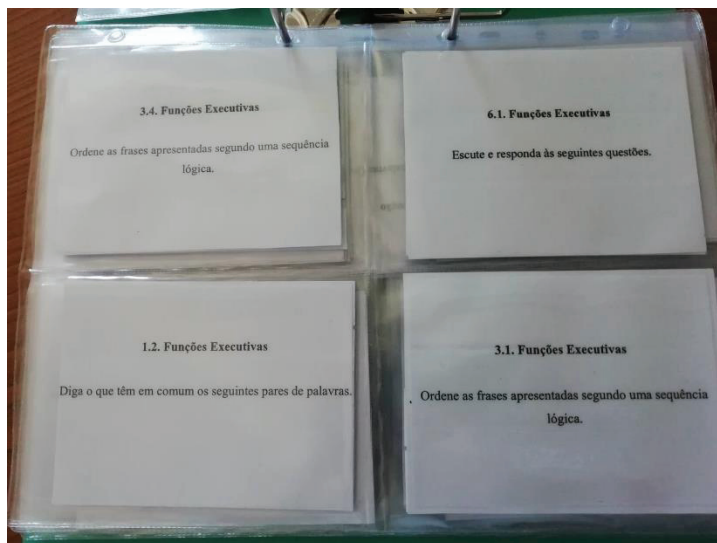
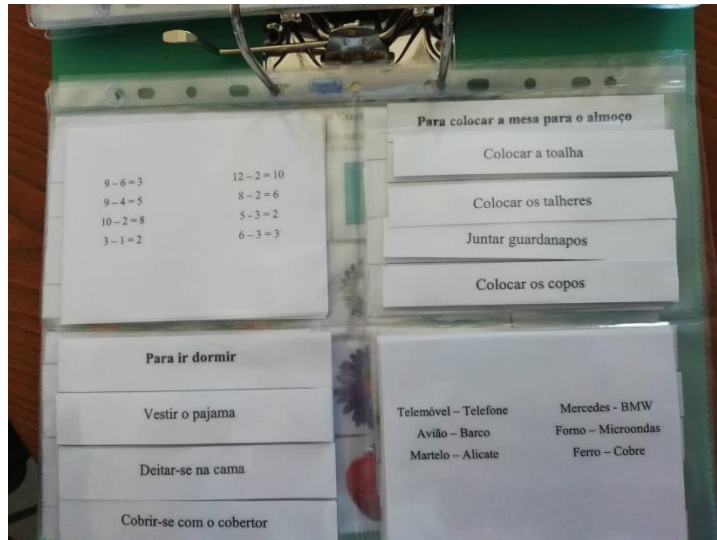


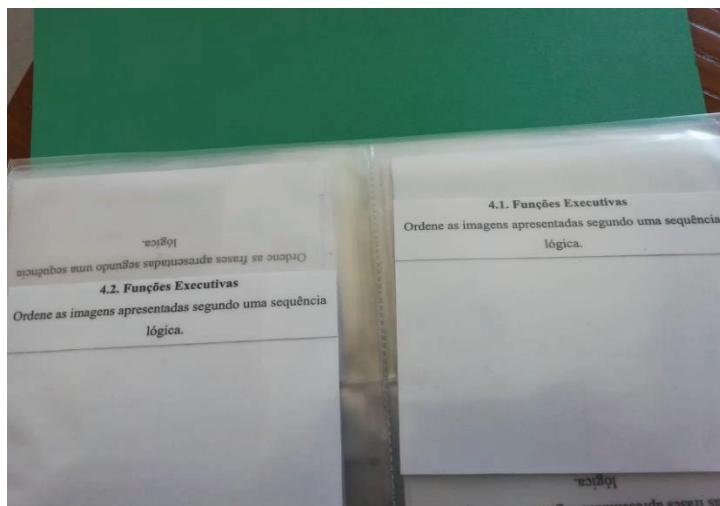
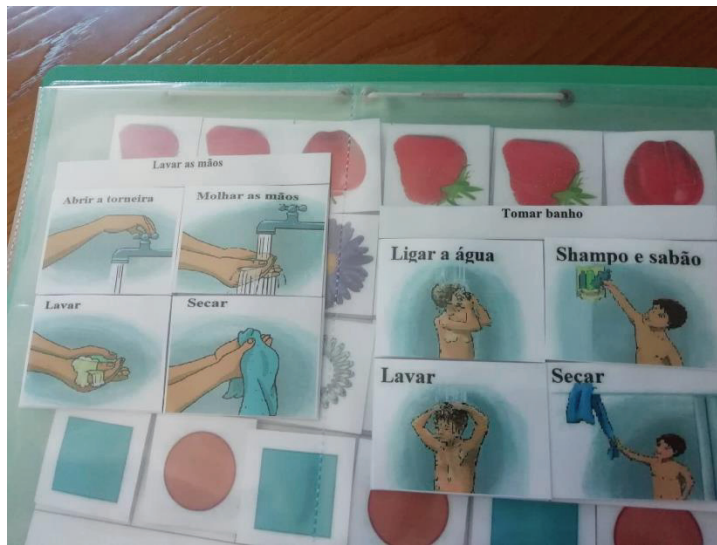
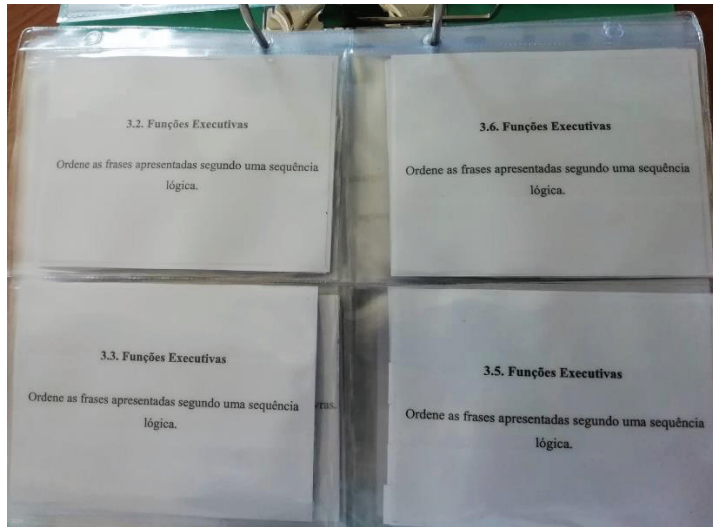


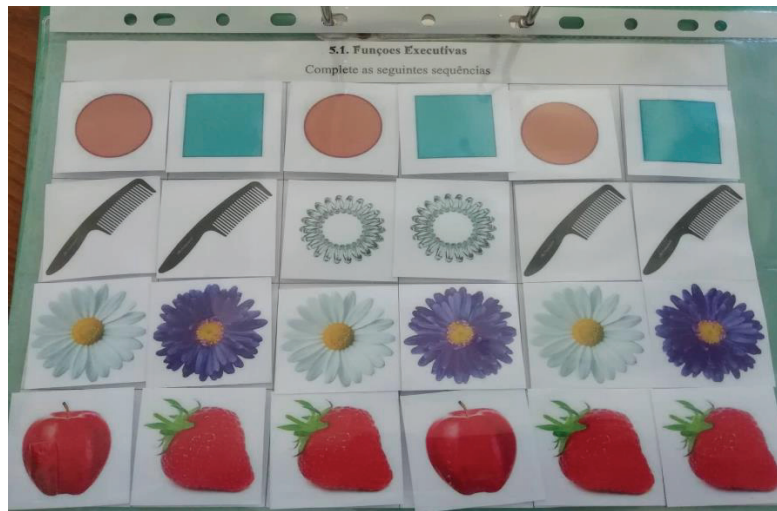












### Anexo F - Planeamento das sessões da intervenção em grupo

Número da sessão	Objetivos específicos	Atividades
1º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar a intervenção em grupo;               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os utentes;</li> </ul> </li> <li>• Criar uma relação de confiança e empatia;</li> </ul>	“Vamo-nos conhecer”
2º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção, concentração e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Memoriza a lista” Orientação para a realidade “Qual é a diferente?”
3º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção, concentração, linguagem e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Conheces a história?” Orientação para a realidade “Qual é a diferente?” “As categorias”
4º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, linguagem, atenção, concentração, orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Conheces o provérbio?” Orientação para a realidade “Encontra as palavras” “As profissões”
5º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Completa a frase” Orientação para a realidade “Repete os números” “Hora do conto” “Como se faz”
6º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular o raciocínio lógico;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Conheces a história?” Orientação para a realidade “Qual é a diferente?” “As categorias” “Vamos calcular”
7º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Descreve a imagem” Orientação para a realidade “Repete os números” “Para que serve este objeto?” “Como se faz”
8º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Memoriza a lista” Orientação para a realidade “Repete os números” “Que imagem é esta?” “Quantas palavras te lembras com esta letra?”

9º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular o raciocínio lógico;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Descreve a imagem” Orientação para a realidade “Qual é a diferente?” “Para que serve este objeto?” “Vamos calcular”
10º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Completa a frase” Orientação para a realidade “Onde está a palavra?” “As categorias” “O que têm em comum?”
11º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> <li>• Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;</li> </ul>	“Conheces a história?” Orientação para a realidade “Qual é a diferente?” “Os contrários” “Como se faz”
12º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Que celebridade é esta?” Orientação para a realidade “Onde está a palavra?” “Para que serve este objeto?” “Quantas palavras te lembras com esta letra?”
13º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular o raciocínio lógico;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Conheces a história?” Orientação para a realidade “Repete os números” “Repete a frase” “Vamos calcular”
14º sessão	Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade; Estimular a dinâmica de grupo;	“Completa a frase” Orientação para a realidade “Onde está a palavra?” “As profissões” “O que têm em comum?”
15º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Conheces os provérbios?” Orientação para a realidade “Qual é a diferente?” Que imagem é esta?” “Continua a sequência”
16º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Descreve a imagem” Orientação para a realidade “Repete os números” “Hora do conto” “Como se faz”

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;</li> </ul>	
17º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Memoriza a lista” Orientação para a realidade “Qual é a diferente?” “Os contrários” “Continua a sequência”
18º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Conheces a história?” Orientação para a realidade “Repete os números” “Que imagem é esta?” “Quantas palavras te lembras com esta letra?”
19º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Completa a frase” Orientação para a realidade “Onde está a palavra?” “Hora do conto” “Continua a sequência”
20º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>Estimular a dinâmica de grupo;</li> <li>Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;</li> </ul>	“Conheces os provérbios?” Orientação para a realidade “Repete os números” “Os contrários” “Como se faz”
21º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória, atenção e concentração e orientação para a realidade;</li> <li>Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Memoriza a lista” Orientação para a realidade Jogo do Bingo
22º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem e orientação para a realidade;</li> <li>Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“As categorias” Orientação para a realidade Jogo do Bingo
23º sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória, atenção e concentração, funções executivas e orientação para a realidade;</li> <li>Estimular a dinâmica de grupo;</li> </ul>	“Quantas palavras te lembras com esta letra?” Orientação para a realidade Jogo do Bingo

24º sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem e orientação para a realidade;</li><li>• Estimular a dinâmica de grupo;</li><li>• Realização do balanço final da intervenção em grupo junto da equipa multidisciplinar;</li></ul>	“As profissões” Orientação para a realidade Jogo do Bingo
------------	--	---

## **Anexo G – Descrição das sessões da intervenção em grupo**

### **Sessão 1 (11-12-2018)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Apresentar o jogo de intervenção em grupo;
- ✓ Conhecer os utentes;
- ✓ Criar uma relação de confiança e empatia;

#### **Atividades:**

- ✓ Atividade de apresentação da intervenção em grupo “Vamo-nos conhecer”: Primeiramente foi distribuído a cada um dos utentes pequenos retângulos de cartolina de diferentes cores, enquanto que cada uma das estagiárias ficava com um duplicado desses mesmos retângulos. Posteriormente, e de forma aleatória, cada estagiária dizia um nome de uma cor do retângulo, e o utente que tivesse essa cor, teria de fazer uma pequena apresentação: nome, estado civil, idade, localidade onde reside, profissão e que atividades gostava mais de fazer. No fim de se apresentarem, os utentes colocavam os retângulos coloridos num frasco de vidro.

#### **Materiais:**

- ✓ Cartolina colorida
- ✓ Frasco de vidro

### **Sessão 2 (08-01-2019)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção, concentração e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

#### **Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Memoriza a lista”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias dissessem uma lista de duas a três

palavras, e os utentes teriam de as repetir após ouvirem a lista (por exemplo, chuva, saco; portão, chuva, café).

- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Qual é a diferente?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, as estagiárias mostraram-lhes um conjunto de quatro imagens, em que uma delas era diferente das restantes, e os utentes teriam de identificar essa mesma diferença.

#### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

#### **Sessão 3 (15-01-2019)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção, concentração, linguagem e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

#### **Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces a história?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias contaram-lhes uma pequena história com

pequenos detalhes e, posteriormente os utentes teriam de responder perguntas sobre a história que ouviram.

- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Qual é a diferente?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, as estagiárias mostraram-lhes um conjunto de quatro imagens, em que uma delas era diferente das restantes, e os utentes teriam de identificar essa mesma diferença.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “As categorias”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que dissessem palavras que se recordassem que pertencessem a uma determinada categoria (flores, cidades, países).

#### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

#### **Sessão 4 (22-01-2019)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção, concentração, linguagem e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces o provérbio?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foi-lhes pedido para completar diversos provérbios populares (amor com amor se paga; em abril, águas mil).
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Encontra as palavras”: Com a finalidade de estimular a atenção e concentração dos utentes, as estagiárias mostraram-lhes uma pequena sopa de letras, e os utentes teriam de encontrar as palavras pedidas (café, lápis, entre outras).
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “As profissões”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, as estagiárias disseram-lhes uma certa função desempenhada por um determinado profissional (fazer pão, cortar o cabelo) e os utentes teriam de dizer o nome da profissão correspondente.

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

**Sessão 5 (29-01-2019)****Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;

- ✓ Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

### **Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Completa a frase”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias disseram o início de uma frase (o animal que mia é o...; o pinheiro é uma...), sendo que os utentes teriam de a completar com a resposta certa.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Repete os números”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes dito sequências de três números (4-8-9; 1-5-6). Posteriormente os utentes, teriam de repetir essa mesma sequência de forma direta.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Hora do conto”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, as estagiárias mostraram uma determinada imagem, e os utentes teriam de criar uma história a partir dessa imagem.
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Como se faz”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes os passos para realizar uma determinada tarefa do dia-a-dia, e teriam de organizar os passos com uma ordem lógica (tomar banho, lavar os dentes).

### **Materiais:**

- ✓ Capa A4

- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

### **Sessão 6 (05-02-19)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular o raciocínio lógico;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

#### **Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces a história?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias contaram uma pequena história com pequenos detalhes e, posteriormente os utentes teriam de responder perguntas sobre a história que ouviram.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Qual é a diferente?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, as estagiárias mostraram-lhes um conjunto de quatro imagens, em que uma delas era diferente das restantes, e os utentes teriam de identificar essa mesma diferença (quatro lápis e uma caneta; três camisolas e umas calças).

- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “As categorias”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que dissessem palavras que se recordassem que pertencessem a uma determinada categoria (flores, cidades, países).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Vamos calcular”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, as estagiárias apresentavam um determinado somatório e subtração, sendo que os utentes teriam de resolver o cálculo que lhes era apresentado (2+2; 4-1).

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

**Sessão 7 (12-02-2019)**

**Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Descreve a imagem”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foram mostradas aos utentes diversas imagens durante cerca de 30 segundos. Posteriormente teriam de descrever a imagem que viram, com o maior número de detalhes que se recordavam.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro

estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.

- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Repete os números”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes dito sequências de três a quatro números (1-2-3; 4-5-6-7). Posteriormente os utentes, teriam de repetir essa mesma sequência de forma direta.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Para que serve este objeto?”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que nomeassem os objetos que se encontravam nas imagens apresentadas pelas estagiárias, e posteriormente explicar para que servem (lápiz – serve para escrever).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Como se faz”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes os passos para realizar uma determinada tarefa do dia-a-dia, e teriam de organizar os passos com uma ordem lógica (por exemplo, tomar banho, lavar os dentes).

#### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

#### **Sessão 8 (19-02-2019)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

#### **Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Memoriza a lista”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias disseram uma lista de duas a três

palavras, e os utentes teriam de as repetir após ouvirem a lista (por exemplo, chuva, saco; portão, chuva, café).

- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Repete os números”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes dito sequências de três números (7-8-9). Posteriormente os utentes, teriam de repetir essa mesma sequência de forma direta e indireta.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Que imagem é esta?”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que nomeassem os objetos que se encontravam nas imagens apresentadas pelas estagiárias (caixa, luvas).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Quantas palavras te lembras com esta letra?”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, as estagiárias expunham uma determinada letra do abecedário, e, posteriormente, os utentes diziam todas as palavras que se recordavam que começassem com essa mesma letra.

### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

## Sessão 9 (26-02-2019)

### Objetivos:

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular o raciocínio lógico;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

### Atividades:

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Descreve a imagem”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foram-lhes mostradas diversas imagens durante cerca de 30 segundos. Posteriormente teriam de descrever a imagem que viram, com o maior número de detalhes que se recordavam.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Qual é a diferente?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, as estagiárias mostraram um conjunto de quatro imagens, em que uma delas era diferente das restantes, e os utentes teriam de identificar essa mesma diferença (três estrelas vermelhas e uma amarela).
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Para que serve este objeto?”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que nomeassem os objetos que se encontravam nas imagens apresentadas pelas estagiárias, e posteriormente explicar para que servem (copo – serve para beber água).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Vamos calcular”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, as estagiárias apresentavam um determinado somatório e subtração, sendo que os utentes teriam de resolver o cálculo

que lhes era apresentado (4+2; 5-1).

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

**Sessão 10 (12-03-2019)**

**Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Completa a frase”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias disseram o início de uma frase (por exemplo, o animal que mia é o...), sendo que os utentes teriam de a completar com a resposta certa.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Onde está a palavra?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes mostrado uma sopa de letras e números. Posteriormente os utentes teriam de encontrar as palavras ou números pedidos (palavra vaso, mar e números 4, 5, 9).

- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “As categorias”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que dissessem palavras que se recordassem que pertencessem a uma determinada categoria (flores, cidades, países).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “O que têm em comum?”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, os utentes teriam de dizer o que tinham em comum os conjuntos de palavras que lhes eram ditos (por exemplo carro e autocarro são meios de transporte).

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

**Sessão 11 (19-03-2019)**

**Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces a história?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foi-lhes contado uma pequena história com poucos detalhes e posteriormente os utentes teriam de responder questões sobre a história.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro

estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.

- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Qual é a diferente?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, as estagiárias mostraram-lhes um conjunto de quatro imagens, em que uma delas era diferente das restantes, e os utentes teriam de identificar essa mesma diferença.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Os contrários”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, eram apresentadas determinadas palavras e os utentes teriam de dizer os antónimos dessas palavras (por exemplo, o contrário de gordo é magro).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Como se faz”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes os passos para realizar uma determinada tarefa do dia-a-dia, e teriam de organizar os passos com uma ordem lógica (fazer a cama, pôr a mesa).

#### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Saco de renda
- ✓ Frasco de vidro
- ✓ Cartolina colorida

#### **Sessão 12 (26-03-2019)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

#### **Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Que celebridade é esta?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, era dito aos utentes um nome de uma celebridade (Mário Soares, Marcelo Rebelo de Sousa), e os utentes teriam de a identificar.

- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Onde está a palavra?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes mostrado uma sopa de letras e números. Posteriormente os utentes teriam de encontrar as palavras ou números pedidos.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Para que serve este objeto?”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que nomeassem os objetos que se encontravam nas imagens apresentadas pelas estagiárias, e posteriormente explicar para que servem (panela – para cozinhar a comida).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Quantas palavras te lembram com esta letra?”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, as estagiárias expunham uma determinada letra do abecedário, e, posteriormente, os utentes diziam todas as palavras que se recordavam que começassem com essa mesma letra.

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

### Sessão 13 (01-04-2019)

#### Objetivos:

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular o raciocínio lógico;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

#### Atividades:

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces a história?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foi-lhes contado uma pequena história com poucos detalhes e posteriormente os utentes teriam de responder questões sobre a história.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Repete os números”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes dito sequências de dois a três números (1-2; 4-5-7). Posteriormente os utentes, teriam de repetir essa mesma sequência de forma direta e indireta.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Repete a frase”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, as estagiárias diziam uma determinada frase pequena, e os utentes teriam de repeti-la (O João foi às compras).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Vamos calcular”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, as estagiárias apresentavam um determinado somatório e subtração, sendo que os utentes teriam de resolver o cálculo

que lhes era apresentado (3+4; 9-2).

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

**Sessão 14 (09-04-2019)**

**Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Completa a frase”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias disseram o início de uma frase (por exemplo, o animal que mia é o...), sendo que os utentes teriam de a completar com a resposta certa.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Onde está a palavra?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes mostrado uma sopa de letras e números. Posteriormente os utentes teriam de encontrar as palavras ou números pedidos (vaso, mar; 3, 5, 7, 9).

- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “As profissões”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, as estagiárias disseram aos utentes uma certa função desempenhada por um determinado profissional (fazer pão, cortar o cabelo) e os utentes teriam de dizer o nome da profissão correspondente.
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “O que têm em comum?”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, os utentes teriam de dizer o que tinham em comum os conjuntos de palavras que lhes eram ditos (por exemplo carro e autocarro são meios de transporte).

### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

### **Sessão 15 (16-04-2019)**

### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

### **Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces os provérbios?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foi-lhes pedido para completar diversos provérbios populares.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro

estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.

- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Qual é a diferente?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, as estagiárias mostraram aos utentes um conjunto de quatro imagens, em que uma delas era diferente das restantes, e os utentes teriam de identificar essa mesma diferença.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Que imagem é esta?”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que nomeassem os objetos que se encontravam nas imagens (vela, luvas, entre outros) apresentadas pelas estagiárias.
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Continua a sequência”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes os passos para realizar uma determinada tarefa do dia-a-dia, e teriam de organizar os passos com uma ordem lógica. Posteriormente, num outro exercício teriam de completar as sequências das imagens que lhes eram apresentados, através de pequenas dicas das estagiárias (por exemplo, flor, morango, flor, morango, espaço, espaço, e o utente continuava a sequência).

### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

### **Sessão 16 (23-04-2019)**

### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Descreve a imagem”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foram mostradas aos utentes diversas imagens durante cerca de 30 segundos. Posteriormente teriam de descrever a imagem que viram, com o maior número de detalhes que se recordavam.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Repete os números”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes dito sequências de três números. Posteriormente os utentes, teriam de repetir essa mesma sequência de forma direta e indireta.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Hora do conto”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, as estagiárias mostraram uma determinada imagem, e os utentes teriam de criar uma história a partir dessa imagem.
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Como se faz”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes sequências de imagens, pelo que teriam de completar de forma ordenada e lógica.

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

## Sessão 17 (30-04-2019)

### Objetivos:

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

### Atividades:

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Memoriza a lista”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias dissessem uma lista de duas a três palavras, e os utentes teriam de as repetir após ouvirem a lista (por exemplo, chuva, saco; portão, chuva, café).
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Qual é a diferente?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, estagiárias mostraram aos utentes um conjunto de quatro imagens, em que uma delas era diferente das restantes, e os utentes teriam de identificar essa mesma diferença.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Os contrários”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, eram apresentadas determinadas palavras e os utentes teriam de dizer os antónimos dessas palavras (por exemplo, o contrário de frio é quente).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Continua a sequência”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes os passos para realizar uma determinada tarefa do dia-a-dia, e teriam de organizar os passos com uma ordem lógica. Posteriormente, num outro exercício teriam de completar as

sequências das imagens que lhes eram apresentados, através de pequenas dicas das estagiárias (por exemplo, flor, morango, flor, morango, espaço, espaço).

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida

**Sessão 18 (07-05-2019)**

**Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces a história?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias contaram uma pequena história com pequenos detalhes e, posteriormente os utentes teriam de responder perguntas sobre a história que ouviram.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção “Repete os números”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes dito sequências de dois a três números. Posteriormente os utentes, teriam de repetir essa mesma sequência de forma direta e indireta.

- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Que imagem é esta?”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que nomeassem os objetos que se encontravam nas imagens (vela, luvas, entre outros) apresentadas pelas estagiárias.
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Quantas palavras te lembras com esta letra?”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, as estagiárias expunham uma determinada letra do abecedário, e, posteriormente, os utentes diziam todas as palavras que se recordavam que começassem com essa mesma letra.

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Cartolina colorida
- ✓ Jogo do Bingo

**Sessão 19 (14-05-2019)**

**Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Completa a frase”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias disseram o início de uma frase (por exemplo, o animal que mia é o...), sendo que os utentes teriam de a completar com a resposta certa.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este

exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.

- ✓ Exercícios de estimulação da atenção e concentração “Onde está a palavra?”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes mostrado uma sopa de letras e números. Posteriormente os utentes teriam de encontrar as palavras ou números pedidos.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Hora do conto”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, as estagiárias mostraram uma determinada imagem, e os utentes teriam de criar uma história a partir dessa imagem.
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Continua a sequência”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes os passos para realizar uma determinada tarefa do dia-a-dia, e teriam de organizar os passos com uma ordem lógica. Posteriormente, num outro exercício teriam de completar as sequências das imagens que lhes eram apresentados, através de pequenas dicas das estagiárias (por exemplo, flor, morango, flor, morango, espaço, espaço, e o utente continuava a sequência).

#### **Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Cartolina colorida

#### **Sessão 20 (21-05-2019)**

#### **Objetivos:**

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;
- ✓ Estimular a capacidade de realizar tarefas dirigidas a um objetivo;

**Atividades:**

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Conheces os provérbios?”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, foi-lhes pedido para completar diversos provérbios populares. Posteriormente, era dito um nome de uma celebridade, e os utentes teriam de a identificar.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Exercícios de estimulação da atenção “Repete os números”: Com a finalidade de estimular a atenção dos utentes, foi-lhes dito sequências de dois a três números (1-2; 4-6-7). Posteriormente os utentes, teriam de repetir essa mesma sequência de forma direta.
- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “Os contrários”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, eram apresentadas determinadas palavras e os utentes teriam de dizer os antónimos dessas palavras (por exemplo, o contrário de frio é quente).
- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Como se faz”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, foi apresentada aos utentes os passos para realizar uma determinada tarefa do dia-a-dia, e teriam de organizar os passos com uma ordem lógica.

**Materiais:**

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Cartolina colorida

## Sessão 21 (28-05-2019)

### Objetivos:

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

### Atividades:

- ✓ Exercícios de estimulação da memória “Memoriza a lista”: Com a finalidade de estimular a memória dos utentes, as estagiárias disseram uma lista de duas a três palavras, e os utentes teriam de as repetir após ouvirem a lista (por exemplo, chuva, saco; portão, chuva, café).
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Jogo do Bingo: Para esta atividade, as estagiárias juntavam-se aos utentes com mais dificuldades e, em conjunto com a equipa multidisciplinar, participavam no jogo do Bingo (uma das estagiárias dizia um número, e os utentes, juntamente com a outra estagiária e a equipa multidisciplinar, colocavam as fichas por cima dos números ditos e que tinham nos respetivos cartões até fazerem “Bingo”).

### Materiais:

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Jogo do Bingo (cartões com os números, saco, fichas, bolas com os números)

## Sessão 22 (04-06-2019)

### Objetivos:

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

### Atividades:

- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “As categorias”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, foi-lhes pedido que dissessem palavras que se recordassem que pertencessem a uma determinada categoria (flores, cidades, países). ’
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Jogo do Bingo: Para esta atividade, as estagiárias juntavam-se aos utentes com mais dificuldades e, em conjunto com a equipa multidisciplinar, participavam no jogo do Bingo (uma das estagiárias dizia um número, e os utentes, juntamente com a outra estagiária e a equipa multidisciplinar, colocavam as fichas por cima dos números ditos e que tinham nos respetivos cartões até fazerem “Bingo”).

### Materiais:

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Bola de plástico
- ✓ Jogo do Bingo (cartões com os números, saco, fichas, bolas com os números)

## Sessão 23 (11-06-2019)

### Objetivos:

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, funções executivas e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;

### Atividades:

- ✓ Exercícios de estimulação das funções executivas “Quantas palavras te lembrás com esta letra?”: Com a finalidade de estimular as funções executivas dos utentes, as estagiárias expunham uma determinada letra do abecedário, e, posteriormente, os utentes diziam todas as palavras que se recordavam que começassem com essa mesma letra.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação da realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Jogo do Bingo: Para esta atividade, as estagiárias juntavam-se aos utentes com mais dificuldades e, em conjunto com a equipa multidisciplinar, participavam no jogo do Bingo (uma das estagiárias dizia um número, e os utentes, juntamente com a outra estagiária e a equipa multidisciplinar, colocavam as fichas por cima dos números ditos e que tinham nos respetivos cartões até fazerem “Bingo”).

### Materiais:

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Jogo do Bingo (cartões com os números, saco, fichas, bolas com os números)

## Sessão 24 (18-06-2019)

### Objetivos:

- ✓ Estimular a memória, atenção e concentração, linguagem e orientação para a realidade;
- ✓ Estimular a dinâmica de grupo;
- ✓ Realização do balanço final da intervenção em grupo junto da equipa multidisciplinar;

### Atividades:

- ✓ Exercícios de estimulação da linguagem “As profissões”: Com a finalidade de estimular a linguagem dos utentes, as estagiárias disseram aos utentes uma certa função desempenhada por um determinado profissional (fazer pão, cortar o cabelo) e os utentes teriam de dizer o nome da profissão correspondente.
- ✓ Exercícios de estimulação da orientação para a realidade: Com a finalidade de estimular a orientação dos utentes, foram-lhes perguntadas diversas questões relativas ao dia, ao mês, ao ano, ao local onde se encontravam, e à estação do ano, entre outras. Este exercício foi reforçado com treino cognitivo. Posteriormente o segundo exercício consistia em que as estagiárias mostrassem quatro imagens correspondentes às quatro estações do ano, e os utentes teriam de fazer a ligação entre as imagens e a estação do ano apresentada.
- ✓ Jogo do Bingo: Para esta atividade, as estagiárias juntavam-se aos utentes com mais dificuldades e, em conjunto com a equipa multidisciplinar, participavam no jogo do Bingo (uma das estagiárias dizia um número, e os utentes, juntamente com a outra estagiária e a equipa multidisciplinar, colocavam as fichas por cima dos números ditos e que tinham nos respetivos cartões até fazerem “Bingo”).
- ✓ Discussão do balanço final da intervenção em grupo junto da equipa multidisciplinar.

### Materiais:

- ✓ Capa A4
- ✓ Cartões plastificados
- ✓ Jogo do Bingo (cartões com os números, saco, fichas, bolas com os números)

## Anexo H – Power Point da Ação de formação “Cuidar sem deixar de se cuidar”

### "FICI- Formação e Informação para Cuidadores Informais" CUIDAR SEM DEIXAR DE SE CUIDAR



**Formadoras:**  
Catarina Gomes Coelho  
Sara Margarida de Sousa Santos  
**Supervisão:**  
Dr.ª Sofia Bicas Machado  
**Organização:**  
Cristina Guimarães

### O que é ser cuidador informal?

- ▶ Prestar auxílio a pessoas doentes, em situação de fragilidade ou dependência.
- ▶ Desempenhar estas funções numa base informal, sem preparação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual.
- ▶ Evitar a institucionalização, mantendo o doente em casa o máximo de tempo possível.

Rocha, M. P., Vieira, M. A., & Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801-808.

### Quais os benefícios de ser cuidador?

- ▶ Desenvolvimento de novas competências e capacidades;
- ▶ Contacto frequente e direto com o doente;
- ▶ Relação mais fortalecida e íntima entre o cuidador e o doente;
- ▶ Sentimento de gratificação, retribuição e autorrealização;
- ▶ Sentimento de tranquilidade pelo doente estar a ser bem cuidado.

Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem*, 3(2), 127-136.

## O que é o Stress do Cuidador?

- ▶ Estado psicológico resultante da combinação de fatores físicos, emocionais, sociais e económicos que advém do cuidar.
- ▶ Caracteriza-se por: tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão, problemas de autoestima, entre outros.

Martins, T., Pais-Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.

## Quais as dificuldades do cuidador?

- Nível Físico;
- Nível Social;
- Nível Económico/Laboral;
- Nível Emocional.

Souza, L. R., Hanus, J. S., Libera, L. B. D., Silva, V. M., Mangilli, E. M., Priscyla, ... & Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140-149.

A sobrecarga associada ao cuidar pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador.

**Muitas vezes o cuidador esquece-se que também precisa de cuidados!**



## Como cuidar sem deixar de se cuidar?


- ▶ Alimentação saudável;
- ▶ Exercício físico regular;
- ▶ Higiene do sono;
- ▶ Ter um confidente;
- ▶ Relaxamento e autocuidado.

**Procurar ajuda sempre que for necessária!**

Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem*, 3(2), 127-136.

## Anexo I – Folheto informativo da Ação de formação “Cuidar sem deixar de se cuidar”


<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Não se esquecer de si próprio (Dormir, alimentar-se bem, criar hábitos de vida saudáveis);</li><li>⇒ Evitar o Isolamento;</li><li>⇒ Saber dizer que “não” (impor limites ao doente sem se sentir culpado);</li><li>⇒ Recorrer a ajuda de outros serviços (centros de dia, apoio domiciliário ou doméstico, entre outros);</li><li>⇒ Fomentar a independência do doente;</li><li>⇒ Planificar as tarefas da semana e do dia (estabelecer tarefas prioritárias. Não sentir frustração por falta de tempo).</li></ul>	<p>Hospital da Misericórdia de Vila Verde</p> <p>Tel: 294235-801 Fax: 294235-801 Centro de contacto: ajudar@cmv.org.pt</p> 	<h3>"FICI- Formação e Informação para Cuidadores Informais"</h3> <h4>CUIDAR SEM DEIXAR DE SE CUIDAR</h4> 
--	--	--

<h4>O que é ser cuidador informal?</h4> <p>Prestar auxílio a pessoas doentes, em situação de fragilidade ou dependência.</p> <p>Desempenhar estas funções numa base informal, sem preparação profissional prévia ou qualquer vínculo contratual.</p> <p>Evitar a institucionalização, mantendo o doente em casa o máximo de tempo possível.</p> 	<h4>O que é o Stress do Cuidador?</h4> <p>É um estado psicológico resultante da combinação de fatores físicos, emocionais, sociais e económicos que advém do cuidar.</p> <p>Carateriza-se por: tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão e problemas de autoestima, entre outros.</p> <p>As dificuldades do cuidador podem ser de nível <b>físico, social, económico/laboral e emocional</b>.</p>	<h4>Como cuidar do cuidador?</h4> <ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Reconhecer a necessidade de ajuda (Impedir que a sua vida se deteriore e melhorar a autoeficácia para o cuidado);</li><li>⇒ Aceitar situações limite (Assumir o cansaço e que certas reações são normais em situações 'limite');</li><li>⇒ Solicitar ajuda;</li><li>⇒ Solicitar informação e formação sobre aspetos médicos da doença;</li><li>⇒ Definir objetivos de curto prazo realistas e variáveis (Não manter expectativas irrealistas);</li><li>⇒ Manter-se motivado (reforçar os êxitos e não sobrevalorizar os fracassos);</li></ul>
---	---	---

Anexo J – Cartaz de divulgação da Ação de formação “*Cuidar sem deixar de se cuidar*”

**"FICI- Formação e Informação para Cuidadores Informais"**

**CUIDAR SEM DEIXAR DE SE CUIDAR**



Formadoras:  
Cátarina Gomes  
Cristina  
Sara Marquês de  
Sousa Santos

Supervisor:  
Dr.ª Sofia Ricca  
Machado


Organização:  
Cristina Guimarães

“Cuidar é uma capacidade inata do ser humano e faz parte de muitos momentos de nossas vidas”

**10 de Dezembro de 2018**

**Hora: 17H**


**Local:** Sala de Convívio da UMDR da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde



**Hospital**  
Misericórdia de Vila Verde

## Anexo L – Power Point da Ação de formação “Lidar com as demências”

**"FICI- Formação e Informação para Cuidadores Informais"**  
**LIDAR COM AS DEMÊNCIAS**



**Formadoras:**  
Catarina Gomes Coelho  
Sara Margarida de Sousa Santos

**Supervisão:**  
Dr.ª Sofia Bicas Machado

**Organização:**  
Cristina Guimarães

### O que é a demência?

- Síndrome, crónica ou progressiva, acompanhada por declínio cognitivo, emocional, comportamental e funcional do indivíduo.
- Interfere significativamente com a capacidade de realizar atividades da vida diária.

Organización Mundial de la Salud (2017, diciembre). Demencia. Retrieved from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

### Quais são as demências mais comuns?

- Doença de Alzheimer;
- Demência Vascular;
- Demências Frontotemporais;
- Demência com Corpos de Lewy.

Ferreira, J. B., & Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. Revista de Medicina, 94(3), 179-184.

## Quais os sintomas da demência?

- A demência afeta cada pessoa de uma forma diferente, pois depende do impacto da doença e da personalidade do sujeito antes do problema.
  - ✓ Cognitivos;
  - ✓ Emocionais;
  - ✓ Comportamentais;
  - ✓ Funcionais.

## Quais as etapas da demência?

- Os sinais/sintomas relacionados com a demência podem ser compreendidos em três etapas:
  - ✓ Ligeira;
  - ✓ Moderada;
  - ✓ Grave.



## Como lidar com as alterações cognitivas?

- Fazer adaptações ao ambiente em casa;
- Evitar fazer mudanças desnecessárias na vida do doente;
- Criar rotinas;
- Evitar chamar demasiado a atenção do doente para os seus erros e problemas;
- Lembrar ocasionalmente o doente de algumas coisas e utilizar sinais ou recados escritos.

Cunha, F. C., Cintra, M. T., Cunha, L. C., Couto, E. A., & Giacomin, K. C. (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 475-497.

## Como lidar com as alterações emocionais?

- Manter a calma e transmitir tranquilidade ao doente;
- Transmitir segurança e manter contacto físico com o doente;
- Prestar atenção aos sentimentos que são expressos pelo doente;
- Se possível, arranjar uma distração, ou eliminar situações de preocupação e/ou medo;

Leitão, O. R., Morais, M., & Guimarães, P. (2006). *Manual do Cuidador da pessoa com demência*. (2ªEd.). Associação Portuguesa Família e Amigos de Doentes de Alzheimer: Lisboa.

## Como lidar com as alterações comportamentais?

- Manter um bom ambiente familiar;
- Não atribuir demasiado significado aos comportamentos de confronto (ex. ...);
- Não levantar o tom de voz. Falar devagar, com uma voz calma e tranquilizadora;
- Não aplicar castigos;
- Evitar o confronto e a discussão.

Leitão, O. R., Morais, M., & Guimarães, P. (2006). *Manual do Cuidador da pessoa com demência*. (2ªEd.). Associação Portuguesa Família e Amigos de Doentes de Alzheimer: Lisboa.

## Como lidar com as alterações funcionais?

- Não obrigar a pessoa a fazer algo que não tenha vontade;
- Estimula-la a fazer atividades que estejam ao alcance das suas capacidades;
- Estimular o interesse por atividades/ocupações prazerosas/agradáveis (e.g. passeios, música, etc.).

Fagundes, T. A., Pereira, D. A., Bueno, K. M., & Assis, M. G. (2017). Incapacidade funcional de idosos com demência. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 25(1), 159-169. doi: 10.4322/0104-4931.ctoAO0818

**Dúvidas?**

## Anexo M – Folheto informativo da Ação de formação “Lidar com as demências”

- ⇒ Manter um bom ambiente familiar;
  - ⇒ Não atribuir demasiado significado aos comportamentos de confronto (ex. ...);
  - ⇒ Não levantar o tom de voz/falar devagar, com uma voz calma e tranquilizadora;
  - ⇒ Não aplicar castigos;
  - ⇒ Evitar o confronto e a discussão.
- 
- ⇒ Não obrigar a pessoa a fazer algo que não tenha vontade;
  - ⇒ Estimular a a fazer atividades que estejam ao alcance das suas capacidades;
  - ⇒ Estimular o interesse por atividades/ocupações agradáveis (e.g. passeios, música, etc.).

Hospital Santa Casa da  
Misericórdia de Vila Verde

Tel: 253 310 120  
Fax: 253 310 121  
Endereço eletrónico:  
geral@hospital-vilaverde.com



"FICI- Formação e In-  
formação para Cuidado-  
res Informais"

LIDAR COM  
DEMÊNCIAS



### Demência

Síndrome crónica ou progressiva, acompanhada por declínio cognitivo, emocional, comportamental e funcional do indivíduo, que interfere significativamente com a capacidade de realizar atividades da vida diária

A demência tem um impacto físico, psicológico, social e económico, não apenas sobre as pessoas que têm a doença, mas também sobre os seus cuidadores, família e sociedade em geral.

### Sintomas da Demência

Os sinais/sintomas relacionados com a demência podem ser compreendidos em três etapas:

**Ligeira**, inclui perda ocasional de memória; desorientação temporal; desorientação espacial (mesmo em lugares familiares).

**Moderada**, inclui esquecimento de eventos recentes, assim como nomes de pessoas mais próximas; desorientação espacial agravada; dificuldades de comunicação; dificuldades na realização das atividades diárias; alterações comportamentais.

**Grave**, corresponde à última fase da doença, onde surge dependência quase total.




### Como lidar com o doente com demência?

- ⇒ Fazer adaptações ao ambiente em casa;
  - ⇒ Evitar fazer mudanças desnecessárias na vida do doente;
  - ⇒ Criar rotinas;
  - ⇒ Evitar chamar demasiado a atenção;
  - ⇒ Lembrar ocasionalmente o doente de algumas coisas e utilizar sinais ou recados escritos.
- 
- ⇒ Manter a calma e transmitir tranquilidade ao doente;
  - ⇒ Transmitir segurança e manter contacto físico com o doente;
  - ⇒ Prestar atenção aos sentimentos que são expressos pelo doente;
  - ⇒ Se possível, arranjar uma distração ou eliminar situações de preocupação/medo.

Anexo N – Cartaz de divulgação da Ação de formação “Lidar com as demências”

"FICI- Formação e Informação para Cuidadores Informais"

*LIDAR COM DEMÊNCIAS*



Formadoras:  
Catarina Gomes Ceilho  
Sara Margarida de Sousa Santos

Supervisão:  
Dr.ª Sofia Bicas Machado


Organização:  
Cristina Guimarães

“Cuidar é uma capacidade instata do ser humano e faz parte de muitos momentos de nossas vidas”

12 de Dezembro de 2018

Hora: 17H

Local: Sala de Convívio da UMDR da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde



Tel: 253 310 120  
Fax: 253 310 121  
Email: [geral@hospitalvilaverde.com](mailto:geral@hospitalvilaverde.com)  
[www.hospitalvilaverde.com](http://www.hospitalvilaverde.com)