



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS

Unidade de Cuidados Paliativos e Unidade (10) de Psicogeriatria de Média
e Grande Dependência

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

Por

Liliana Liberato Ribeiro

Lisboa, Novembro de 2013



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS

Unidade de Cuidados Paliativos e Unidade (10) de Psicogeriatrica de Média
e Grande Dependência

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

Por

Liliana Liberato Ribeiro

Sob a orientação da Mestra Paula Jacinta Moreira Gonçalves Carneiro

Lisboa, Novembro de 2013

Resumo

O presente relatório tem como finalidade descrever e analisar as etapas de planeamento, execução e apreciação do trabalho de projecto proposto para estágio no âmbito dos cuidados paliativos geriátricos. O estágio tinha vários objectivos. Objectivo 1 – Integrar a equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos. Para tal integrei a equipa de Cuidados Paliativos e de Cuidados Psicogeriátricos da Casa de Saúde da Idanha onde tive a oportunidade de perceber a dinâmica de uma equipa de Cuidados Paliativos, e de compreender a organização da mesma. Foi-me possibilitado a análise dos processos clínicos e a recolha de informações clinicas dos utentes, tendo posteriormente realizado o mapa de intervenção terapêuticas. Objectivo 2: Aplicar conhecimentos ao nível do Cuidar do doente Paliativo no âmbito Treino Cognitivo, para tal, apliquei técnicas de estimulação cognitiva aos utentes. Objectivo 3:Aplicar conhecimentos ao nível do Cuidar do doente Paliativo no âmbito da Reabilitação Geriátrica, para tal apliquei técnicas de fisioterapia geriátrica aos utentes. Objectivo 4: Aplicar conhecimentos ao nível do Cuidar do doente Paliativo no âmbito das Técnicas Expressivas na Saúde para tal, apliquei técnicas de arte terapia (expressão plástica e pintura), dançaterapia (ligeiros movimentos de expressão motora acompanhados de música suave) e musicoterapia (utilização de sons e de músicas para estimulação dos utentes). Objectivo 5:Aplicar conhecimentos ao nível do Controlo Sintomático da Dor no doente Paliativo, para tal, apliquei técnicas de Relaxamento (massagens de alívio de zonas de pressão e massagens de reflexologia podal). Objectivo 6: Aplicar conhecimentos ao nível da comunicação e gestão de perdas, dialogo com o doente e família de forma a promover sempre que necessário apoio psicológico e espiritual. Objectivo 7: Ministrara uma Formação sobre “Reflexologia Podal em contexto de Cuidados Paliativos”, para tal ministrei uma formação da área referida, tendo como destinatários os quadros técnicos superiores da área de saúde, da Casa de Saúde da Idanha. Objectivo 8: Estudar a incidência de utentes paliativos internados na Casa de Saúde da Idanha durante o período de estágio relativamente ao sexo, idade e patologia, acompanhados pela equipa de paliativos da Casa de Saúde da Idanha, durante o período de estágio.

Palavras-chave: Geriatria, Paliativos, Psicogeriatria, Estimulação, Reflexologia

Abstract

The present report has as goal describe and analyze the stages of planning, execution and appreciation of the work of the project proposed for the internship in the context of palliative geriatric cares. In the internship I had several goals. Goal 1 – integrated the multidisciplinary team of palliative care. For this goal I integrated in the team of Palliative and Psychogeriatric Care from Casa de Saúde de Idanha where I had the opportunity to perceive the dynamic of one unity of Palliative Cares and understand its organization. I was able to analyze the clinic process of the patient and collection the clinic information's of patient and then did the mapping of the therapeutic intervention. Goal 2 - To apply knowledge at the level of Cognitive Training to take care of the patient Palliative at the level of Cognitive Training, for such, I applied techniques of cognitive stimulation to the patient. Goal 3 - Apply knowledge at the level of taking care of Palliative patient in the context of the Geriatric Rehabilitation, for such I applied techniques of geriatric physiotherapy to the patient. Goal 4 - Apply knowledge at the level of taking care of the Palliative patient in the context of the Expressive Techniques in Health for such, I applied techniques of art therapy (plastic expression and painting), dancing-therapy (light movements of motor expression accompanied by gentle music) and music therapy (use of sounds and of musicians for stimulation of the users). Goal 5 – To apply knowledge at the level of the Symptomatic Control of the Pain in the Palliative patient, for such, I applied techniques of Relaxation (massages of relief of zones of pressure and massages of pedal reflexology). Goal 6: To apply knowledge at the level of the communication and management of losses, I talk to the patient and family of ways to promote whenever necessary psychological and spiritual support. Goal 7 - To administer a Formation on “Podal Reflexology in context of Palliative Cares” and for such I administered a formation of the above-mentioned area, having professional from Casa de Saúde da Idanha as the recipient. Goal 8: To study the incidence of palliative users interned in the Casa de Saúde da Idanha during the period of traineeship relatively to the sex, age and pathology, accompanied by the Team of Palliative ones of Casa de Saúde da Idanha, during the period of traineeship.

Key Word: Geriatric, Palliatives, Psychogeriatric, Stimulation, Reflexology

“ACOMPANHAR ...

É PERCORRER UMA PARTE DE UM

CAMINHO AO LADO DE ALGUÉM ...”

Moreaux-Alliot

Agradecimento

Expresso o meu agradecimento a todos quantos viabilizaram e apoiaram a realização deste trabalho.

Em particular:

- À Orientadora do Estágio e Relatório Final Mestra Paula Jacinta Moreira Gonçalves Carneiro pela orientação durante o período de estágio;
- A toda a equipa das Unidades de Psicogeriatrics e Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha, com os quais cooperei durante o período de estágio, pelo apoio e disponibilidade que demonstraram,
- Ao Professor Doutor Manuel Luís Capelas, pelo estímulo e constante disponibilidade que demonstrou;

Índice

1. Introdução.....	1
2. Justificação do estágio.....	3
3. Descrição do serviço	5
4. Descrição dos objectivos e actividades desenvolvidas.....	10
4.1 No âmbito da organização	10
4.2 No âmbito do cuidar	11
4.3 No âmbito da formação	36
4.4 No âmbito da investigação	38
5. Competências adquiridas e análise crítica	41
6. Sugestão de mudança pessoal e profissional	43
7. Conclusão	44
Bibliografia.....	45

Corpo do relatório

1. Introdução

O Estágio decorreu na Unidade de Cuidados Paliativos e na Unidade de Psicogeriatria da Casa de Saúde da Idanha, sobre orientação da Mestre Paula Carneiro.

Sendo a minha área de formação base a Gerontologia, e o Mestrado em Cuidados Paliativos, e dado que uma das áreas que mais me interessa a nível profissional é o estudo e acompanhamento terapêutico das demências, o estágio direccionou-se para os Cuidados Paliativos Geriátricos em Idosos com quadros demenciais.

O Estágio teve a duração de 300h (21horas semanais - 7 horas diárias), tendo iniciado a 6 de Junho de 2011 e terminado a 14 de Setembro 2011.

Ao longo do Estágio pude compreender melhor a dinâmica de uma unidade de cuidados paliativos, em que tal como refere Isabel Galriça Neto, 2010, citando o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, 2004, os Cuidados Paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, têm como objectivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente, promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos utentes, são oferecidos com base nas necessidades, e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença quando o sofrimento é intenso, tendo a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores, prolongando-se pelo período do luto.

Os Cuidados Paliativos, como refere a autora supra citada, destinam-se a doentes com cancro, nos estádios terminais desta doença, insuficiências avançadas de órgão (cardíaca, renal, hepática, respiratória), SIDA em estágio terminal, doenças neurológicas e degenerativas, demências na sua fase final, entre outras.

No decorrer do estágio apliquei terapêuticas de acordo com a minha formação base tais como treino cognitivo (Citando Acevedo & Loewenstein, 2008, os treinos têm como objectivos maximizar as funções cognitivas e prevenir futuros declínios cognitivos), reabilitação geriátrica (utilização de exercícios de mobilização passiva e activa das articulações), musicoterapia (de acordo com Bergold LB, Alvim NAT, Cabral IE, é a utilização da música como ferramenta para trazer conforto, diminuir a dor, facilitar a comunicação e a relação utente-profissional de saúde, tornando o cuidado

mais humanizado), e reflexologia (citando Denis Lamboley, 2003, a reflexologia plantar é uma terapia manual fundada sobre a existência, ao nível dos pés, de zonas reflexas representando um conjunto de órgãos e das partes do corpo. Permite agir sobre um sintoma preciso, aliviar uma dor, ao mesmo tempo preventiva, e fonte de bem-estar pelo estado de relaxamento que provoca).

2. Justificação do estágio

Sou formada em gerontologia, desde 2008, pelo Instituto Politécnico de Bragança, tendo realizado estágios curriculares ao longo do curso correspondentes a 840 horas (6 meses), em lares de idosos. Desde que terminei o curso até ao momento tenho 5 anos de experiência nesta área nomeadamente em lares de idosos públicos e privados e em serviços de apoio ao domicílio, encontrando-me actualmente a trabalhar como formadora de agentes de geriatria através do Instituto de Emprego e Formação Profissional. Durante todo o meu percurso profissional quer a nível de estágio, quer em contexto de trabalho tenho optado pela vertente terapêutica, e formativa.

Optei pela realização de estágio, uma vez que para mim, a nível de progressão profissional e aquisição de conhecimentos foi importante poder experienciar um estágio ao nível dos cuidados paliativos no contexto de uma casa de saúde, uma vez que nos lares de idosos surgem com frequência utentes em estados terminais ou com doenças crónicas, progressivas e incuráveis.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde em 2002 como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tal, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual, estimulando a autonomia e a manutenção de uma vida activa o máximo tempo possível.

A Gerontologia por sua vez é a ciência que estuda e intervém no processo de envelhecimento nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual realizando terapêuticas de estimulação física e cognitiva, com vista a manter o idoso activo, tendo em conta as suas limitações, até a fase final de vida. Promovendo um acompanhamento personalizado às características de cada utente, intervindo, ao nível da prevenção e promoção da saúde.

A morte dá-se nos idosos, numa boa parte das vezes, após uma enfermidade longa, sem resposta a tratamentos curativos, por uma falência geral de todos os órgãos, onde o idoso fica cada vez mais fragilizado. Raramente, a causa da morte, nestes idosos, é provocado somente por um tipo de doença, sendo que uma das principais doenças que levam o idoso a este quadro terminal, de maneira lenta e incapacitante são as patologias neurológicas: demências e os acidentes vasculares cerebrais.

Tendo em conta que outra área que sempre me interessou foi o estudo das demências, com um especial interesse pela Psicogerontologia, o estágio com doentes Paliativos Idosos, e doentes Paliativos com quadros Demenciais, intervindo a nível físico e cognitivo, foi uma oportunidade de aprendizagem essencial ao meu crescimento como profissional na área da Gerontologia.

Desta forma o estágio decorreu na Unidade de Cuidados Paliativos e na Unidade de Psicogeriatria de média e grande dependência (unidade esta onde alguns dos utentes também eram acompanhados pela equipa de cuidados paliativos da casa de Saúde da Idanha). Onde me foi possível acompanhar doentes paliativos Idosos e Adultos com grandes dependências e utentes portadores de demências que se encontram internados nestas Unidades.

3. Descrição do serviço

A Congregação de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada em 31 de Maio de 1881 em Ciempozuelos – Madrid (Espanha), sob o impulso de S. Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Gímenez.

Desde a sua fundação, a Congregação tem como um dos objectivos prioritários o de proporcionar às pessoas acolhidas nos seus estabelecimentos uma assistência e cuidados de saúde integrais. A sua missão no campo da Saúde desenvolve-se através da oferta de serviços para pessoas com perturbações mentais, deficientes físicos e psíquicos e ocasionalmente pessoas com outras patologias.

Em Portugal a Congregação está presente desde 1894, e realiza a sua missão em 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 8 situam-se no Continente e 4 nas Ilhas autónomas, nomeadamente 2 na Madeira e 2 nos Açores, tendo cerca de 2800 camas de internamento.

A hospitalidade caracteriza a identidade e o estilo assistencial desta obra e traduz-se no acolhimento e serviço às pessoas que sofrem, sem qualquer tipo de discriminação. Uma atenção preventiva, adaptativa, terapêutica, reabilitadora, acompanhadora, humanizadora e personalizadora é a orientação do processo assistencial. O modelo assistencial assenta numa concepção integral e dinâmica de pessoa, a qual é o centro da missão, e num conceito global de saúde que contempla e articula de forma adequada as dimensões bio-psico-sociais, espirituais, éticas e relacionais.

O modelo de gestão que orienta as estruturas assistenciais da Congregação tem como finalidade alcançar os melhores resultados possíveis, articulando a identidade, a assistência técnico-profissional de qualidade e o acompanhamento integral à pessoa doente. Este modelo de gestão fomenta o protagonismo às pessoas doentes e seus familiares, e promove a participação do voluntariado nas actividades de acompanhamento, baseada em princípios de gratuidade, solidariedade e complementaridade.

A promoção de projectos assistenciais integrais desde a prevenção à reabilitação e reinserção sócio-profissional, o compromisso com a qualidade, a formação, a docência, a investigação são alguns aspectos fundamentais que suportam a cultura e o estilo hospitaleiro.

As áreas de intervenção, de acordo com a missão específica da Congregação, englobam a psiquiatria, psicogeriatría - gerontopsiquiatria, deficiência mental, dependências e reabilitação psicossocial.

No âmbito do projecto hospitaleiro a sua intervenção insere-se no domínio da promoção da saúde e prevenção primária, secundária e terciária.

O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus nos seus 12 estabelecimentos de saúde presta uma ampla variedade de serviços clínico-terapêuticos.

No âmbito dos serviços de saúde que presta, o Instituto intervém nas seguintes áreas:

- Psiquiatria
- Psicogeriatría e Gerontopsiquiatria - Serviços que se destinam ao tratamento e reabilitação de pessoas com défices cognitivos relacionados com processos demenciais, acidentes vasculares cerebrais e outras perturbações associadas ao envelhecimento.
- Dependências
- Deficiência mental
- Reabilitação Psicossocial
- Cuidados Paliativos - Destina-se ao acompanhamento, tratamento e alívio de sintomas em pessoas que se encontram numa fase terminal de doença crónica. Pretende-se contribuir para o bem-estar físico, psicológico e espiritual com o apoio de uma equipa interdisciplinar com formação específica.

Os programas clínico-terapêuticos são realizados por equipas interdisciplinares constituídas por profissionais de várias áreas: médicos (de diversas especialidades), enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes espirituais, monitores e outros.

O Instituto está integrado na Rede de Referenciação de Psiquiatria e Serviços de Saúde Mental (2004), enquanto estrutura de prestação de serviços de saúde com Acordos específicos com várias entidades – SNS, outras entidades privadas e públicas.

A Casa de Saúde da Idanha pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e é o primeiro Centro Assistencial da Congregação em Portugal.

A Casa de Saúde da Idanha desenvolve os seus objectivos no âmbito da prestação de cuidados de saúde de acordo com o modelo assistencial hospitaleiro que abrange as vertentes preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, orientado para a centralidade da pessoa assistida. Este modelo fundamenta-se numa metodologia de intervenção que

inclui diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de um programa individualizado de cuidados, desenvolvido por equipes interdisciplinares, constituídas por médicos de várias especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicomotricista, higienista oral, terapeuta da fala, nutricionista e assistente espiritual.

A Casa de Saúde da Idanha tem uma lotação de 525 camas divididas em 17 unidades de internamento, 4 residências internas e 4 residências comunitárias de apoio moderado.

Actualmente existem as seguintes valências assistenciais na Casa de Saúde da Idanha:

A. PSIQUIATRIA:

a) Unidades de Internamento:

- Curto internamento
- Médio internamento
- Internamento prolongado

b) Unidades residenciais:

- Residência interna de apoio máximo
- Residências de apoio moderado na comunidade

B. DEFICIÊNCIA MENTAL:

a) Unidades de Internamento prolongado

b) Unidades residenciais:

- Residências internas de apoio máximo
- Residência interna de apoio moderado

C. PSICOGERIATRIA/GERONTOPSIQUITRIA:

a) Unidades de Internamento:

- Curto internamento
- Médio internamento
- Internamento prolongado

D. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS:

a) Unidade de Cuidados Paliativos

b) Unidade de Média Duração e Reabilitação

E. AMBULATÓRIO:

a) Consulta de Psiquiatria

- b) Consulta de Psicologia
- c) Consulta de Medicina Paliativa
- d) Consulta de Gerontopsiquiatria
- e) Consulta do sono
- f) Consulta de Terapia da Fala
- g) Consulta de Psicomotricidade
- h) Consulta de Nutrição
- i) Consulta de Fisiatria
- j) Consulta de Apoio no Luto
- k) Equipa de apoio domiciliário de Cuidados Paliativos

F. SERVIÇOS CLÍNICOS E TÉCNICOS

- a) Serviços Médicos: Psiquiatria, Neurologia, Clínica Geral/Medicina Interna, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Estomatologia e Higiene Oral, Fisiatria.
- b) Serviço de Enfermagem
- c) Serviço de Psicologia
- d) Serviço Social
- e) Serviço de Terapia Ocupacional
- f) Serviço de Terapia da Fala
- g) Serviço de Psicomotricidade
- h) Serviço de Medicina Física e Reabilitação
- i) Serviço de Pastoral da Saúde
- j) Serviço de Nutrição

G. OUTRAS ESTRUTURAS

- a) Departamento de formação
- b) Gabinete de utente
- c) Serviços administrativos: Expediente geral, Tesouraria, Contabilidade e Facturação
- d) Departamento de Recursos Humanos
- e) Serviços sócio terapêuticos: Auditório, Cabeleireiro, Ginásio, Campo Ludoterápico e Biblioteca
- f) Serviços gerais e de manutenção

H. PROJECTOS DE INTERVENÇÃO

- a) Programa de Actividades Produtivas e Criativas

- b) Programa de Alívio à Família/Cuidador
- c) Programa Psicoeducativo para cuidadores de pessoas com demência
- d) Programa de Estimulação Sensorial – Snoezelen
- e) Programa de Reabilitação Cognitiva – Rehacom
- f) Programa de Hidroterapia e Educação Física Adaptada
- g) Programas lúdico-recreativos
- h) Programas de animação cultural

I. INVESTIGAÇÃO E DOCÊNCIA:

A Casa de Saúde da Idanha tem como um dos seus principais objectivos desenvolver o conhecimento científico em saúde mental e psiquiatria, assim como na área da medicina paliativa e de reabilitação neuromotora.

Relativamente as Unidades onde decorreu o estágio, apresentam a seguinte estrutura:

- Unidade 10: 5 quartos triplos e 3 quartos Individuais Uma casa de banho por cada quarto. Gabinete médico e sala de tratamentos. Duas salas de estar. Refeitório com copa. Casa de banho dos funcionários. Uma divisão para Arrumos e outra divisão de rouparia. Hall de Entrada com acesso a outra Unidade e acesso a elevadores que por sua vez dão acesso aos restantes pisos da casa de Saúde; nomeadamente acesso aos serviços centrais, Bar e Capela; acesso à sala de Snoezelen e Ginásio; acesso ao serviço de fisioterapia; entre outros.

Esta unidade é supervisionada por Enfermeiros 24h/24h, têm ao seu serviço uma equipa de Auxiliares de acção médica e os utentes são acompanhados por uma equipa multidisciplinar consoante as suas necessidades individuais.

- Cuidados Paliativos: 10 quartos Individuais dos quais alguns com casa de banho individual. Duas casas de banho de serviço aos quartos das quais uma com banheira e outra com poliban. Duas pequenas salas de estar. Copa. Gabinete médico e de enfermagem. Arrumos acesso a pátio e Jardim. Acesso a outras Unidades.

Esta Unidade é supervisionada por um médico e duas Enfermeiras 24h/24h, têm ao seu serviço uma equipa de Auxiliares de acção médica e os utentes são acompanhados por uma equipa multidisciplinar consoante as suas necessidades individuais.

4. Descrição dos objectivos e actividades desenvolvidas

4.1 No âmbito da organização

Quadro 1 – Objectivo de estágio no âmbito da organização e actividade proposta

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
ORGANIZAÇÃO	Objectivo 1: Integrar a Equipa Multidisciplinar de Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none">• Observar a dinâmica da equipa.• Análise dos processos clínicos.• Recolha de informações clínicas junto da equipa de enfermagem.• Organização do mapa de intervenções terapêuticas de acordo com as necessidades dos utentes.

Para cumprimento deste primeiro Objectivo, Integrei a equipa Multidisciplinar da Unidade de Psicogeriatrics (unidade 10), e Unidade de Cuidados Paliativos. Tendo no primeiro período de estágio sido acompanhada pelos Enfermeiros os quais me facultaram os processos clínicos dos utentes para melhor compreensão das patologias e necessidades de cada utente. Tive também a oportunidade de ter os primeiros contactos com os utentes, colaborando com algumas das dinâmicas da Instituição como colaboração na refeição dos utentes, encaminhamento dos utentes para algumas actividades como comemorações, colaboração com a equipa de voluntários ao nível de pequenos passeios internos com alguns utentes, deslocações dos utentes para a missa, ida ao Bar com os utentes. Conheci a sala de snoezelen e integrei-me de toda a sua funcionalidade. Após estudo do processo clinico de cada utente organizei com a colaboração da Mestre Paula Carneiro (orientadora do estágio) a forma de intervenção

com os utentes internados nestas unidades (organização do mapa de intervenções terapêuticas de acordo com as necessidades dos utentes).

4.2 No âmbito do cuidar

Quadro 2 – Objectivos de estágio no âmbito do cuidar e actividades propostas

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
<p>CUIDAR</p>	<p>Objectivo 2:</p> <p>Aplicar conhecimentos ao nível do Cuidar do doente Paliativo no âmbito Treino cognitivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapêuticas de treino cognitivo), tendo em conta o grau de incapacidade do utente, visando retardar ou contrariar a evolução de demências, através da aplicação de exercícios/jogos de estimulação ao nível: <ul style="list-style-type: none"> – Da Atenção; – Das Agnosias (reconhecimento visual, reconhecimento auditivo, reconhecimento tátil); – Da Percepção Espacial; – Da Memória (memória recente, memória imediata, memória remota); – Das Praxias (uso de objectos, mímica, cópia de desenhos); – Das Funções Executivas (raciocínio/sequências lógicas, sequências de acção, distinção de semelhanças e diferenças,

		<p>Inibição/flexibilidade cognitiva, cálculo);</p> <ul style="list-style-type: none"> – Compreensão de ordens; – Nomeação; – Evocação categorial.
	<p>Objectivo 3:</p> <p>Aplicar conhecimentos ao nível do Cuidar do doente Paliativo no âmbito da Reabilitação Geriátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reabilitação geriátrica, tendo em conta o grau de incapacidade do utente, visando retardar ou contrariar a evolução de doenças incapacitantes, através da aplicação Exercícios/jogos de estimulação ao nível: <ul style="list-style-type: none"> – Do Equilíbrio; – Da Coordenação Motora; – Da Força/Resistência; – Da Mobilidade Articular.
	<p>Objectivo 4:</p> <p>Aplicar conhecimentos ao nível do Cuidar do doente Paliativo no âmbito das Técnicas Expressivas na Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arte Terapia: Expressão Plástica e Pintura; • Dançaterapia: Ligeiros movimentos de expressão motora acompanhados de música suave; • Musicoterapia: Utilização de sons e de músicas para estimulação dos utentes
	<p>Objectivo 5:</p> <p>Aplicar conhecimentos ao nível do Controlo Sintomático da dor no doente Paliativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Massagens de Alívio de zonas de pressão (zonas dolorosas) • Massagens de Reflexologia podal

	<p>Objectivo 6:</p> <p>Aplicar conhecimentos ao nível da comunicação e gestão de perdas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio psicológico e Espiritual ao Doente e Família;
--	--	---

Relativamente a actividade proposta para cumprimento do objectivo 2 ao longo do período de estágio apliquei Terapêuticas de Treino Cognitivo, após análise do quadro clínico dos utentes, tendo em conta o grau de incapacidade destes, visando retardar ou contrariar a evolução de demências, estimulando a memória, a atenção a compreensão de ordens e a orientação espaço-temporal e contrariando as Agnosias.

No cumprimento das actividades propostas no objectivo 3, do período de estágio apliquei Técnicas de Reabilitação geriátrica, tendo em conta o grau de incapacidade do utente, visando contrariar a perda de capacidades motoras e contrariar o avanço da espasticidade muscular em utentes acamados.

Em relação as actividades proposta no objectivo 4 no decorrer do estágio apliquei Técnicas Expressivas, tendo para o efeito recorrido com frequência à sala de snoezelen, para realização de actividades de musicoterapia e dançaterapia. Foram também aplicadas actividades de expressão plástica livre (realização de desenhos e pinturas) e expressão plástica orientada (construção de placar com as estações do ano e meses).

No cumprimento das actividades propostas no objectivo 5 no decorrer do estágio apliquei Técnicas de Relaxamento e Controlo da dor, utilizando massagens de alívio de zonas de pressão (zonas dolorosas) e massagens de reflexologia podal.

Relativamente ao objectivo 6 ao longo do período de estágio realizei Apoio Psicológico e Espiritual ao Doente e Família, sempre que necessário, acompanhando-os, promovendo o conforto emocional e encaminhando para outros técnicos sempre que estes necessitavam de esclarecimentos ou acompanhamento específico.

Tal como já referi anteriormente foi-me facultado os processos dos utentes onde pode obter um conhecimento mais profundo das doenças e necessidades destes utentes podendo posteriormente adaptar as terapêuticas às necessidades.

Neste contexto passo a descrever o quadro clínico dos utentes internados em Psicogeriatría e Cuidados Paliativos da Casa de saúde da Idanha, que acompanhei durante o estágio, e terapêuticas aplicadas a estes:

UNIDADE 10 – Psicogeriatría

Descrição dos Utes

Quadro 3 – Dados da Utes RDM

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 23-11-1974	Idade: 36
D.A: 20-01-2010	D.M:	
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotiroidismo • Hábitos tabágicos 	
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • A 09-03-2009 sofreu paragem cardiorrespiratória (reanimada pelo INEM) no contexto de miocardite aguda da qual resultou encefalopatia hipoxico-isquémica com tetraplegia espática sequelar • A 30-07-2009 foi colocada PEG para alimentação • A 11-12-2009 foi colocada bomba de Baclofeno para terapêutica antispástica • Colostomia transitória • Esteve em coma durante um mês com recuperação posterior de vigília 	
Observação Clínica¹	<ul style="list-style-type: none"> • Consciente • Sem comunicação oral • Linguagem não-verbal: olhar dirigido por 	

¹ Foi avaliada a 09-05-2011 pelo Doutor Castro Caldas.

	<p>períodos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quadro neuromotor de tetraplegia espástica • Tônus muscular grave com padrão em flexão dos membros superiores, extensão dos membros inferiores e tronco • Sem controlo eficaz de cabeça e tronco • Região cervical em rotação esquerda • Estado vegetativo persistente • Micções espontâneas (uso de fraldas) • Apresenta susto e tremor com a aproximação mais repentina • Sudorese em moderada quantidade • Apresenta score 9 na escala de coma Glasgow • Dependente das AVD's • Reactivo a estímulos externos • Faxis de dor • Percepção sensorial: só reage a estímulos dolorosos
Terapêutica Submetida	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhada por Paliativos • Hidrocinesioterapia • Dieta hipercalcémica e hiperproteica • Cinesioterapia • Técnicas de inibição do tônus
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Encorajar a comunicação não-verbal e mimica facial • Exercício para contrariar a Espasticidade • Aplicação de Reflexologia

Quadro 4 – Dados do Utente MFG

Dados de Identificação		
Sexo: Masculino	D.N: 16-05-1937	Idade: 75
D.A: 29-05-2009	D.M:	
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes tipo II• Hipertensão	
História Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Alzheimer com 9 anos de evolução• AVC	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Totalmente Dependente• Sem comunicação oral• Anquilose sobretudo a nível dos RI, com flexão das ancas e Joelhos• Hemiparesia sequelar direita• Reage a estímulos dolorosos à esquerda• Percepção sensorial muito limitada• Crises de Agitação psicomotora, depressão, ansiedade e raramente alucinações• Mobilidade muito limitada• Orientação: consciente, confuso, sonolento, não orientado no tempo e no Espaço• Memória: Recente e remota alterada• Comunicação: Incoerente (assobia e repete monossílabos)• Audição normal• Visão normal (olhar dirigido por minutos)• Períodos de bruxismo	
Terapêutica Submetida	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhado por Paliativos	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Exercício para contrariar a Espasticidade,• Aplicação de Reflexologia	

Quadro 5 – Dados do Utente DM

Dados de Identificação		
Sexo: Masculino	D.N.:	Idade:
D.A.:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome Demencial 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente Dependente • Orientação: consciente, confuso, sonolento, não orientado no tempo e no Espaço • Memória: Recente e remota alterada • Perigo de lesões cutâneas • Espástica 	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios para contrariar a Espasticidade, Aplicação de Reflexologia 	

Intervenção:

Nos utentes RM, MG, e DM, foram aplicados durante o estágio, exercícios para contrariar a Espasticidade, e foi também aplicado massagem de Reflexologia podal, de forma a promover o bem-estar e o relaxamento ajudando a controlar alguns sintomas de desconforto. Tendo-se verificado bons resultados, mais evidentes da utente RM, a qual aparentava um estado de relaxamento maior após as sessões.

Quadro 6 – Dados da Utente MTS

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N.: 26-01-1930	Idade: 81
D.A.: 06-11-1985		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos múltiplos • Erisipela dos MIS • Escoliose • Bronquite • Epilepsia • Doença atrófica • Oligofrenia por hipotiroidismo na altura não 	

	tratável
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Espasticidade ao nível dos quatro membros • Obesa • Consciência orientada auto e alo psíquica • Afectos modelados • Linguagem lenta por vezes imperceptível • Pensamento pobre, desorganizado. Défice de inteligência • Alucinação visual • Responde com vontade própria quando compreende • Totalmente dependente (acamada) • Interage com a equipa • Nunca recusa uma refeição • Perigo de lesões cutâneas
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Estimulação Física e Cognitiva no leito

Intervenção:

Na utente MTS, durante o estágio foram aplicados exercícios de Estimulação Cognitiva, ao nível da compreensão de ordens e da orientação espaço-temporal, tendo períodos de melhor resposta aos exercícios aplicados no entanto com poucos resultados evidentes. Foram aplicados também exercícios de Estimulação Física de forma a contrariar a espasticidade dos membros.

Quadro 7 – Dados da Utente HG

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N:	Idade:
D.A:		
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Oligofrenia 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação: confuso, não orientado no tempo e no 	

	<p>Espaço</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento pobre, desorganizado. Défice de inteligência • Dependência Parcial nas AVD`s • Mobilidade limitada (desloca-se em cadeira de rodas)
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen)

Quadro 8 – Dados da Utente MM

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 02-01-1944	Idade: 68
D.A: 12-12-1994		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Anjo-depressiva 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Espástica • Défice Cognitivo • Semi-dependente • Comunica apenas quando estimulada • Deterioração mental severa • Fobias/medos irracionais • Culpabilidade (assistiu à morte do pai por electrocussão aos 10anos) • Funcionamento Esquizoaffectivo do tipo depressivo 	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de Relaxamento • Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen) 	

Intervenção:

Às utentes HG e MM, foram aplicados durante o estágio exercícios de Estimulação Física, cognitiva e sensorial (utilização da sala de Snoezelen). A utente MM apresentou bastante facilidade em jogos de estimulação cognitiva (jogos de calculo, semelhança). Boa capacidade de reconhecimento visual da sua própria imagem e de objectos. Dificuldades na orientação espaço-temporal. Nas sessões na sala de snoezelen apresentou relaxamento, quando era utilizado projecção de cores e músicas de relaxamento. A utente HG apresenta resposta positiva à música, pouca reacção ao estímulo tacto. Respostas pouco coerentes e por vezes imperceptíveis as perguntas de estimulação cognitiva.

Quadro 9 – Dados da Uteute TD

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N:	Idade:
D.A:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome Demencial	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Memória: Recente e remota alterada• Dependência Parcial nas AVD`s	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen)	

Quadro 10 – Dados da Uteute NS

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 30-10-19--	Idade: 68
D.A: 04-09-1992		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none">• HTA• Esquizofrenia• Parkinson• Tumor da mama• Problemas renais• Úlcera do duodeno• Apendicectomia	

	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura transtrocanterica esquerda • Fractura do fémur esquerdo
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilíbrio na marcha (anda com apoio de terceiros) • Diminuição das forças
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen) • Estimular o equilíbrio

Intervenção:

Às utentes TD e NS, foi aplicado no decorrer do estágio exercícios de Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen). Obtendo-se reacção ao estímulo musica, cor, movimento. A utente NS foram aplicados também exercícios de reabilitação geriátrica com vista a melhoria do equilíbrio, tendo-se observado melhorias ligeiras.

Quadro 11 – Dados da Utente MJC

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N.:	Idade:
D.A.:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Oligofrénica 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Défice Cognitivo • Dependência Parcial nas AVD`s 	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen) 	

Quadro 12 – Dados da Utente MCV

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N.:	Idade:
D.A.:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Crises de Agitação, depressão, ansiedade 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilíbrio na marcha (anda com apoio de terceiros) • Dependência Parcial nas AVD`s
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen) • Estimular o Equilíbrio

Intervenção:

Às utentes MJC e MCV, foi aplicado Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen). Observou-se em ambas as utentes reacção ao estímulo cor. A utente MJC apresentou diversas dificuldades nos jogos e exercícios de estimulação cognitiva (respostas de repetição a imagens e cores diferentes), pouco colaborante nos exercícios de estimulação física. A utente MCV demonstrou facilidade nos jogos de semelhança e cores; e mostrou-se colaborante nos exercícios de estimulação física, tendo-se observado algumas melhorias na marcha.

Quadro 13 – Dados da Utente EC

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 23-01-1924	Idade: 88
D.A: 26-04-2011		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial • AVC Isquémico • Cistite e E. Cóli • Status por Carcinoma Cervical 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome Demencial • Dependência Parcial nas AVD`s • Ligeira agitação Psicomotora 	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen) 	

Quadro 14 – Dados da Utente JB

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N:	Idade:
D.A:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome Demencial 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação: consciente, confuso, não orientado no tempo e no Espaço • Memória: Recente e remota alterada • Audição normal • Invisual • Linguagem lenta por vezes imperceptível • Desequilíbrio na marcha (anda com apoio de terceiros) • Dependência Parcial nas AVD`s 	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Estimular o equilíbrio • Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen) 	

Intervenção:

ÀS utentes EC e JB, foi aplicado durante o estágio exercícios de Estimulação Física e Cognitiva (utilização da sala de Snoezelen). Apresentaram bons resultados ao estímulo através da música, cor e tacto. A utente JB apresentou, melhores resultados nos jogos de Orientação, enquanto a utente EC apresentou melhores resultados nos jogos de semelhanças e lógica.

Quadro 15 – Dados da Utente MMF

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N:	Idade:
D.A:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão, VIH-Sida 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência Parcial nas AVD`s 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação pouco coerente (repete com frequência a mesma resposta a perguntas diferentes) • Crises de agitação
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Cognitiva

Intervenção:

A utente MMF apresentou bons resultados nos exercícios de lógica e de reconhecimento visual. Manifestando dificuldades em responder a questões - repete inúmeras vezes a mesma resposta.

Quadro 16 – Dados da Utente CM

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N.:	Idade:
D.A.:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Bipolar 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Crises de Agitação, depressão, ansiedade • Orientação: consciente, orientado no tempo e no Espaço, Sonolenta • Memória: estável 	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Física e Cognitiva em grupo • Arte terapia 	

Quadro 17 – Dados da Utente MS

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N.:	Idade:
D.A.:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer 	

Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação: consciente, não orientado no tempo e no Espaço • Memória: Recente alterada • Dependência Parcial nas AVD`s • Mobilidade limitada (desloca-se em cadeira de rodas)
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Física e Cognitiva em grupo, Arte terapia

Quadro 18 – Dados da Utente IA

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N:	Idade:
D.A:		
História Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Psicose 	
Observação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação: consciente, orientado no tempo e no Espaço • Comunica apenas quando estimulada • Desequilíbrio na marcha (anda com apoio de terceiros) • Dependência Parcial nas AVD`s 	
Intervenção Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação Física e Cognitiva em grupo, Arte terapia 	

Intervenção:

Às utentes CM, MS e IA, foi aplicado durante o estágio exercícios de Estimulação Física e Cognitiva em grupo e Arte terapia. Relativamente aos exercícios de estimulação a utente IA foi a que mostrou mais facilidade e motivação, seguindo-se a utente CM, embora com mais dificuldades e com períodos de menor participação devido a quadro de depressão. A utente MS apresenta maior dificuldade em exercícios de estimulação física e exercícios de orientação espaço-temporal. Ao nível de actividades com arte houve mais adesão aos trabalhos manuais como pintura, construção do placar com os meses e dias da semana, sendo mais participativa nestas actividades a utente IA.

Unidade de cuidados paliativos

Descrição dos Utentes

Quadro 19 – Dados da Utente do quarto 1

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 29/10/1975	Idade: 53 anos
D.A: 24/06/2011	D.M:	
Patologias Antecedentes	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome depressivo• Esquizofrenia• HTA• DM Tipo II• Dislipidémia• DPOC• Obesidade	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none">• Neoplasia do Vestíbulo Nasal	
Terapêutica Submetida Anteriormente	<ul style="list-style-type: none">• Submetida a Cirurgia tendo realizado excisão da lesão do Vestíbulo com excisão do lábio superior e nariz mais esvaziamento Ganglionar Cervical parcial bilateral em 14/12/2010.• A 22 de Dezembro de 2010 fez encerramento do lábio superior com retalhos bilaterais e traqueostomia, com necessidade de ventilação mecânica invasiva durante o primeiro mês. Realizada a tentativa de encerramento de traqueostomia sem sucesso.• Inicia RT paliativa que completou em 18 de Maio de 2011, com ausência de resposta, pelo que iniciou quimioterapia primeiro ciclo ao 17/06/2011, realizada sem intercorrências.• Colocou CVC implantado dia 4/05/2011 na veia subclávia direita.• Realizou ciclo de quimioterapia com SFU que	

	<p>terminou 18/07/2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocou PEG a 11/05/2011
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina 52,5mg/h 72/72h • Paracetamol 8/8h • Valproato de sódio 500mg 12/12h • Esomeprazole • Sinvastatina 20mg 19h • Cálcio 1cp 12/12h • Seroquel 100mg 1cp, 19h • Dexametasona 46/dia • Clozapina 100mg 3xdia • Metronidazol 300mg 8/8h • Levotiroxina 0,025mg manhã • Captopril 25mg ao deitar • Lactulose 30mg 2x dia • Levofloxacina 500mg 1x dia • Trazodona 150mg ao deitar

Quadro 20 – Dados da Utente do quarto 2

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 06/05/1937	Idade: 74 anos
D.A: 15/07/2011	D.M:	
Patologias Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia crônica, artropatia, insuficiência venosa dos membros inferiores 	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmão • Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas • Extensa metastização óssea. Anorexia, astenia e adinamia 	
Terapêutica Submetida Anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> • Internada a 5/04/2011 no Curry Cabral na 	

	<p>sequência de quadro com um mês de evolução de parestesias e diminuição da força nos membros inferiores, com compromisso da marcha, astenia, adinamia, perda ponderal de cerca de 7 kg e mal-estar geral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizou TAC que revela formação nodular do lobo superior pulmonar esquerdo, especulada com cerca de 17 mm. Lesões líticas em ambas as omoplatas, lesão líticas em alguns arcos costais. • Realizou TAC-CE que revelou alterações parenquimatosas, revelando lesões ósseas secundárias (a maior é frontal parietal direita). Compressão medular em L3 e Lesões blásticas – vertebrae lombares, parietais, cabeça umeral direita, apófise coracóidea e 1/3 médio da diáfise umeral esquerda
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina 52,2mg 8/8h • Dexametasona 4mg • Gabapentina • Paracetamol 8/8h • Lactulose 15cc 2x dia

Quadro 21 – Dados da Utente do quarto 3

Dados de Identificação		
Sexo: Masculino	D.N: 19/01/1934	Idade: 77 anos
D.A: 2011	D.M: 09/2011	
Patologias Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • DPOC • Diabetes tipo 2 • HTA • AVC em 2007 • Obstipação 	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma do pulmão e actualmente em estágio 	

	<p>IV M 1^a – metastização ao pulmão contra lateral em Dezembro de 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • O doente tem conhecimento do diagnóstico mas parece desconhecer o prognóstico da doença. • Doente consciente e orientado. • Actualmente tem progressão da doença pulmonar, sem resposta à 3^a linha terapêutica, com enlotin, com dores ósseas e com agravamento estado geral. • Totalmente dependente de terceiros para todas as AVDs • Membros inferiores edemaciados mais acentuado à direita.
<p>Terapêutica Submetida Anteriormente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Em Abril de 2010 colocou prótese no brônquio principal esquerdo por obstrução com atelectasia pulmonar, não tendo obtido resultado.
<p>Terapêutica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fentanil 100mg/h • Epsicaprom 1carteira • Metamizol 575mg • Lorazepan 1mg • Gabapentina 300mg • Haloperidol 15gotas • Lactulose 2carteiras • Bisacodil 2drageias • Glilazida 30mg prolongada • Butilescopolamina 40mg • Furosemida 40mg • Ceftriaxonne 1g • Dexametasona 5mg • Furosemida 1g • Morfina 200g/50 2cc • Butilescopamida 160mg 150 2cc

	<ul style="list-style-type: none"> • Midazolam 10mg/50/2cc
--	---

Quadro 22 – Dados da Utente do quarto 4

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 15/03/1938	Idade: 73 anos
D.A: 25/07/2011	D.M:	
Patologias Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Doença de Parkinson • Depressão crónica • Síndrome demencial • Infecções urinárias de repetição • Status pós fractura do colo do fémur • Fibrilhação auricular 	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma do ovário com metástases cerebrais e hepáticas 	
Terapêutica Submetida Anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> • QT e RT 	
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none"> • Levodopa 100mg + carbidopa 25 mg/125mg 8/8h • Esomeprazole 20mg 1Xdia as 7h • Fentanil 50mg 72/72h • Quetiapina 100mg 1x dia as 21 horas • Sertralina 50mg 12/12h • Bisacodil 10mg sup 1x dia • Domperidona 10mg • Dexametasona 0,5mg 2cp 8/8h 	

Quadro 23 – Dados da Utente do quarto 5

Dados de Identificação		
Sexo: Masculino	D.N: 20/01/1939	Idade: 72 anos
D.A: 14/01/2011	D.M: 09/2011	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma do pulmão (adenocarcinoma) • Metastização cerebral • Síndrome confusional, 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia secundaria
Terapêutica Submetida Anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> • QT e RT
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 2mg • Tramadol 50mg 8/8h • Butilescopolamina 18mg 50cc a 2 cc/h • Midazolam 30 mg/50cc a 2cc/h • Levomepromazine 12,5mg manhã + 25 mg noite • Furosemido 10mg 2x dia

Quadro 24 – Dados da Utente do quarto 6

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 17/06/1945	Idade: 66 anos
D.A:	D.M: agosto de 2011	
Patologias Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidade mórbida, • HTA, • Insuficiência venosa crônica com úlceras associadas, • Melanoma do 1º dedo do pé direito em 2009 (amputação do dedo). 	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Invasão tumoral ganglionar da região inguinal alta. • Malignidade região ganglionar esquerda e ilíaca direita em ambos os campos pulmonares. 	
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none"> • Hidromorfona 32mg 1cp • Diclofenac 50 1cp 2 vezes • Omeprazol 20 1cp • Paracetamol 1g • Amitripilina 25mg 1cp • Gabapentina 600mg • Sene 1cp 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetina 20 • Furosemida 40mg • Espironolactona 25mg 1cp • Bioflavonóides 1cp • Dexametasona 5mg • Acido aminocapróico 1 saqueta • Monuril 2g • Morfina 80mg
--	---

Quadro 25 – Dados da Utente do quarto 7

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N:	Idade: 68 anos
D.A: 14/07/2011	D.M:	
Patologias Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Obesidade • Obstipação 	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Glioblastoma parieto occipital direito 	
Terapêutica Submetida Anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia esquerda, dor abdominal, desorientada no tempo e no espaço, diagnóstico de glioblastoma parieto occipital direito com cirurgia a 28/04/2010 • Em Outubro de 2010 nova cirurgia com remoção assumida total • Internada em paliativos, perante novo progresso da doença. 	
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol 20mg • Metformina 1g • Valproato de sódio 500mg • SENNE 2cp apos pequeno-almoço e almoço • Megapolis 10g • Paracetamol 1g 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 8mg • Alprazolam 0,25mg • Clomipramina 100mg • Levotiroxina 1cp • Venlafaxina xr 150mg
--	---

Quadro 26 – Dados da Utente do quarto 9

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N:	Idade: 73 anos
D.A: 01/06/2011	D.M:	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> • Esclerose lateral amiotrófica – forma modular, diagnosticada em Dezembro de 2010 (sintomas presentes na 1,5 - 2 anos) • Tetraplegia assimétrica 	
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none"> • Riluzol 50mg • Quetiapina 100mg • Paracetamol 1gr • Escitalopram 100mg • Ibuprofeno 600mg • Estazolam 2mg • Omeprazol 20mg • Enoxaparina 40mg • Reforço hídrico oral • Tramadol 100mg • Tizadina 2mg ¼cp • Sene 1cp • Butilescopolamina 20mg 	

Quadro 27 – Dados da Utente do quarto 10

Dados de Identificação		
Sexo: Feminino	D.N: 02/02/1926	Idade: 84 anos
D.A: 24/03/2011	D.M:	
Patologias Antecedentes	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes tipo 2• Hipotireoidismo• Alzheimer (há mais ou menos 5 anos)• Com infecções urinárias de repetição, estado algaliado permanentemente.	
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none">• Carcinoma da vulva	
Terapêutica Submetida Anteriormente	<ul style="list-style-type: none">• Seguida no IPO desde Setembro de 2009 por lesão vulvular extensa, exofítica com aspecto condilomatoso, displasia moderada associada a HPV.• Operada a 2/11/2009 – vulvectomy simples reconstrutiva• Resultado histológico para carcinoma da vulva• Por necrose dos retalhos fica com ulceração extensa com solução de continuidade, actualmente com exsudado e cheiro fétido (a fazer pensos em dias de alternados)	
Terapêutica:	<ul style="list-style-type: none">• Tramadol 150mg• Gabapentina 300mg• Clonazepam 3 gotas• Omeprazol 20mg• Levotiroxina sódica 100 1/2cp• Melperona 25mg 2x• Enoxaparina 40mg• Olanzapina 2,5mg• AAS 100mg 1cp• Macrogol 4000 1 G 1 carteira• Bisacodil	

	<ul style="list-style-type: none"> • Metamizol 575 mg 1cp • Clotrimazole creme vaginal • Cipralelex 10mg 1cp • Sene 1cp ao pequeno-almoço e ao almoço • Furosemida ½cp ao pequeno-almoço
--	---

Intervenção:

Ao nível da unidade de cuidados paliativos o estágio decorreu no período de Agosto a Setembro (sete horas semanais), tendo realizado intervenções nos quartos 1, 2, 7, 9 e 10, aplicando massagens de reflexologia, para promover algum conforto; apoio psicossocial conversando com os utentes e alguns familiares e realização de alguns jogos de estimulação cognitiva aos utentes que manifestaram interesse.

Relativamente às utentes do quarto 2 e 10 foram aplicados exercícios de estimulação cognitiva, de forma a promover a orientação espaço temporal e a memória tendo-se verificado em ambas períodos de maior dificuldade, sendo de salientar que a utente do quarto 2 referiu diversas vezes gostar bastante das actividades.

Às utentes do quarto 7 e 10 foram aplicados massagens de reflexologia, de forma a promover-lhes algum conforto e alívio da dor.

Em relação à utente do quarto 9 apliquei alguns exercícios para contrariar a espasticidade ao nível dos membros superiores.

A utente do quarto 1 e 9 encontravam-se orientadas no tempo e no espaço, tendo as apoiadas através de diálogos de apoio psicológico e espiritual de forma a promover algum conforto (tendo conseguido uma melhor intervenção com a utente do quarto 9).

Relativamente aos utentes dos quartos 3, 4, 5, 6, o estágio foi essencialmente observacional, embora tenha realizado alguns exercícios de relaxamento (aplicação de massagens de reflexologia podal), de forma a proporcionar algum conforto.

4.3 No âmbito da formação

Quadro 28 – Objectivo de estágio no âmbito da formação e actividade proposta

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
FORMAÇÃO	Objectivo 7: Ministrar uma Formação sobre “Reflexologia Podal em contexto de Cuidados Paliativos”	<ul style="list-style-type: none">• Formação sobre o Tema: “Reflexologia Podal em contexto de Cuidados Paliativos”

Na proposta de estágio, estava previsto como objectivo no âmbito da formação a organização de uma formação sobre “Arte Terapia em Cuidados Paliativos”. No entanto no decorrer do estágio, em conjugação com o interesse da instituição e tendo em conta que tenho formação adquirida no *Instituto de Medicina Tradicional (IMT)* em Reflexologia Podal e que ao longo do estágio apliquei no âmbito do cuidar esta terapêutica nos utentes, a orientadora sugeriu a mudança do tema para “Reflexologia Podal em contexto de Cuidados Paliativos”.

A formação foi ministrada sob a forma de um Workshop no dia 14-09-2011 na Sala de Formação da Casa de Saúde da Idanha pelas 11 horas, tendo como objectivos transmitir conhecimentos básicos há cerca da reflexologia, sua aplicação e funcionalidade. Esta formação teve como público-alvo enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da reabilitação psicomotora, técnico de desporto de reabilitação e voluntários da instituição (participaram no workshop cerca de 14 pessoas).

A reflexologia é uma terapêutica milenar proveniente do antigo Egipto, baseia-se na pressão realizada manualmente através de massagem em determinadas terminações nervosas dos pés e das mãos, que reflectem os órgãos do nosso organismo. Esta terapêutica holística de saúde visa o alívio da dor, a promoção do bem-estar, o relaxamento e o equilíbrio corporal. Permite melhorar a circulação corporal e favorece a

eliminação de toxinas. Actua essencialmente ao nível do sistema endócrino, linfático, neurológico e circulatório. (Denis Lamboley, 2003)

Ao longo do Workshop foi dada uma breve explicação da terapêutica e como ela actua no nosso organismo. Segundo a anatomofisiologia o nosso corpo encontra-se dividido por feixes nervosos (nervos espinhais e o trigémeo – respondem pela quase totalidade da inervação somestésica do corpo) que percorrem todo o corpo terminando ao nível pés e mãos (dermatómos – regiões da superfície cutânea inervadas pelos segmentos espinhais e pelas três divisões do nervo trigémeo), sendo que cada feixe nervoso corresponde a uma zona corporal. Ao aplicar pressão sobre essas terminações nervosas estamos a estimular o nosso próprio organismo a actuar sobre si no processo de reabilitação.

Deste modo, o reflexoterapeuta pode identificar, a partir dos pés do paciente, as zonas do corpo que se encontram afectadas, sendo possível prevenir uma potencial patologia ou, pelo menos, reduzir a sua gravidade. Pela reflexologia podal actuamos sobre o conjunto dos sistemas de órgãos, sobre as circulações sanguínea e linfática, a fim de tratar à distância o órgão visado. Contudo, a reflexologia não é um meio de diagnóstico preciso sendo apenas uma indicação terapêutica, não substitui qualquer tratamento médico sendo apenas um complemento ao tratamento.

No final do *workshop* foram esclarecidas algumas dúvidas e foi permitido aos participantes a aplicação desta terapêutica a título experimental sob supervisão. No final da formação houve um feedback positivo da parte dos participantes que mostraram-se inclusive interessados em saber mais acerca desta terapêutica.

4.4 No âmbito da investigação

Quadro 29 – Objectivo de estágio no âmbito da investigação e actividade proposta

COMPETÊNCIAS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
INVESTIGAÇÃO	Objectivo 8: Estudar a incidência de utentes paliativos internados na Casa de Saúde da Idanha durante o período de estágio relativamente ao sexo, idade e patologia	<ul style="list-style-type: none">• Recolha e análise de dados dos utentes• Elaborar um quadro com os dados relevantes referentes aos utentes acompanhados por paliativos em regime de internamento

Relativamente ao estudo proposto para estágio, não foi possível aplicar uma vez que em regime de internamento durante o período de estágio os números de utentes acompanhados pelos cuidados Paliativos foram cerca de 15, sendo que muitos não comunicam oralmente, nem estão orientados no tempo e no espaço.

Tendo optado por analisar os dados recolhidos com o objectivo de estudar a incidência durante o período de estágio, relativamente ao sexo, idade e patologia. Para tal elaborei o quadro 30, com os dados relevantes ao estudo referente aos utentes acompanhados por paliativos em regime de internamento quer na Unidade de Cuidados Paliativos, quer na Unidade de Psicogeriatria. Tendo posteriormente realizado os cálculos das percentagens (utilizando o Excel) tal como se pode observar no quadro 31.

Relativamente aos dados recolhidos referentes aos utentes internados em Cuidados Paliativos, não existem dados para o quarto 8, uma vez que na altura em que foi realizada a recolha de dados este quarto encontrava-se vago.

Quadro 30 - dados de utentes internados na casa de Saúde de Idanha acompanhados por Paliativos (Unidade 10 de psicogeriatría + Unidade de Cuidados Paliativos)

Unidades	Quartos/utentes	Sexo	Idade	Diagnóstico Principal
Cuidados Paliativos	1	Feminino	53	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia do Vestíbulo Nasal
	2	Feminino	74	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmão • Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas • Extensa metastização óssea.
	3	Masculino	77	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia do pulmão e actualmente em estágio IV
	4	Feminino	73	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia do ovário com metástases cerebrais e hepáticas
	5	Masculino	72	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia do pulmão (adenocarcinoma) • Metastização cerebral
	6	Feminino	66	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia ganglionar da região inguinal alta. • Neoplasia região ganglionar esquerda e ilíaca direita em ambos os campos pulmonares.
	7	Feminino	68	<ul style="list-style-type: none"> • Glioblastoma parieto occipital direito
	9	Feminino	73	<ul style="list-style-type: none"> • Esclerose lateral amiotrófica
	10	Feminino	84	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia da vulva
	Psicogeriatría	MFG	Masculino	75
RDM		Feminino	36	<ul style="list-style-type: none"> • Paragem cardiorrespiratória (reanimada pelo INEM) no contexto de miocardite aguda da qual resultou encefalopatia hipoxico-isquémica com tetraplegia espática sequelar

Quadro 31 – Calculo das percentagens de utentes em regime de internamento acompanhados por Paliativos, durante o período de estágio.

Percentagem referentes aos dados recolhidos em período de Estágio	Utentes de sexo feminino	72,73 %
	Utentes de sexo masculino	27,27 %
	Utentes com idade superior a 65 anos	72,73 %
	Utentes que sofrem de neoplasia	63,64 %

Através da análise dos dados recolhidos no período de estágio pôde-se constatar uma maior prevalência de utentes do sexo feminino, sendo que a maioria dos utentes têm mais de 65 anos e encontram-se internados em Paliativos com diagnóstico de Neoplasia em estádios avançados.

Constança Paúl e António Fonseca (2005) citando Rebelo e Penalva (2004), referem que entre 1941 e 2001, houve um crescimento da população com idade superior ou igual a 65 anos de cerca de 243%. Ainda segundo estes dados em 2020, a população idosa representara cerca de 19,2% do total nacional.

Charlotte Eliopoulos (2005), refere que ao longo do século XX, a proporção entre homens e mulheres diminuiu constantemente, a ponto de haver menos de sete homens idosos para cada dez mulheres. A mesma autora afirma que a doença crónica é o principal problema da pessoa idosa, sendo as doenças crónicas as principais causas de incapacidade e também de morte. A autora menciona ainda, um estudo realizado pelo departamento demográfico dos EUA em 1999, que afirma como principais causas de morte e morbidade as doenças cardíacas e as Neoplasias malignas.

Estes autores referem dados que confirmam a análise obtida pelos dados recolhidos ao longo do estágio. A proporção de Idosos têm vindo a aumentar, sendo que o sexo feminino tem uma taxa de sobrevivida superior relativamente aos homens. Os idosos têm maior probabilidade de apresentarem doenças crónicas, sendo que as principais causas de morbidade e morte se devem a patologias do foro cardíaco e Neoplasias malignas.

5. Competências adquiridas e análise crítica

Durante o período de estágio, tal como já referi anteriormente acompanhei utentes da Casa de Saúde da Idanha internos na Unidade de Paliativos e na Unidade de Psicogeriatrics de média e grande dependência, sendo que alguns dos utentes da Unidade de Psicogeriatrics estavam a ser acompanhados pela equipa de Paliativos. Para cumprimentos dos objectivos a que me propôs para estágio, integrei a equipa de paliativos, estudei o processo clínico dos utentes, e desenvolvi diversas actividades terapêuticas de acordo com as necessidades dos utentes e da Instituição. No decorrer do estágio, desenvolvi algumas competências já adquiridas em contextos formativos, tendo adaptado as intervenções realizadas ao doente Paliativo.

De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, os cuidados paliativos são cuidados preventivos: previnem um grande sofrimento motivado por sintomas (dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos.

O objectivo das terapêuticas submetidas durante o estágio consistiu em promover, tanto quanto possível o alívio da dor, bem-estar e apoio psicológico e espiritual aos utentes e familiares.

Várias condicionantes dificultaram durante o período de estágio o trabalho com estes utentes, tais como, o facto de muitos não se encontrarem orientados no tempo e no espaço, alguns utentes não comunicavam, o período de cada actividade terapêutica tinha que ser adaptado ao estado do utente no momento. Tendo sido necessário uma adaptação constante das terapêuticas submetidas as capacidades e necessidades de cada utente.

Sendo formada em Gerontologia, este estágio foi uma mais-valia para mim tendo permitido desenvolver competências no âmbito do alívio da dor, e da melhoria de qualidade de vida em utentes em estado terminal.

As terapêuticas utilizadas no decorrer do estágio visaram promover o alívio da dor e promover a manutenção das capacidades básicas de vida diária de forma a permitir uma melhor qualidade de vida até ao fim.

Apliquei técnicas de estimulação cognitiva – treino cognitivo. Estudos mostram que o treino cognitivo pode auxiliar na manutenção e no aumento das funções cognitivas (Ball et al., 2002; Cavallini, Pagnin, & Vecchi, 2003; O’Hara et al., 2007; Willis et al.,

2006), bem como influenciar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico (Levine et al., 2007; Winocur et al., 2007; Wolinsky et al., 2006).

Usei técnicas de fisioterapia geriátrica, segundo Kisner e Colby (2005), a actividade fisioterapêutica volta-se para os processos de recuperação do indivíduo por meio de um conjunto de técnicas corporais que agem sobre o organismo humano, imprimindo-lhe uma mobilização ativa ou passiva, restaurando o gesto e a função das diferentes partes do corpo. Tem como objectivos principais prevenir, manter e restaurar a integridade dos movimentos, órgãos, sistemas e funções.

No decorrer do estágio foram aplicados mobilizações passivas com um intuito de combater a espasticidade dos membros permitindo um maior conforto e capacidade de mobilização. Foram também aplicados a alguns utentes exercícios para melhor o equilíbrio na Marcha.

Utilizei técnicas na vertente das artes expressivas, sendo uma área que integra o recurso aos diferentes mediadores artísticos (música, artes plásticas, drama, dança/movimento, palavra/poesia) em contextos de desenvolvimento e terapêutico, explorando as suas ligações à psicologia. A terapia pela arte é um processo terapêutico que utiliza técnicas de expressão e criação artística com a finalidade de ajudar a aliviar o sofrimento. Sem exigências técnicas ou estéticas, potencia a comunicação, a expressão e o processo criativo. No desenvolvimento de algumas actividades expressivas utilizei a sala de snoezelen da Instituição. Segundo Francisco, S. e Maria, I. A. (2005) citando Pinkney (1999), a terapia Snoezelen combinando duas vertentes – uma activa (estimulação sensorial) e uma passiva (relaxar), oferece os seguintes benefícios: reduz a pressão; produz relaxamento; oferece uma estimulação gradual; desenvolve a comunicação; produz estimulação sensorial e melhora a concentração. Estas actividades tinham dois objectivos: 1º permitir ao utente comunicar e expressar-se de forma mais descontraída; 2º Promovendo o relaxamento e o bem-estar.

Apliquei massagens de reflexologia, de forma a promover o alívio da dor promovendo o conforto do utente, tendo observado resultados benéficos nos utentes. Como refere Lamboley, D. (2003), certos pontos dos pés reflectem tensões, dores, patologias, bloqueios ligados a diferentes órgãos. Esta técnica curativa permite agir sobre um sintoma e aliviar a dor.

6. Sugestão de mudança pessoal e profissional

No decorrer do Mestrado em Cuidados Paliativos e durante o Estágio, pude compreender que muito há a fazer nesta área. Sendo que até à presente, a experiência profissional que adquiri foi essencialmente em Lares de Idosos, foi-me possível conhecer a dinâmica destes. Motivo pelo qual se verifica que muitos dos idosos que chegam aos lares se encontram em fases terminais, pelo que era de extrema importância que estes tivessem profissionais especializados em cuidados paliativos.

O relatório Europeu da Organização Mundial de Saúde sobre cuidados paliativos afirma que “existe considerável evidência de que as pessoas idosas sofrem desnecessariamente, por causa de uma falta de avaliação generalizada e tratamento dos seus problemas e falta de acesso a cuidados paliativos.” (Bertachini, 2005)

Penso que também é necessário que os lares desenvolvam parcerias com as Unidades de Cuidados Paliativos, de forma a garantir aos utentes um controlo sintomático da doença e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

O estágio do ponto de vista emocional não foi fácil, dado a convivência durante um período longo com problemas do foro mental em estágios avançados, e com a morte dos utentes e o sofrimento dos familiares. No entanto apesar das situações pude constatar no final que as terapêuticas utilizadas e o apoio que me foi possível prestar fez com que as pessoas sentissem por um lado algum alívio das suas patologias, por outro que sentissem que tinham apoio, que alguém lhes dava aconchego, o que lhes proporcionou melhorar qualidade de vida.

O estágio acima de tudo foi uma aprendizagem pessoal que me permitiu crescer como pessoa, sensibilizou-me para questões como a morte com qualidade de vida até ao fim, e a vida com incapacidade mental e física, com qualidade.

A nível profissional pretendo aplicar os conhecimentos adquiridos nos meus locais de trabalho, quer ministrando formação quer no apoio directo com idosos em estado terminal. O estágio despertou-me mais interesse para a neuropsiquiatria e de futuro, espero ter oportunidade de me especializar nesta área.

7. Conclusão

Ao longo do estágio tive a oportunidade de conhecer a dinâmica de um serviço de Cuidados Paliativos e de Psicogeriatría. Pude apreender através da observação e dos processos clínicos dos utentes. Coloquei em prática conhecimentos da minha formação base (Gerontologia) e de outros cursos que obtive ao longo do meu percurso de profissional como é exemplo a reflexologia.

A maioria dos utentes que acompanhei tinha idade superior a 65 anos, como se pode verificar na análise de dados que efectuei. Sendo que a maioria tinham como diagnóstico doenças do foro mental e Neoplasias.

No estágio ministrei uma formação para técnicos de saúde referente ao tema Reflexologia Plantar em Cuidados Paliativos, uma vez que a instituição mostrou-se interessada nesta temática. De uma forma geral o estágio correu bem, permitiu-me aprender mais e foi uma oportunidade de por em prática em contexto de uma casa de saúde os conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal, profissional e académico.

De futuro pretendo, continuar estudos dentro da área da Gerontologia, dos Cuidados Paliativos, da Neuropsiquiatria, e da intervenção Psicogeriatría

Bibliografia

- Abric, M., Dote, P. (“s.d.” Gestos e activação para pessoas idosas. Editora: Lusociência.
- Acevedo, A., Loewenstein, D. A. (2008). Nonpharmacological cognitive interventions in aging and dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20(4), 239-249.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2013), Recuperado em 18 de Novembro de 2013 <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., et al. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288(18), 2271-2281.
- Barbosa, A., Neto, I. G., et al. (2010) Manual de Cuidados Paliativos. 2ªed. Editora: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (1995) PESSOAS IDOSAS Uma abordagem global. Editora:Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7.
- Bergold, L. B., Alvim N. A. T., Cabral, I. E. (2006) O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. *Revista scielo: Texto Contexto Enfermagem*; 15(2): 262-9.
- Cabieses V, Báltica, Miner, Sarah Mary, & Villegas R, Natalia. (2010). Análisis Reflexivo del Cuidado en Reflexología y Masoterapia Centrado en la Persona, por parte del Profesional de Enfermería. *Ciencia y enfermería*, 16 (1), 59-67. Recuperado em 12 de Novembro de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532010000100007&lng=es&tlng=es.
- Cavallini, E., Pagnin, A., & Vecchi, T. (2003). Aging and everyday memory: The beneficial effect of memory training. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(3), 241-257.

- Choque, S., Choque, J. (2004) Atividades de animación para la tercera edad. 1ªed. Editora: Paidotribo. ISBN 84-8019-794-3.
- Eliopoulos, C. (2005). Enfermagem Gerontológica. 5ª ed. Editora: Artemed. ISBN 85-363-0081-7.
- Francisco, S. e Maria, I. A. (2005). Benefícios da Terapia de Snoezelen em utentes com Demência. Recuperado em 18 de Novembro de 2013 http://www.snoezelen-idosos.com/login/upload/files/artigo_cientifico_demencia.pdf.
- Kisner, C., Colby, L. A. (2005). Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4ªed. Editora: Manole.
- Lambole, D. (2003). O Fantástico Mundo da Reflexologia Plantar. 1ªed. Editora: Pergaminho. ISBN 972-711-525-X.
- Levine, B., Stuss, D., Winocur, G., Binns, M. A., Fahy, L., Mandic, M., et al. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behavior in relation to goal management. Journal of the International Neuropsychological Society, 13 (1), 143-152.
- Nunes, B., Pais, J. (2006) DOENÇA DE ALZHEIMER Exercícios de Estimulação volume I e II. Editora:Lidel. ISBN 13: 978-972-757-393-6.
- O'Hara, R., Brooks, J. O., Friedman, L., Schroder, C. M., Morgan, K. S., & Kraemer, H. C. (2007). Long-term effects of mnemonic training in community-dwelling older adults. Journal of Psychiatric Research, 41 (7), 585-590.
- Paul, C., Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal. 1ªed. Editora: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1.
- Pessini, L. e Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. Recuperado em 18 de Novembro de 2013 http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf.
- Willis, S. L., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K. M., et al. (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional

outcomes in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 296 (23), 2805-2814.

- Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M., Bridges, K., & Stuss, D. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 153-165.
- Wolinsky, F., Unverzagt, F. W., Smith, D. M., Jones, R., Stoddard, A., & Tennstedt, S. L. (2006). The ACTIVE cognitive training trial and health-related quality of life: Protection that lasts for 5 years. *Journals of Gerontology Series A: Biological Science*, 61A (12), 1324-1329.
- Wright, J. (2006). *Reflexologia e acupressão*. Editora: Stampa. ISBN 972-33-2302-8.