



Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Estimulação Cognitiva: Uma Intervenção com a Pessoa com Cognição Comprometida

Sílvia Cristina Guerreiro Lourenço

—

**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Estimulação Cognitiva: Uma Intervenção com a
Pessoa com Cognição Comprometida**

Sílvia Cristina Guerreiro Lourenço



Orientador: Prof. Dr. Paulo Rosário De Carvalho Seabra



**Lisboa
2021**

*“Há três modos para ganhar sabedoria:
primeiro, por reflexão, que é o mais nobre;
segundo, por imitação, que é o mais fácil;
e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.”*

Confúcio

AGRADECIMENTOS

A todos os Professores e colegas, Orientadores em Estágio, Equipas de Enfermagem, colegas de trabalho, Pessoas a quem prestei cuidados que cruzaram o meu caminho, durante o percurso académico e de estágio o meu obrigado, pois contribuíram em grande medida para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Um agradecimento especial ao Professor Paulo Seabra pelo seu apoio, motivação, partilha e disponibilidade ao longo desta caminhada que foi o estágio, com todos os constrangimentos inerentes à pandemia em que vivemos.

Ressalvo a minha família e amigos pela compreensão e paciência que demonstraram ao longo deste meu trajeto, motivando-me para a conclusão do mesmo.

A todos vós, o meu muito obrigado!

RESUMO

A cognição comprometida como reflexo dos problemas de saúde mental tem sido uma das minhas preocupações, ao longo do meu percurso profissional. A escolha desta problemática justifica-se em minha opinião, por dois dados incontornáveis: o número de pessoas com perturbações mentais na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015 era estimado em 110 milhões, o que corresponde a cerca de 12% da população. Se incluirmos as perturbações associadas ao consumo de substâncias, esse número aumenta em 27 milhões (15% no total), e aumenta muito mais se forem incluídas perturbações neurológicas como as demências. O segundo diz respeito às alterações demográficas vivenciadas nas últimas décadas que se expressam num aumento exponencial da população idosa logo do declínio cognitivo.

Acredito no potencial que cada pessoa possui, independentemente do diagnóstico de uma doença mental com que foi rotulada. Neste sentido, desenvolvi o meu projeto de estágio numa linha da promoção da saúde mental através de intervenções de Estimulação Cognitiva.

Estas intervenções consistem num conjunto de estratégias e exercícios com a finalidade de potenciar determinadas áreas da cognição, dotando a pessoa com cognição comprometida de informação e competências capazes de melhorar o seu quotidiano.

Este relatório pretende também retratar o meu percurso de aprendizagem ao longo do estágio, o desenvolvimento de competências específicas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, por forma a adquirir o Grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Foi realizado um percurso de estágio em dois contextos, em que se trabalhou com pessoas com os diagnósticos de perturbação do uso de álcool e demências, que apresentavam comprometimento cognitivo.

Os principais resultados foram a estimulação/manutenção das capacidades cognitivas (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva) assim como promoção e estimulação da autonomia e interação social, consequentemente o melhorar da saúde mental. Procurei ainda, transmitir à pessoa com Cognição comprometida que é possível viver com satisfação e esperança apesar das limitações causadas pela doença.

PALAVRAS CHAVE: Estimulação cognitiva; Cognição comprometida; Demência; Défice Cognitivo Ligeiro; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Cognition impairment in mental health disorders has been one of my worries along my professional path. In my opinion, the choice of this issue is justified by two unavoidable data: in 2015 the number of people with mental health disorders on the World Health Organization (WHO) European Region was estimated at 110 million, which matches about 12% of the population. This number increases to 27 million if we include substance use related disorders (15% of total) and by much more if neurological disorders like dementia are also included. Secondly, due to the demographic changes over the last decades the number of elderly people with cognitive decline has risen exponentially.

I believe on the potential each person has regardless of the diagnosis given. Because of this, I developed my internship project on mental health promotion through Cognitive Stimulation interventions. These interventions are made by a set of strategies and exercises with the aim of enhancing certain areas of cognition, providing the person with compromised cognition with information and skills capable of improving their daily lives.

In order to acquire a Master's Degree in Nursing with a specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, this report also intends to portray my learning path throughout the internship with the development of specific skills that contributed to my personal and professional growth. The internship was carried out with people who had cognitive impairment in two different contexts and diagnoses: alcohol use disorder and dementias.

The main results were the stimulation/maintenance of cognitive abilities (orientation, retention, attention and calculation, evocation, language, and constructive ability) as well as the promotion and stimulation of autonomy, social interaction and the ensuing improving in mental health. I also tried to convey to the person with compromised cognition that it is possible to live with satisfaction and hope despite the limitations caused by the disease.

KEYWORDS: Cognitive Stimulation; Compromised Cognition; Dementia; Mild Cognitive Impairment; Psychiatric nursing.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

CIPE Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DCL - Déficit Cognitivo Ligeiro

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EC - Estimulação Cognitiva

FE - Funções Executivas

INE - Instituto Nacional de Estatística

MMSE - Mini-Mental State Examination

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

SIC – Segundo informação colhida

INDICE

INTRODUÇÃO	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. A PROBLEMÁTICA DA DOENÇA MENTAL	14
1.1 Défice Cognitivo Ligeiro	15
1.1.1 Cognição comprometida na pessoa com perturbação do uso álcool	17
1.2 Demência	18
2. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	21
3. REFERENCIAL DE ENFERMAGEM	25
3.1 O Modelo das Transições de Meleis	25
4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO	28
4.1 CONTEXTO DE AMBULATÓRIO	28
4.2 CONTEXTO DE INTERNAMENTO	35
5. AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	41
6. CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS E APÊNDICES	65
ANEXOS	66

ANEXO I - MMSE

ANEXO II - índice de Lawton-Brody

ANEXO III - Escala de Braden

ANEXO IV - Índice de Barthel

ANEXO V - Escala de Morse

APÊNDICES 81

APÊNDICE I - Cronograma

APÊNDICE II - Critérios de inclusão/exclusão

APÊNDICE III - Avaliação inicial A1, A2, A3 e A4

APÊNDICE IV - Questionário Sociodemográfico A1, A2, A3 e A4

APÊNDICE V - Mini-Mental State Examination (MMSE) A1, A2, A3 e A4

APÊNDICE VI - Índice de Lawton-Brody A1, A2, A3 e A4

APÊNDICE VII - Plano da Sessão EC Baralho de Cartas da Alimentação Saudável

APÊNDICE VIII - Plano da Sessão EC Cubos de Adesão terapêutica

APÊNDICE IX - Plano da Sessão EC Cubos de Estilos de Vida saudável

APÊNDICE X - Plano da Sessão EC Puzzle Corpo Humano

APÊNDICE XI - Plano da Sessão EC Quem sou eu?

APÊNDICE XII - Grelha de Observação A1, A2, A3 e A4

APÊNDICE XIII - Avaliação inicial B1, B2, B3, B4, B5 e B6

APÊNDICE XIV - MMSE Inicial (B1, B2, B3, B4, B5 e B6)

APÊNDICE XV - Escala de Braden (B1, B2, B3, B4, B5 e B6)

APÊNDICE XVI - Índice de Barthel (B1, B2, B3, B4, B5 e B6)

APÊNDICE XVII - Escala de Morse (B1, B2, B3, B4, B5 e B6)

APÊNDICE XVIII - Grelha de Observação (B1, B2, B3, B4, B5 e B6)

APÊNDICE XIX - Sessão 1: Tema: Orientação “Que dia é hoje?”

APÊNDICE XX - Sessão 2: Tema: Nomeação de objetos e Ordem dos dedos

APÊNDICE XXI - Sessão: 3 Tema: Diferenças e Criatividade

APÊNDICE XXII - Sessão: 4 Tema: Memorização de Palavras

APÊNDICE XXIII - Sessão: 5 Tema: Jogo da memória

APÊNDICE XXIV - Sessão: 6 Tema: Compreensão de ordens e Praxia Ideativa

APÊNDICE XXV - Sessão: 7 Tema: Comunicar através do corpo

APÊNDICE XXVI - Sessão: 8 Tema: Desenho livre

APÊNDICE XXVII - MMSE FINAL (B1, B2, B3, B4, B5 e B6)

APÊNDICE XXVIII - Reflexões

APÊNDICE XXIX - Estudo de Caso

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e no seguimento do projeto de estágio, previamente delineado subordinado ao tema: “Estimulação Cognitiva: Uma Intervenção com a Pessoa com Cognição Comprometida”.

Este relatório para além de espelhar o percurso efetuado no decorrer do estágio em dois contextos distintos: o comunitário realizado numa equipa comunitária, e o hospitalar realizado num serviço de internamento, ambos num Hospital de especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, é o testemunho das aprendizagens alcançadas e desenvolvidas ao longo do mesmo. Este trabalho tem como propósito apresentar os conhecimentos obtidos e aprofundados sobre a problemática da pessoa com cognição comprometida, bem como as intervenções de enfermagem de Estimulação Cognitiva (EC), como veículo promotor de qualidade de vida.

No decurso do estágio foram prestados cuidados de enfermagem especializados, individualizados e desenvolvidas atividades individuais e/ou em grupo que facultassem experiências, que permitissem ir de encontro aos objetivos definidos, nomeadamente: Estimular as funções cognitivas, providenciando conhecimento e estratégias que permitam o treino cognitivo e conseqüentemente potenciar a autonomia; Estimular a memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento desenvolvendo a plasticidade cerebral; Desenvolver o papel social e pessoal.

Paralelamente a este percurso de aprendizagem foi também possível a aquisição e desenvolvimento das quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) descritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2018).

A palavra cognição pode patentear diferentes definições. Segundo Gatens & Musto, (2011), citados por Yassuda & Abreu, (2006), a cognição pode ser entendida como “a capacidade de processar e agir sobre informação com atenção e julgamento”. Quando os constituintes da cognição (atenção, memória, orientação, julgamento, raciocínio, função executiva e resolução de problemas) estão incólumes mostra que as funções estão ativas.

Assim, é essencial a manutenção da cognição para a autonomia e funcionalidade da pessoa. A cognição é modificável, os estímulos cognitivos podem modificar a plasticidade e tarefas cognitivas. A pessoa com comprometimento cognitivo pode e deve ser capaz de ter um papel ativo na sociedade. Uma boa qualidade de vida não passa exclusivamente por fatores

biológicos, psicológicos e sociais isoladamente, mas também pela interação e adaptação ao meio. As alterações cognitivas podem acarretar incapacidades e limitações, défices na mobilidade, dificuldade ou incapacidade na tomada de decisão. Logo, existe uma menor participação na sociedade e, como consequência pode conduzir à solidão e diminuição dos laços familiares, o que poderá em última instância levar à institucionalização. Por estas e outras razões, é de sublim importância a promoção do envelhecimento ativo para a inserção do idoso e/ou da pessoa com comprometimento cognitivo no meio, na vida social (Sequeira, 2010).

É neste contexto que surge a EC como intervenção de Enfermagem, enquanto promotora da estimulação, da compensação e da promoção de competências cognitivas. São inúmeros os estudos que têm procurado quantificar os resultados obtidos pelas técnicas de EC (Bowie, Grossman, Gupta, Oyewumi & Harney, 2013; Vita et al, 2011), procurando assim uma validação inequívoca da sua eficácia, eficiência e/ou efetividade.

Para a concretização do estágio, a instituição e serviços de saúde foram escolhidos por proporcionarem excelentes contextos e possibilidades de materialização do projeto preconcebido, oferecendo assim, a hipótese de prestação de cuidados especializados e profícuos em oportunidades de aprendizagem. O estágio decorreu em dois contextos, internamento e comunitário, na região da Grande Lisboa. O primeiro desenrolou-se numa Área de Dia, integrada numa Instituição Psiquiátrica, direcionada para a desabilitação alcoólica, em específico num Grupo de Estimulação Cognitiva e o segundo num serviço de internamento de Especialidade de Psicogeriatría de uma Instituição Psiquiátrica. Assim, mediante os contextos de saúde mental onde foram desenvolvidas as intervenções, os participantes foram pessoas com perturbação do Uso de Álcool com Défices Cognitivos Ligeiro a frequentar o Grupo de Estimulação Cognitiva e pessoas com comprometimento cognitivo grave – Demência, internadas no Serviço de Psicogeriatría.

No primeiro capítulo, este relatório expõe o enquadramento teórico, contextualizando a problemática da doença mental, especificando o Défice Cognitivo Ligeiro, a Cognição comprometida na pessoa com perturbação do Uso do Álcool e a Demência e suas interligações. No capítulo seguinte, segundo, é apresentado o quadro teórico da Estimulação Cognitiva como intervenção não-farmacológica de enfermagem com a pessoa com comprometimento cognitivo numa perspetiva de minimizar, estimular, manter e/ou melhorar a sua performance cognitiva. O terceiro capítulo refere os contributos do modelo de enfermagem das transições de Meleis como suporte na compreensão da pessoa com comprometimento cognitivo, assim como auxiliar na condução das intervenções de EC. O quadro conceptual das Transições de Meleis encontra-se subjacente a todo o trabalho e ao

longo do estágio, pelo relevo que atribui aos enfermeiros pelo seu papel preponderante de acompanhamento, identificação das necessidades da pessoa como ser biopsicossocial, e intervenção ao longo deste processo de mudança. Posteriormente é exposto no capítulo quatro a implementação do projeto de estágio, onde será descrita a metodologia, caracterização dos locais de estágio, participantes, atividades desenvolvidas, instrumentos de intervenção e avaliação empregues, a descrição, análise e avaliação das intervenções desenvolvidas durante os diferentes momentos do estágio. De seguida será apresentado o capítulo quinto onde serão avaliadas as competências adquiridas que permitiram tanto o atingir dos objetivos propostos, assim como das competências específicas do EEESMP numa perspetiva de melhoria de prestação de cuidados especializados. Por fim, o sexto capítulo terá como intuito apresentar uma breve conclusão acerca de todo o processo.

Em suma, este relatório pretende evidenciar todo o processo de aprendizagem desenvolvido durante o estágio, especialmente através de intervenções de estimulação cognitiva com a pessoa com comprometimento cognitivo, obtendo-se assim uma análise e avaliação da eficácia destas intervenções implementadas para a melhoria da qualidade de vida.

A norma de referenciação bibliográfica neste trabalho foi baseada no Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa de 2020 (7ª edição da APA).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PROBLEMÁTICA DA DOENÇA MENTAL

O DSM-5 define a perturbação mental como “uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou noutras atividades importantes” (APA, 2014 p. 22).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001) define as perturbações mentais e comportamentais como “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento” (OMS 2001, p. 53). Definir Perturbação Mental como conceito universal não é fácil. Townsend (2011) refere que é difícil definir um conceito universal de doença mental devido aos fatores culturais que influenciam esta definição. Corroborando essa constatação a OMS (2001) menciona que “as perturbações mentais não são exclusivas deste ou daquele grupo especial; elas são verdadeiramente universais. Observam-se em pessoas de todas as regiões, de todos os países e de todas as sociedades. Estão presentes em mulheres e homens em todas as fases da vida” (OMS, 2001, p55).

A “doença mental grave” é uma conceção amplamente utilizada e remete-nos para uma condição crónica e debilitante. Estas condições não estão limitadas a diagnósticos específicos. Cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas: depressão (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), perturbação bipolar (2,4%) e demência (1,6%).

As estimativas atuais para o peso da doença mental apontam 21,2% dos anos vividos com incapacidade e 7,1% dos anos de vida ajustados à incapacidade. Admite-se ainda que os problemas de saúde mental sejam responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis (Comissão Nacional de Saúde (CNS), 2019).

Sequeira (2006) define estas condições como situações de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, acarretando para a pessoa doente a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (familiares, laborais e comunitários).

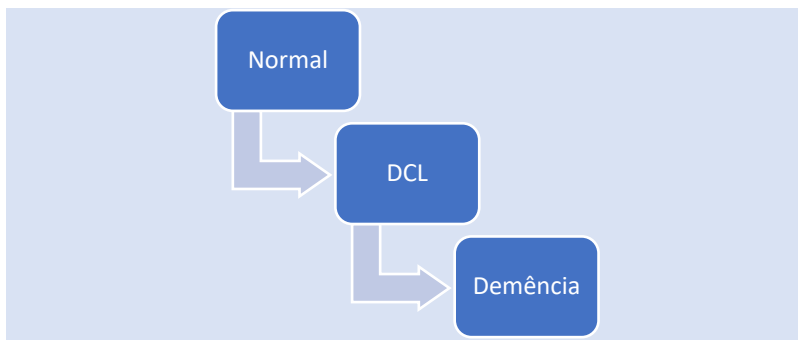
Assim sendo, a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das perturbações mentais são alicerces para a melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e da produtividade dos indivíduos, famílias, trabalhadores e comunidades, desenvolvendo deste modo a força e a resiliência da sociedade como um todo. As perturbações mentais são um dos maiores e mais importantes desafios da saúde pública. Os Problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade a nível global, logo implicam um grande encargo para as economias, impondo assim uma política de ação. Esta consciencialização progressiva do impacto das perturbações mentais na sociedade desafia-nos à criação de estratégias de intervenção. O comprometimento em diversos domínios, físico, intelectual, cognitivo e a carência de autonomia e muitas vezes de qualidade de vida, incita-nos como EEESM a intervir nessas dimensões afetadas, tendo em vista a estabilização/melhoria/estimulação pessoa com perturbação mental.

1.1 Défice Cognitivo Ligeiro

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) pode ser compreendido como uma fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em fase inicial (Petersen, 2004).

A pessoa com DCL tem maior probabilidade de desenvolver quadros demências em curtos espaços de tempo. Segundo alguns autores, entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano (Petersen 2004, cit. por Simon e Ribeiro, 2011), enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. A maioria dos indivíduos com DCL desenvolve demência em 3 a 6 anos (Troyer, Murphy, Anderson, Moscovitch & Craik, 2008). Os idosos com DCL amnésico parecem evoluir mais frequentemente para Demência de Alzheimer. Podemos assim verificar a relevância de intervir precocemente junto dos idosos saudáveis e pessoas com DCL, por forma a prevenir ou retardar a evolução para quadros demenciais.

Podemos então considerar que o DCL, ou o Comprometimento Cognitivo Ligeiro é um estado patológico que delimita o fim dos défices cognitivos presumidos para o envelhecimento e o início de um estágio inicial de demência. Isto é, o indivíduo exibe um desempenho cognitivo abaixo do esperado para a sua idade e escolaridade, mas ainda não reúne critérios para ser diagnosticado com demência. Se considerarmos um contínuo cognitivo, o DCL está situado entre as mudanças cognitivas do envelhecimento normal e a fase inicial de demência, sendo que esta evolução pode apresentar períodos de sobreposição, devido à dificuldade associada a este diagnóstico, uma vez que as alterações/queixas cognitivas podem ser muito ténues.



Esquema 1: Contínuo cognitivo mostrando a sobreposição no limite entre envelhecimento normal, DCL e demência (adaptado de Petersen, 2004).

Apesar de início sutil, o DCL tem critérios de diagnóstico definidos, sendo eles, segundo Petersen (2004, p.189):

- “Queixa de déficit de memória por parte do indivíduo, sendo esta corroborada por um informante;
- Déficit objetivo de memória para a idade do indivíduo (mediante avaliação neuropsicológica);
- Preservação das restantes funções cognitivas;
- Preservação da autonomia nas atividades de vida diária;
- Não ter critérios diagnósticos de demência.”

O padrão do indivíduo com DCL, é aquele que relata déficit de memória, mas mantém a normalidade das restantes funções cognitivas. No entanto, devido à heterogeneidade deste conceito, atualmente, aceitam-se como subtipos de DCL (Ghetu, Bordelon, & Langan, 2010):

- DCL amnésico: a principal manifestação é o déficit objetivo de memória, para a idade e nível de escolaridade, mantendo-se a pessoa sem outras queixas cognitivas ou funcionais e sem critérios para ser considerado com demência.
- DCL multidomínios: indivíduos com défices nos domínios cognitivos e funcionais com déficit de memória (DCL multidomínios amnésico) ou sem déficit de memória (DCL multidomínios não amnésico).
- DCL monodomínio não amnésico: o indivíduo exibe um único déficit no seu desempenho cognitivo ou funcional que não a memória.

Apesar de ainda não existir um tratamento farmacológico considerado eficaz para o DCL, as suas consequências podem ser controladas. A abordagem a esta problemática, deverá contemplar uma vertente farmacológica, com ênfase nos sintomas expressos, com recurso a fármacos específicos, e uma abordagem cognitiva, através da intervenção na cognição.

Assim sendo, é essencial desenvolver e implementar intervenções de estimulação cognitiva desenvolvidas, especialmente por EEESMP, que procurem informar e capacitar a pessoa com DCL e suas famílias/cuidadores com estratégias que possibilitem a sua adaptação às dificuldades cotidianas e que promovam qualidade de vida para todos.

1.1.1 Cognição comprometida com a pessoa com perturbação do uso álcool

As funções cognitivas são especialmente relevantes nas atividades da vida diária, isto é, no desempenho do dia a dia da pessoa (Irwin, Leveritt, Shum & Desbrow, 2013).

As funções cognitivas são influenciadas por vários fatores, em que o consumo de álcool, é um dos fatores implicados no comprometimento cognitivo (Irwin, et al, 2013).

No passado acreditava-se que, somente o uso prolongado e crônico de álcool interferia nas funções cognitivas. No entanto, hoje existe evidência que os défices cognitivos surgem mesmo em adolescentes com padrão de ‘binge drinking’ ou em consumos já nocivos (Blume, Schmaling & Alan, 2005).

As funções cognitivas mais atingidas estão estreitamente relacionadas com as modificações neuroanatômicas e neurofisiológicas, que se confirmam nos dependentes de álcool. Inúmeros estudos mostram que, nas pessoas com dependência de álcool, as funções cognitivas que apresentam comprometimento são: funções executivas, capacidades visuais-espaciais, atenção, memória de trabalho, aprendizagem, memória, fluência verbal e velocidade de processamento (Stavro, Pelletier & Potvin, (2013); Kopera, et al. (2012); Giancola, 2007; Sullivan, et al. (2005). Alguns autores referem ainda que, os défices nas funções cognitivas correlacionam-se com a difícil participação no tratamento em dependentes de álcool (Kopera, et al. (2012); Smith, et al. (2006). É também mencionado que, este grupo, com défices, não retira os benefícios nos programas de tratamento, pois apresentam dificuldades em incorporar e compreender a nova informação, fruto dos défices de atenção (Smith, et al. (2012). Assim sendo, há uma redução da eficácia da intervenção psicoterapêutica, logo pouco sucesso terapêutico. Os défices cognitivos, poderão ser preditores de recaídas (Kopera, et al., 2012). Assim, Kopera, et al. (2012) ao apurarem os fatos citados, propõem que a avaliação e EC, em dependentes alcoólicos, pode beneficiar a intervenção terapêutica, e sua eficácia.

Diversos estudos referem que os défices se mantêm, mesmo após um longo período de abstinência (Kopera, et al., 2012); Sassoon, et al, 2012). A recuperação que pode acontecer em abstinência de longo-termo ainda subsiste incerta. Kopera, et al., (2012) e Sassoon, et al, (2012) propõem que os défices na capacidade visual-espacial, flexibilidade mental, pensamento abstrato e memória a curto-prazo, podem persistir mesmo após um longo período

de abstinência. Existem estudos que apontam para um restabelecimento parcial, após um mês e até um ano, de abstinência, de algumas funções cognitivas, mas outras permanecem em déficit, como é o caso das capacidades Visio-espaciais (Stavro et al, 2013; Kopera, et al, 2012).

Kopera, et al. (2012) mencionam que a pessoa com alcoolismo apresenta défices, especialmente na memória a curto-prazo, assim como, na memória episódica, tanto na fase de codificação, como na de armazenamento da informação. A memória episódica, ou autobiográfica, é uma memória de longo-termo, está ligada ao sistema que possibilita a recordação, consciente, de acontecimentos e situações pessoais e relaciona-os no espaço e no tempo (Noël et al, 2012; Almeida, 2019).

As Funções Executivas (FE) definem-se como as capacidades cognitivas, necessárias, para o planeamento, início e regulação de um comportamento, para a obtenção de um objetivo (Thush et al, 2008; Giancola, 2007). Envolve várias competências como: a inibição, mudança e adaptação do comportamento. As FE têm um papel preponderante neste tipo de memória, pois ajudam na codificação e recordação da informação, “através da manutenção de uma sequência e da integração de diversos tipos de informação (fatos, temporais, espaciais). Assim, torna-se possível a representação significativa da informação (Noël et al, 2012).

O consumo crónico de álcool pode conduzir a uma amnésia, particularmente ao nível da memória episódica, em casos mais extremos deste consumo, como a Síndrome de Wernike-Korsakoff (Almeida, 2019; Mello, et al, 2001; Habib, 2000).

Na pessoa com perturbação do Uso de Álcool, as FE apresentam défices, como foi demonstrado em vários estudos (Lyvers, et al, 2010; Cunha, et al, 2010; Verdejo, et al, 2007). Utilizando instrumentos, apropriados para a avaliação das FE, como é o caso do teste de Stroop, Torre de Londres e o teste de classificação de cartões de Wisconsin (WCST), certifica-se, na pessoa com dependência de álcool, défices em tarefas que envolvem a fluência verbal, memória de trabalho, planeamento, inibição, flexibilidade cognitiva e tomada de decisão (Verdejo-García & Pérez-García, 2008).

1.2 Demência

Os estudos demográficos indicam que Portugal está a vivenciar profundas transformações populacionais, associadas à inversão da pirâmide etária. É extraordinário o crescente envelhecimento populacional, resultado do aumento da esperança média devida e da diminuição da natalidade e fecundidade (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017).

De acordo com os dados do INE (2017) o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080.

Constata-se um duplo envelhecimento da população, isto é, o número de jovens está a diminuir, assim como o número de pessoas com idades entre os 15 e os 64 anos, logo está a aumentar os efetivos populacionais idosos.

O envelhecimento populacional associado à redução da taxa de natalidade e fertilidade transformam a demência num problema de saúde pública e num dos maiores problemas de saúde do século XXI. (Pereira, 2011)

A demência surge no topo da lista das doenças mentais que mais provocam incapacidade para atividades produtivas e psicossociais, igualando-se à depressão, dependência do álcool, esquizofrenia e doença bipolar. (Direção Geral de Saúde, (DGS), 2013)

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011), a prevalência de défices cognitivos na população portuguesa foi de 12,3% e a demência afetou 2,7% entre os 55 e os 79 anos, sendo a Doença de Alzheimer a mais prevalente.

Cancela (2007, p. 2) declara “o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial”, o que torna difícil assegurar a data do início desta etapa de vida, pois cada pessoa é única e está dependente do nível biopsicossocial de cada um. O processo de envelhecimento é parte da evolução natural do ciclo de vida, terminando com a morte.

Ao longo da vida a pessoa vivencia alterações, levando a uma transformação das suas capacidades. Até à última fase da vida, a pessoa é detentora de todas as suas capacidades funcionais preservadas e está apta para encarar o quotidiano, mas com o envelhecimento é visível o comprometimento das sensações e perceções, da capacidade física e da capacidade intelectual. (Cancela, 2007)

Cancela (2007) refere que o envelhecimento traduz modificações não só fisiológicas, mas também mentais, o que implica que a capacidade de preservar o equilíbrio homeostático vá diminuindo e as funções vitais e a reserva funcional decaíam. O idoso tem a habilidade de adaptar-se e em condições normais resiste adequadamente, no entanto, quando exposto a eventos stressantes tende a apresentar dificuldades e sobrecarga funcional, que conduzirão a processos patológicos.

As funções mentais e cognitivas são de extrema importância na autonomia da pessoa idosa. Segundo Cancela (2007) o desempenho intelectual alcança o seu expoente aos 30 anos de idade, mantendo-se estável até aos 50-60 anos, e após esta idade começa a decrescer. Aos 70

anos, o declínio cognitivo aumenta significativamente, no entanto, não é linear para todos os indivíduos, pois depende de fatores como a saúde, educação, personalidade, performance mental anterior, entre outros (Fechine & Trompieri, 2012).

São várias as consequências observadas no cotidiano da pessoa idosa que vivencia os desafios do envelhecimento normal a nível intelectual, nomeadamente: a) A capacidade de compreender mensagens longas e complexas e a de reproduzir nomes e termos específicos fica diminuída, assim como, o diálogo torna-se repetitivo; b) Dificuldade em tarefas que requerem raciocínio, análise lógica e material abstrato. Tarefas que envolvam planejar, executar e avaliar sequências complexas tornam-se mais lentas; c) A acuidade visual é comprometida, em relação ao espaço, o reconhecimento de lugares e caras familiares; d) Apesar da capacidade de manter a atenção num determinado ponto se mantenha, apresentam dificuldade em selecionar a informação e em repartirem a atenção por várias tarefas. (Spar & La Rue, 2005, citado por Cancela, 2007)

Os quadros demenciais mais comuns são: demência de Alzheimer que se caracteriza por uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo, de carácter degenerativo, com início indeterminado num período da vida adulta, e que conduz à destruição das redes neurais (Sequeira, 2010; Barreto, 2005) e a demência vascular definida por um conjunto heterogéneo de perturbações, de etiologia vascular e que provocam uma síndrome demencial de difícil definição e avaliação, que surge como consequência de lesões cerebrais de origem isquémica e ou hemorrágica. Na Demência Alcoólica como o próprio nome sugere, trata-se de uma Demência provocada pelo consumo excessivo de álcool. Afeta a memória, aprendizagem e outras funções mentais. A síndrome de Korsakoff e a síndrome de Wernicke-Korsakoff são formas particulares de lesões cerebrais provocadas pelo consumo excessivo de álcool e que podem estar relacionadas com a Demência Alcoólica. A síndrome de Korsakoff corresponde a um quadro amnésico de instalação subaguda, desorientação alopsíquica, ausência de crítica, dificuldade em manter uma atividade mental assim como uma baixa capacidade para mudar a atenção de uma tarefa ou curso de pensamento, apatia e confabulações. A memória recente está afetada, gerando dificuldade e incapacidade na aprendizagem (Rigoni, Susin, Trentini & Oliveira, (2013); Valente, 2015). A demência alcoólica caracteriza-se por uma deterioração cognitiva com prejuízo da memória recente, aprendizagem, da organização visual e espacial, apraxia e agnosia (APA, 2014; Valente, 2015).

2. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Entender a Estimulação cognitiva como intervenção de Enfermagem é imprescindível. Esta abarca a prática reiterada de exercícios cognitivos específicos, de aptidões básicas, que são indispensáveis para o desempenho das funções cognitivas mais complexas. Como em qualquer processo de aprendizagem, esta prática deve ser organizada segundo um grau de dificuldade e as competências treinadas repetidamente em cada nível de treino. A EC deve ser concretizada num contexto real e diário da pessoa com comprometimento cognitivo, produzindo as aprendizagens através de rotinas e competências aprendidas ao longo da vida. Assim o que é treinado torna-se pertinente para a vida prática da pessoa, podendo melhorar a sua funcionalidade. (Oliveira, 2007; Nunes, 2009)

Muito embora, na nossa sociedade o tratamento das demências seja fundamentalmente farmacológico, vários são os estudos que mostram os benefícios da estimulação cognitiva como terapêutica coadjuvante. No entanto, as realidades dos serviços de saúde pública revelam que existe pouco investimento nesta técnica. Apesar dos gastos crescentes que a demência acarreta, não se entende que a EC seja vista como um luxo e esteja disponível apenas a uma minoria de utentes. Ainda que os benefícios sejam díspares entre indivíduos, mesmo que ligeiros, são relevantes numa doença tão destruidora e que apresenta tantas transformações na vida dos indivíduos. (Oliveira, 2007; Nunes, 2009)

O uso de intervenções de EC através da avaliação da memória, mais concretamente o efeito das chamadas “oficinas de memória” têm um desempenho mnemónico, por meio de testes de avaliação psicológica precisos e específicos para a memória, que nos ajudam a quantificar e avaliar o grau de desempenho da pessoa e particularmente nos idosos em atividades específicas. Assim, é indispensável o uso dos métodos terapêuticos para conhecer o grau de défices em que se encontram estas pessoas, pois o constante aumento é considerável o que representa uma baixa qualidade de vida (Souza & Chaves, 2005).

Segundo Knapp, et al, (2013) as funções executivas estão distribuídas em quatro grandes categorias de competências:

Estimulação Cognitiva: refere-se às funções executivas, são as habilidades cognitivas necessárias para controlar e regular nossos pensamentos, emoções e ações. Alguns autores fazem uma diferenciação entre o componente "frio" das funções executivas, que implica estritamente as habilidades cognitivas (por exemplo, a capacidade de fazer cálculos apenas com a mente), e o componente "quente", que traduz a capacidade de regular as emoções, por exemplo, a capacidade de controlar a raiva. De referir ainda que, as habilidades relacionadas às funções executivas são extraordinariamente importantes para o desenvolvimento, pois as

diferenças iniciais nas funções executivas preveem a médio, longo prazo resultados consideráveis no desenvolvimento, incluindo o desempenho escolar, os comportamentos relativos à saúde e o ajustamento social

O autocontrolo: é a aptidão de resistir a uma tentação para poder fazer aquilo que é certo. Essa aptidão ajuda a pessoa a prestar atenção, agir com menos impulsividade e a conservar a concentração numa determinada tarefa.

A memória de trabalho: é a capacidade de conservar as informações na mente, onde elas podem ser manipuladas. Esta capacidade é necessária para realizar tarefas cognitivas, tais como estabelecer uma relação entre dois assuntos, fazer cálculos apenas com a mente e estabelecer uma ordem de prioridades entre várias tarefas.

A flexibilidade cognitiva: é a aptidão de usar o pensamento criativo e ajustes flexíveis para se ajustar às mudanças. Esta aptidão auxilia a pessoa a empregar sua imaginação e criatividade para resolver problemas.

Para dar início, a um qualquer tipo de intervenções de EC é essencial avaliar o perfil cognitivo da pessoa, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas. As intervenções devem ser ajustadas ao nível intelectual e cultural da pessoa e devem ser inclusivos, abrangendo aspetos como a adaptação ao meio ambiente, as interações sociais, o apoio à família/cuidadores, entre outros. Um programa de EC compreende um conjunto de estratégias e exercícios que objetivem o potenciar das diferentes áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo, geralmente realizados num determinado período, procurando alcançar os objetivos a que propuseram. Autores como, Claire & Woods, (2004) constroem uma distinção entre os diferentes tipos de programas de intervenção na cognição, podendo ser: A) de estimulação cognitiva; B) de treino cognitivo; e, C) de reabilitação cognitiva.

A) Os programas de EC comportam a estimulação cognitiva geral e abordagens de orientação para a realidade, aglomerando uma série de atividades e discussões em grupo que pretendem obter uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos (Claire, et al, 2004). Estes programas não se focam em funções específicas, mas visam estimular a cognição como um todo.

B) Os programas de treino cognitivo usualmente envolvem a prática guiada num conjunto de tarefas específicas, que têm como objetivo intervir em funções cognitivas concretas, como a memória, a atenção, a linguagem ou a função executiva. Estes programas baseiam-se na premissa de que a prática regular de determinadas funções cognitivas pode ajudar a melhorar ou manter essa função, independentemente do contexto da formação imediata (Claire, et al, 2004). O treino cognitivo pode ser efetuado de forma individual ou em grupo, incluindo

sempre a família/cuidadores. Dentro dos programas de treino cognitivo podemos abranger os programas de reabilitação da memória. Estes visam melhorar o desempenho da pessoa através de técnicas ou estratégias específicas e não em modificar a capacidade de memorização do idoso. Os processos de reabilitação da memória que podem ser utilizados são variados; um dos mais utilizados trabalha com a modalidade da memória que se mantém intacta, para compensar a modalidade que está comprometida; outros têm como objetivo trabalhar as capacidades residuais da modalidade de memória comprometida. Nestes programas, o enfoque prioritário deve ser a memória a curto prazo e a memória autobiográfica, estes tipos de memória só terão benefícios com exercícios de estimulação diários. A estimulação da memória acarreta então o progresso de habilidades e estratégias específicas, que raramente são utilizadas de forma espontânea, necessitando de treino. O objetivo do treino de habilidades é melhorar o desempenho diário e, com os idosos, não só é imprescindível treinar essas novas técnicas, mas também mostrar-lhes que estas produzem resultados positivos para o seu desempenho, daí a importância da inclusão de sessões de treino de estratégias nos programas de estimulação da memória.

C) Os programas de reabilitação cognitiva baseiam-se numa abordagem biopsicossocial e têm como objetivo auxiliar a pessoa a adquirir ou manter um nível de excelência no funcionamento físico, psicológico e social, na situação dos défices específicos resultantes de doença ou lesão, facilitando a participação da pessoa em atividades significativas e valorizando a manutenção dos papéis sociais (Claire, et al, 2004). Esta abordagem assenta no desenvolvimento de tarefas que sejam significativas para o quotidiano da pessoa e da sua família.

Os benefícios das intervenções de EC mais abrangentes nos indivíduos comprometimento cognitivo (Demência e DCL), já foram amplamente descritos. No entanto, ainda subsiste alguma controvérsia sobre a duração ideal, sobre quais as intervenções mais eficazes e sobre a duração dos seus efeitos. É certo que os seus benefícios contribuem para uma melhoria da qualidade de vida da pessoa e da família/cuidadores, isto porque o treino de estratégias adaptativas e das funções cognitivas aumentam a autonomia da pessoa e melhoram o seu desempenho nas tarefas diárias, assim como o humor, a autoestima e a interação social. De acordo com estes resultados positivos, considerando a prevalência das demências e DCL e o impacto dos défices em múltiplos domínios do funcionamento biopsicossocial, a ausência de abordagens farmacológicas eficazes e cirúrgicas curativas e a inexistência de programas preventivos, as abordagens reabilitativas de Estimulação Cognitiva constituem um papel fundamental no cuidado de saúde destas pessoas (Santos, Moura & Haase, 2008).

Assim, o papel do enfermeiro como promotor de intervenções de EC torna-se evidente e

primordial para o alcançar de cuidados de saúde de excelência, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas pelo comprometimento cognitivo.

3. REFERENCIAL DE ENFERMAGEM

Os modelos e teorias de enfermagem elucidam acerca de um conjunto de proposições, intrínsecos às diferentes situações dos cuidados de enfermagem, capazes de orientar a prática, melhorando-a e sustentando-a (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). As teorias de enfermagem são fundamentais para guiarem os enfermeiros nos papéis de educador, pesquisador e assistencial, e também, para fortalecer a íntima relação entre esses múltiplos papéis (Santos, Oliveira & Pagliuca, 2004).

Objetivando a problemática abordada e as intervenções de enfermagem desenvolvidas de EC, diversos referenciais teóricos podem auxiliar os cuidados de enfermagem prestados, uma vez que não existe nenhuma teoria que reflecta de modo absoluto todas as situações que podem ser vivenciadas na prática clínica.

Assim, recorri ao modelo das Transições de Alaf Meleis por considerar que era aquele que mais se adequava nestes contextos, organizando, suportando e conduzindo a prática de enfermagem aos resultados pretendidos.

3.1 O Modelo das Transições de Meleis

“O desafio para os enfermeiros, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.” (Petronilho, p. 216, 2007). A teoria de Enfermagem de médio alcance de Meleis assenta num modelo focalizado nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Determinados aspetos da vida da pessoa são afetados mais do que outros pela transição de uma certa experiência e, a extensão e intensidade desta influência pode variar ao longo do tempo (Meleis, 2012). Cada transição caracteriza-se pela sua singularidade, complexidade própria e múltiplas dimensões. Meleis, (2012) define transição como, uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo determinado por uma mudança. As transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem. Assim sendo, o conceito de transição pode ser definido como o desenvolvimento ao longo da vida da pessoa, no qual ocorrem eventos marcantes, e como os eventos de vida geram desequilíbrio entre dois períodos. A extensão e a intensidade desta influência transacional alteram-se ao longo do tempo, afetando de maneira diferente a pessoa que experiencia um mesmo evento. Segundo a mesma autora, pode-se considerar que a vida em si constitui uma

transição, mas podemos identificar quatro tipos de transições nas quais os enfermeiros tendem a estar envolvidos. Nomeadamente, as desenvolvimentais, as situacionais, as de saúde/doença e as organizacionais.

Durante o processo de transição podem ocorrer determinados padrões de resposta. Estes podem ser desorientação; mudanças no autoconceito; angústia; mudanças no papel que desempenha; irritabilidade; mudanças na autoestima; ansiedade; depressão (Meleis, 2010). Como fatores facilitadores ou que dificultam o processo de transição, Meleis destaca os conhecimentos, as crenças e atitudes, o status sócio económico, e os recursos sociais/comunitários.

Relativamente às transições saúde/doença, o seu impacto ao nível individual e familiar tem sido muito estudado. Segundo a autora, no que concerne à categoria saúde/doença, esta inclui: as transições onde surgem mudanças repentinas de papéis que advêm da mudança de bem-estar para um estado de doença; mudanças de papéis graduais (distinta da anterior porque permite tempo para uma incorporação gradual de comportamentos e sentimentos do novo papel); mudanças de papéis de doença para saúde; mudanças repentinas ou graduais de papéis de saúde para doenças crónica, reabilitação, transição de hospitais psiquiátricos para a comunidade entre outros (Meleis, 2010). No que se refere às condições facilitadoras ou que dificultam a transição, estas podem ser pessoais, da comunidade e da sociedade. Para que se alcance um processo de transição saudável e numa perspetiva para a prática de Enfermagem mais humanizada, científica, numa visão holística o enfermeiro deve ser um profundo conhecedor do crescimento e desenvolvimento da pessoa e da família ao longo do seu ciclo vital, tendo consciência da complexidade e adaptação aos momentos importantes de vida e que geram instabilidade.

Os enfermeiros têm o privilégio de acompanhar as necessidades psicológicas e sociais da pessoa durante períodos em que sucedem as transições de papéis e para desenvolver as intervenções necessárias para os ajudar neste processo de mudança. Cada ponto crítico impõe ao enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para a pessoa.

O envelhecimento e os processos de doença crónica são circunstâncias de transição na vida da pessoa que, inevitavelmente, levam ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando-as, progressivamente, dependentes de terceiros.

Enquadrando a temática abordada, segundo a teoria das Transições de Afaf Meleis, depreende-se que estas pessoas com DCL e Demência enfrentam um período de transição moderado a grave a todos os níveis: desenvolvimental, situacional, de saúde e doença e a organizacional. Estas pessoas, confrontam-se com o processo de envelhecimento, vivenciando

um diagnóstico de doença mental grave, crónica com repercussões tanto a nível físico, emocional como cognitivo. A nível organizacional, na maioria das vezes são confrontadas com internamentos, pois possuem ausência parcial/total de discernimento para a sua condição de saúde/doença. A sua situação de vida é totalmente alterada, arriscando-se a passarem a ter um papel totalmente dependente de terceiros.

Em meu entender e à luz da Teoria das Transições, as intervenções terapêuticas de enfermagem, onde se inclui a EC, podem ser compreendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. A EC deve oferecer conhecimento e capacidade àqueles que vivenciam o processo de Transição, desencadeando respostas positivas às transições, eficientes, por forma a restabelecer a sensação de bem-estar. Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional, valorizam a pessoa, já que os cuidados prestados estão associados ao desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento pessoal.

4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

4.1. Contexto de ambulatório

O estágio em contexto de ambulatório foi realizado num Hospital Psiquiátrico, numa Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoólica, especificamente na Área de Dia, e que decorreu entre 23 setembro 2020 a 29 janeiro 2021, apresentado em Cronograma. (APÊNDICE I).

Esta unidade foi criada em maio de 2005, reservada a utentes com Síndrome de Dependência Alcoólica, de ambos os sexos. Apresenta como critérios de exclusão comorbilidades graves, nomeadamente, défices cognitivos muito acentuados e presença de atividade delirante, sendo indispensável já ter ocorrido a cessação dos consumos de bebidas alcoólicas há pelo menos três semanas e de outras substâncias psicoativas, para ser integrado no programa. Inicialmente é avaliada a motivação para o tratamento, assim como as necessidades de cada utente, com o objetivo de realizar um plano terapêutico diferenciado, suportado por uma bateria de testes.

A Área Dia tem como objetivos “motivar o utente, proporcionando conhecimentos acerca da doença e suas vulnerabilidades; garantir um espaço de partilha de vivências, história de vida e recomeço; reconhecer dificuldades interpessoais, promovendo o reforço positivo da vinculação; aceder e expressar sentimentos; fomentar a capacidade de mudança comportamental; promover um estilo de vida saudável; redefinir um projeto de vida; promover a autonomia e criação e expansão da rede social” (Ferreira & Moutinho, p.54, 2013).

A Área Dia tem um horário semanal (de segunda-feira a sexta-feira), das 9h às 16h, com a duração aproximada de 3 meses, sendo este período variável em função da evolução do utente, no entanto, face aos constrangimentos devido à pandemia COVID-19, o horário de funcionamento é ajustado consoante as restrições impostas pela instituição. Todas as atividades terapêuticas são realizadas em grupo, com exceção das consultas individuais. A intervenção em grupo facilita a consciência da doença e incita a mudanças na forma de pensar o problema, através da partilha da experiência de vida dos outros elementos, minorando frequentemente a resistência de cada um (Cruz et al., 1999). O plano terapêutico inclui “atividades como terapia de grupo, treino de competências sociais, grupo de prevenção de recaídas, atividades lúdicas, relaxamento; psicoeducação; grupo de estilos de vida saudáveis, grupo dos relacionamentos; grupo multifamiliar, grupo de estimulação cognitiva, consulta de psiquiatria, consulta de psicologia, terapia de casal, terapia familiar, *atelier* de emprego, entre

outras” (Ferreira et al, 2013). Este projeto terapêutico abrange uma equipa multidisciplinar constituída por Enfermeiro, Psicólogos, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatras e Assistente Social.

Ao iniciar o período de estágio, a Enfermeira orientadora sugeriu a minha integração no Grupo de Estimulação Cognitiva. Este Grupo era constituído apenas por quatro utentes, devido às restrições impostas pela instituição inerentes à pandemia Covid-19. Estes utentes preenchiam os critérios de inclusão/exclusão (APÊNDICE II) definidos em projeto.

Após a integração no Grupo e na equipa multidisciplinar e depois de ter apresentado o meu projeto à enfermeira orientadora e procedido a ajustes necessários à realidade encontrada, comecei por fazer individualmente, uma avaliação inicial aos quatro utentes (identificados como: A1, A2, A3 e A4) (APÊNDICE III) recorrendo a entrevistas individuais. Esta avaliação teve como foco o universo experiencial da pessoa e, ao mesmo tempo proporcionar uma ocasião formal para a pessoa contar a história dos acontecimentos recentes e a forma como estes estão enraizados na sua história de vida, permitindo assim, encetar uma relação de ajuda que em meu entender se reveste de um interesse crucial, uma vez que vai gerar o ambiente da relação. O meu objetivo ao realizar estas avaliações foi adquirir uma visão global da pessoa, conhecer a sua história de vida, as suas capacidades, as suas dificuldades e conflitos a ultrapassar ou para lidar com elas. Utilizei ainda como forma de avaliação da população alvo das intervenções três instrumentos de avaliação: questionário Sociodemográfico (APÊNDICE IV), desenvolvido expressamente para o efeito; Mini-Mental State Examination inicial (MMSE) (ANEXO I) (APÊNDICE V); Índice de Lawton-Brody) (ANEXO II) (APÊNDICE VI). Após as entrevistas os quatro elementos do grupo, duas mulheres e dois homens foram o alvo das minhas intervenções, pois correspondiam critérios previamente definidos, apresentarem DCL.

Considerando as necessidades identificadas no grupo, foi dada primazia aos diagnósticos CIPE: Cognição - Processo de pensamento comprometido; Memória - memória comprometida; Interação social – Comprometida; Abuso de álcool – risco de uso álcool; Adesão ao regime terapêutico comprometido; uma vez que as intervenções subjacentes recaem em grande medida nas intervenções delineadas no projeto de estágio “Estimulação Cognitiva: Uma Intervenção com a Pessoa com Cognição Comprometida”.

As intervenções desenvolvidas no decorrer do estágio incidiram

- Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação;
- Planear/oferecer escuta ativa → através das entrevistas empregar escuta atenta orientada para o problema permitindo a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, a focalização na interação, e receção da mensagem;

- Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.
- Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar o expressar de sentimentos;
- Gerir ambiente → proporcionar um ambiente calmo, seguro e confortável;
- Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- Promover a interação;
- Estimular a autonomia;
- Estimular o papel social e pessoal;
- Incentivar participação nas atividades propostas;
- Exercitar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva através de estimulação cognitiva;
- Estimular a plasticidade cerebral;
- Avaliar défices cognitivos → Aplicação de Escala MMSE no início das intervenções de EC e no final.

Estas intervenções foram desenvolvidas durante entrevistas não estruturadas e intervenções de EC. Irei descrever, de seguida, o desenrolar das intervenções de EC e Avaliação das mesmas, uma vez que foram o foco da minha intervenção.

Desenvolvimento das intervenções de EC e análise dos resultados:

Foram realizadas 5 sessões de EC, após ter desenvolvido o respetivo Plano da Sessão (APÊNDICE VII; VIII; IX; X; e XI). As intervenções contemplaram duas fases distintas, a primeira parte da atividade recaía na EC (memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento) e a segunda parte trabalhava a vertente de psicoeducação, com ênfase na adesão ao tratamento (motivação para a abstinência do uso de álcool, adesão à terapêutica) estilos de vida saudável (alimentação, sono, exercício físico, ocupação de tempos livres).

Como objetivos gerais das sessões (duração de 50 minutos) foram definidos:

- Identificar aspetos positivos e negativos do comportamento;
- Apoiar o processo de mudança;
- Estimular as funções cognitivas, providenciando conhecimento e estratégias que permitam o treino cognitivo e conseqüentemente potenciar a autonomia;

- Estimular a memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento;
- Informar sobre o comprometimento cognitivo;
- Ensinar e treinar estratégias de compensação de memória;
- Promover a interação social entre os participantes do grupo.

Para o desenvolvimento das cinco sessões, (que teve por base o tempo disponível de estágio e o horário do Grupo de EC da Área de Dia) foi elaborado um plano individual onde se enunciam os objetivos terapêuticos específicos, as técnicas e estratégias a desenvolver, os recursos requeridos (material pedagógico e outro) e, os tempos acordados, entre outros elementos.

Foram criados instrumentos com recurso a materiais especificamente concebidos para o efeito – Baralho de Cartas da Alimentação Saudável (APÊNDICE VII); Cubos de Adesão terapêutica (APÊNDICE VIII) e de Estilos de Vida saudável (APÊNDICE IX); Puzzle Corpo Humano (APÊNDICE X); Quem sou eu? (APÊNDICE XI);

Como método de avaliação recorri a uma Grelha de Observação (APÊNDICE XII), desenvolvida especificamente para o efeito, que pretende avaliar dimensões como: Atividade Motora, Nível Emocional, Atividades Cognitivas, Atenção/Contato; Relacionamento e Estratégias. Ao longo das sessões foram sempre abordados os resultados alcançados, dificuldades, estratégias que iam sendo observados.

No final do conjunto das sessões estava planeado repetir as Escalas de Avaliação, mas devido às contingências inerentes à pandemia com que éramos confrontados na altura, o serviço (Área de Dia) foi encerrado, no entanto, considero que os objetivos delineados foram alcançados, pois o retorno dado pelos utentes e pela orientadora de estágio, ao longo das atividades foi sempre bastante positivo.

Irei narrar a apreciação geral do conjunto das sessões de EC desenvolvidas com os quatro utentes. Começo por destacar a motivação, empenho e algumas estratégias empregues pela totalidade dos utentes em todas as sessões, testemunhos como “gosto destas atividades (...) faz-me pensar”, “a ver se tenho mais cuidado com o meu corpo, beber estragou aqui a máquina...”, “ter consciência dos erros que cometemos com o nosso corpo é muito importante...” ;“às vezes aqueles exercícios de sopa de letras não têm um tema que seja importante... aqui estes exercícios tem mais conteúdo...acompanhado da informação que a Enfermeira nos fornece e obriga-nos a refletir acerca dos nossos comportamentos...”(sic) contribuíram para certificar-me que as intervenções foram adequadas e corresponderam às expectativas dos utentes contribuindo para a sua saúde mental e conseqüentemente deixaram-me realizada face à minha prestação.

As Sessões desenvolvidas foram:

Sessão I - Intervenção Baralho Cartas Alimentação Saudável (APÊNDICE VII; (APÊNDICE XII)

Nesta atividade foi pedido para colocar o Baralho de cartas com a face dos alimentos virado para baixo e pediu-se para encontrar o par correspondente, virando duas cartas de cada vez. No final, é aberta a discussão acerca de Alimentação Saudável.

Utilizando como suporte a Grelha de Avaliação, preenchida em todas as sessões a cada utente, destaco: como se tratava duma intervenção que visava em especial a capacidade de memória, concentração e velocidade de processamento, no geral todos os utentes tiveram uma prestação que denotou algumas dificuldades, melhorando à medida que o exercício se desenrolava. Dois dos elementos conseguiram desenvolver estratégias que facilitaram encontrar o par da carta. A nível emocional, inicialmente demonstraram alguma ansiedade dissipando-se à medida que o exercício decorria. Na segunda parte da sessão de componente psicoeducativa, alusiva a temática “Alimentação Saudável” os níveis de motivação, disponibilidade e interação comigo e pares foi bastante satisfatória na totalidade do grupo. Considero que foi um momento bastante valioso tanto para mim como para os utentes, como enfermeira tenho a responsabilidade de encontrar a melhor estratégia para que a pessoa reconheça comportamentos lesivos para a sua saúde e estimulá-la à mudança. O consumo excessivo e continuado de álcool identificado neste grupo de utentes, já manifestou consequências nefastas tanto a nível da saúde, como no bem-estar psicossocial, originando várias consequências nocivas, entre elas o comprometimento cognitivo. Logo estes exercícios de EC pareceram-me bastante adequados para trabalhar esta dimensão.

Sessão II Intervenção: Cubos de Adesão Terapêutica (APÊNDICE VIII; APÊNDICE XII)

A identificação do papel da adesão à terapêutica como um fator determinante para a obtenção de respostas clínicas ao tratamento das doenças crónicas, enfatiza a necessidade de promover intervenções que promovam e mantenham uma elevada adesão ao tratamento. Assim sendo, nesta intervenção para além de numa primeira fase estimular as capacidades cognitivas através da reprodução das imagens relacionadas com a adesão à terapêutica decalcadas nos cubos, na segunda metade da intervenção privilegiou-se a psicoeducação para a adesão à terapêutica (importância de cumprir prescrição, estratégias para não falhar tomas, desmistificar crenças em relação aos medicamentos...)

Como avaliação, baseada na Grelha de Observação contactou-se que na generalidade houve dificuldade acrescida em completar as imagens com mais pormenor, delinear estratégias

facilitadoras para completar a tarefa, emocionalmente mostraram iniciativa e motivação, nas outras dimensões avaliadas o desempenho do grupo foi satisfatório.

Durante esta intervenção pude mais uma vez comprovar a importância de trabalhar a memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento por forma a contribuir para o minorar dos défices existentes, assim como promover a interação social entre os participantes do grupo e em especial ajudar na reflexão acerca dos processos de decisão e apoiar o processo de mudança relacionados com a adesão à terapêutica.

Sessão III - Intervenção: Cubos de Estilos de Vida Saudável (APÊNDICE IX; APÊNDICE XII)

A promoção da saúde centrada na pessoa foca a atenção em vários comportamentos, entre eles indicadores de um estilo de vida saudável, nomeadamente: evitar o consumo de substâncias psicoativas, praticar exercício físico, realizar uma alimentação equilibrada e variada, boa higiene do sono, ocupação de tempos livres.

Tal como na sessão anterior, através da criação dos cubos com imagens alusivas à temática de Estilos de vida Saudável, foi pedido ao grupo que reproduzisse as imagens com o objetivo de estimular as suas capacidades cognitivas e numa segunda parte da sessão foi conduzido um debate/reflexão acerca dos comportamentos adotados versus qualidade de vida.

Como registo desta interação confirma-se a importância da repetição de tarefas semelhantes por forma a melhorar a performance cognitiva, isto porque a realização da tarefa proposta era semelhante à da sessão anterior o que levou a melhorias por parte de todos os utentes em todas as dimensões avaliadas: Atividade Motora, Atividades Cognitivas, Atenção/Contato; Relacionamento e Estratégias.

Sessão IV Intervenção: Puzzle Corpo Humano (APÊNDICE X; APÊNDICE XII)

Nesta sessão foi fornecido a cada elemento do Grupo um Puzzle com imagens dos sistemas do corpo humano e foi pedido para misturar as peças na mesa e reproduzir o desenho que estava no cartão fornecido. Numa segunda parte foram abordadas as consequências do abuso do álcool nesses sistemas do corpo humano.

De registar que nesta atividade as dificuldades de construção foram muito evidentes. A nível da atividade motora observou-se alterações na motricidade fina com tremor nas extremidades consequência dos efeitos nefastos do uso do álcool no passado, que interferiam no encaixe das peças do puzzle. Emocionalmente expressaram alguma desilusão e ansiedade por não estarem a conseguir responder à tarefa pedida e cognitivamente foram ativadas

memórias do passado recordando a realização de puzzles quando eram jovens o que permitiu um ambiente de troca de experiências entre os pares. À medida que o tempo passava e as dificuldades se mantinham, a atenção ficou mais dispersa, apenas um dos utentes conseguiu desenvolver estratégias facilitadoras para completar o puzzle. Na segunda parte da sessão, houve motivação e confrontação com as consequências do uso de álcool, o que produziu ansiedade acompanhada do compromisso em manter a abstinência, para minorar as consequências partilhadas em relação aos efeitos já visíveis no seu corpo.

Considero que foi uma sessão bastante interessante que superou os objetivos traçados, permitindo um momento de partilha para o grupo, de sinceridade, confrontação, motivação e que para mim também se mostrou bastante profícuo para o alcançar das competências de EEESMP a todos os níveis.

Sessão V Intervenção: Quem sou eu? (APÊNDICE XI; APÊNDICE XII)

Os objetivos desta sessão foram ambiciosos, passavam por estimular as capacidades cognitivas, identificar aspetos positivos e negativos do comportamento, reformular as preocupações por forma a ligá-las ao problema, ajudar na reflexão acerca dos processos de decisão e apoiar o processo de mudança. Para alcançá-los foi criada uma sequência de imagens de figuras reconhecidas em diversas áreas da vida pública que tivessem problemas com uso do álcool (antes e depois) e que tiveram consequências para a saúde ou mesmo morte. Pediu-se para identificar a pessoa e refletir acerca do que viam.

No que concerne à EC apenas um utente não conseguiu identificar todas as personagens apresentadas, nas restantes dimensões não houve dificuldades a nível cognitivo. Com o decurso da sessão a nível emocional, traduziu-se num momento de grande tensão e ansiedade, o confronto com a realidade que o abuso do consumo de álcool tem em termos de saúde/qualidade de vida, implicações nas relações afetivas, trabalho e em última instância morte. Foi extremamente difícil para todos os elementos do Grupo. De todas as sessões foi aquela que teve mais impacto, em que houve mais partilha, interação, ativação de memórias, emocionalmente intensa, que permitiu estabelecer uma relação com o grupo de proximidade, empática, de qualidade, que em meu entender permitiu-me crescer pessoal e profissionalmente de forma muito efetiva.

Como balanço deste percurso de estágio comunitário fiquei bastante satisfeita, pois atingi os objetivos a que propus apesar dos contratempos na reta final, em que abruptamente fomos informados que todas as atividades iriam ser suspensas devido à pandemia COVID-19, o serviço foi encerrado impedindo de concretizar uma avaliação final aos utentes do grupo e

de agradecer toda a sua disponibilidade em colaborar nas minhas atividades. No entanto, penso que contribui de alguma forma para o seu percurso de manutenção de abstinência e estimulação cognitiva através da partilha de estratégias e escuta ativa ao estabelecer uma relação de confiança, de ajuda, e ao mesmo tempo, eu própria crescer no meu autoconhecimento e profissionalmente. Como refere Phaneuf (2005) “este olhar retrospectivo permite-nos não somente julgar os nossos comportamentos relacionais, as nossas decisões e as nossas dificuldades, mas permite também melhorarmo-nos”.

4.2. Contexto de Internamento

O estágio em contexto de internamento decorreu no período compreendido entre 3 fevereiro 2021 a 16 abril 2021, organizado de acordo com o cronograma delineado (APÊNDICE I) numa Instituição Psiquiátrica, num serviço de especialidade de Psicogeriatría da grande Lisboa. Este serviço de internamento tem como finalidade a Intervenção e Diagnóstico e destina-se a pessoas com patologia psiquiátrica de aparecimento após os 65 anos (patologias associadas ao envelhecimento patológico como é exemplo a Demência), ou patologias neurológicas potencialmente relacionadas e ainda a pessoas com patologias neurodegenerativas independentemente da idade, sempre que necessitem de intervenção diagnóstica que não seja possível efetuar em ambulatório e em estado de descompensação e/ou com alterações de comportamento relevantes ou patologia aguda que justifique internamento. Atualmente, o serviço possui a capacidade para onze utentes, é uma unidade mista e funciona com uma equipa multidisciplinar (Psiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos e Assistente social).

Após integração no serviço acompanhada pela Enfermeira Orientadora, apresentei-lhe o meu projeto de estágio por forma a adequar as intervenções à população do serviço. Aconselhada pela Enfermeira Orientadora, consultei os processos dos utentes internados e na generalidade apresentavam défice no autocuidado, confusão, défices cognitivos, baixa autoestima, a vontade de viver diminuída, solidão, alterações do humor, alterações de comportamento, não adesão à terapêutica, negligência, e stress o que ia de encontro ao espectável, logo poderiam ser alvo das minhas intervenções, após ajustes/adaptação no projeto inicial “Estimulação Cognitiva: Uma Intervenção com a Pessoa com Cognição Comprometida”.

Aplicando os critérios de inclusão/exclusão (APÊNDICE II) previamente definidos em projeto, foram selecionados inicialmente oito utentes, ficando seis como alvo de intervenção. Como abordagem inicial desenvolvi entrevistas individuais aos seis utentes (identificados como B1, B2, B3, B4, B5 e B6), onde foi realizada a colheita de informação para a avaliação

inicial (APENDICE XIII) e aplicação de instrumentos de avaliação: MMSE - B1, B2, B3, B4, B5 e B6 (ANEXO I) e (APÊNDICE XIV); Escala de Braden - B1, B2, B3, B4, B5 e B6 (ANEXO III) (APÊNDICE XV); Índice de Barthel - B1, B2, B3, B4, B5 e B6 (ANEXO IV) (APÊNDICE XVI); e Escala de Morse - B1, B2, B3, B4, B5 e B6 (ANEXO V) (APÊNDICE XVII). Baseada na informação recolhida e apresentada nos apêndices supramencionados foi possível identificar as necessidades/problemas e definir as intervenções adequadas para a resolução/estabilização/manutenção dos problemas. Todos os utentes apresentavam de acordo com classificação CIPE: Memória – Desorientação; Cognição; Processo de pensamento comprometido; Interação social – Comprometida; Memória- Amnésia. Numa perspetiva individual obviamente, as intervenções que programei visaram:

- Disponibilizar presença → manifestando interesse e aceitação;
- Planear/oferecer escuta ativa → através das entrevistas empregar escuta atenta orientada para o problema permitindo a expressão verbal e não verbal dos sentimentos, a focalização na interação, e receção da mensagem;
- Planear/executar/ programar uma Relação de Ajuda → realizada através de entrevistas regulares.
- Promover suporte emocional → proporcionar sentimentos de segurança, reconhecimento de sentimentos e encorajar o expressar de sentimentos;
- Gerir ambiente → proporcionar um ambiente calmo, seguro e confortável;
- Gerir comunicação → falando de forma calma e clara, assegurando a compreensão, gerir silêncio, evitar barreiras de comunicação...;
- Promover a interação;
- Estimular a autonomia;
- Estimular o papel social e pessoal;
- Incentivar participação nas atividades propostas;
- Exercitar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva através de estimulação cognitiva;
- Estimular a plasticidade cerebral;
- Promover um envelhecimento ativo;
- Avaliar défices cognitivos → Aplicação de Escala MMSE no início das intervenções de EC e no final.

Para a concretização destas intervenções desenvolvi oito sessões de EC que foram realizadas em grupos de dois utentes ou individualmente com duração média de trinta minutos. A escolha de oito sessões deveu-se ao facto do tempo disponível em estágio, do número de utentes selecionado. O tempo/duração despendido em cada uma das atividades está

relacionado essencialmente com a capacidade de atenção e compreensão dos utentes (défices acentuados que demonstravam) e por sugestão da orientadora de estágio. Como objetivos gerais para as sessões foram definidos:

- Exercitar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva através da EC;
- Desenvolver um envelhecimento ativo;
- Estimular a autonomia;
- Desenvolver o papel social e pessoal;
- Desenvolver a plasticidade cerebral.

Nas 8 Sessões as intervenções foram concretizadas com recurso a materiais especificamente criados para o efeito e foram avaliadas recorrendo a uma Grelha de Observação - B1, B2, B3, B4, B5 e B6 (APÊNDICE XVIII) construída especificamente para o efeito, que teve como objetivo avaliar dimensões como: Atividade Motora, Nível Emocional, Atividades Cognitivas, Atenção/Contato; Relacionamento e Estratégias. Ao longo das sessões foram sempre mencionados os resultados alcançados, dificuldades, estratégias que iam sendo observados na prestação.

Desenvolvimento das intervenções de EC e análise dos resultados:

Todo o processo para o desenvolvimento das sessões foi um desafio desde o primeiro instante, o grupo definido para a intervenção apresentava défices marcados na cognição, apresentando sintomatologia grave, espelho do diagnóstico de demência. Os resultados dos MMSE iniciais (APÊNDICE XIV) mostravam cotações muito baixas revelando prejuízos severos a todos os níveis (Orientação, Retenção, Atenção e cálculo, Evocação, Linguagem/Praxia e Habilidade construtiva) na generalidade do grupo, o que fazia com que os exercícios a propor fossem muito específicos e acessíveis a esta população. Foram realizadas várias entrevistas individuais aos seis elementos do grupo, em que todas elas trouxeram riqueza em termos de como estabelecer uma relação terapêutica, quando na maioria das vezes a pessoa estava desorientada no tempo espaço, com falsos reconhecimentos, com humor oscilante e quase sempre sem insight para a doença o que dificultava em grande medida a intervenção. Vivi sentimentos de impotência, compaixão, empatia e acima de tudo desafio para melhorar mais e mais, corresponder às expectativas que aqueles momentos exigiam. Imbuída pelas circunstâncias, construí oito sessões que pretenderam responder às exigências, de promover a melhoria do estado cognitivo-comportamental e autonomia da pessoa. Em cada Plano de Sessão são apresentados objetivos específicos.

Sessão 1: Tema: Orientação “Que dia é hoje?” (APÊNDICE XIX)

Sessão 2: Tema: Nomeação de objetos e Ordem dos dedos (APÊNDICE XX)

Sessão: 3 Tema: Diferenças e Criatividade (APÊNDICE XXI)

Sessão: 4 Tema: Memorização de Palavras (APÊNDICE XXII)

Sessão: 5 Tema: Jogo da memória (APÊNDICE XXIII)

Sessão: 6 Tema: Compreensão de ordens e Praxia Ideativa (APÊNDICE XXIV)

Sessão: 7 Tema: Comunicar através do corpo (APÊNDICE XXV)

Sessão: 8 Tema: Desenho livre (APÊNDICE XXVI)

Como avaliação das sessões irei fazê-lo na generalidade (utilizando como suporte a Grelha de Observação identificando os utentes como B1, B2, B3, B4, B5 e B6) (APÊNDICE XVIII), por forma a não se tornar demasiado exaustivo, focando-me essencialmente nos aspetos que mais contribuíram para aprendizagens.

Iniciar as sessões na generalidade, por vezes tornou-se difícil, pois para alguns dos utentes o simples fato de permanecerem sentados ou compreenderem o objetivo que era proposto era um desafio, explicar o que se pretendia, qual o objetivo, tudo era um desafio, mas que com o decorrer do tempo e a experiência fez com que desenvolvesse competências capazes de incentivar e motivar à participação.

Na primeira sessão o objetivo era Orientação para a realidade, aspetos como o nome, mês, dia da semana, estação, local e hora eram solicitados, a maioria dos utentes estavam desorientados no tempo e espaço e um deles até na pessoa, e mesmo socorrendo-me do ambiente como pista para alcançar a resposta certa, foi infrutífero. Apesar destas dificuldades nenhum dos utentes mostrou sinais emocionais de frustração ou de querer desistir da sessão, à medida que a relação era estabelecida mostravam-se mais motivados e surgiam ativações de memória e relacionava-se entre eles.

Nas sessões 2, 4 e 5 que pretendiam na sua generalidade estimular as capacidades de compreensão e de aprendizagem, despertar as capacidades de reserva cerebrais, estimular a atenção bem como outras habilidades da inteligência incluindo a memória, raciocínio abstrato e vocabulário foram muito bem recebidas pelo grupo. As dificuldades apresentadas pelos elementos do grupo eram semelhantes, dificuldade marcada na memória a curto prazo e na nomeação dos objetos, no entanto a motivação do grupo foi bastante positiva, saliento a estratégia de colaboração entre os elementos para concluírem as tarefas, a nível de humor despoletou boa disposição, riso e foram contadas histórias passadas ativando memórias. Como balanço, considero que foram três sessões muito produtivas que foram alcançados os objetivos propostos e acima de tudo a nível pessoal foi muito enriquecedor.

A sessão 3 que pretendia que fossem identificadas diferenças entre desenhos numa primeira parte e colorir na segunda parte, começou por ser um desafio para explicar o que se

pretendia e a maioria dos utentes não conseguiu encontrar as diferenças. No entanto, a segunda parte da atividade proporcionou um momento de descontração onde surgiu expressividade, atenção, motivação, interação entre os utentes, acionando memórias do passado, todos eles referiram enquanto coloriam o desenho satisfação, apesar das dificuldades em manter um traço firme.

A atividade 6, 7 e 8 foram aquelas em que houve mais motivação e satisfação, todos conseguiram cumprir o que lhes era pedido e desenvolveram estratégias. Foi bastante interessante na sessão 7, em especial a situação da utente que foi escolhida para desenvolver o Estudo Caso, que apesar das suas dificuldades marcadas quando foi solicitado que usasse a mimica facial e o corpo para manifestar algumas emoções, nomeadamente: alegria, tristeza, zanga, conseguiu demonstrar “alegria” esboçando um sorriso e deu uma gargalhada, dizendo: “eu estou sempre bem disposta...” (sic); “tristeza”, com o dedo fez o gesto de uma lágrima a cair e fez um ar triste com a mimica facial; na “zanga”, levantou o dedo, enruga a testa e acompanha com a expressão “ai, ai...”(sic). Quase no final da atividade olha para mim e faz o gesto de fumar um cigarro e beber um café “sabe o que é? E ri-se. Gosta de beber café? Fumar? Vou à pastelaria todos os dias... hoje não te vi lá... (sic)” depreendo que as memórias de fumar foram acionadas, apesar de me confundir com alguém que conhece da pastelaria onde costumava ir. Situações destas contribuem em grande medida para a valorização do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros numa perspetiva de satisfação das necessidades destes utentes e enaltecem a relação de ajuda que se estabelece. A sessão 8 foi repetida mais algumas vezes, pois o desenho livre permite estimular as funções percetivas, da atenção, da concentração, do pensamento abstrato, da orientação no espaço e da coordenação psicomotora num ambiente descontraído e que tem bastante aceitação, apesar de na fase inicial alguns utentes estarem relutantes em iniciar o desenho dizendo que não sabem desenhar. A produção artística pode não transparecer o que é idealizado pelo utente, mas só o ato de passar por o papel é inestimável.

Como balanço das atividades realizadas, foram evidentes as dificuldades apresentadas pela generalidade dos utentes fruto dos défices cognitivos graves que apresentam. No final destas intervenções, foi novamente passada a escala MMSE final (APÊNDICE XXVII) que demonstram ligeira melhoria, que se deve em grande medida à estabilização da sua situação clínica, com melhoria da sintomatologia da Demência. Tenho consciência que com este tipo de intervenções desenvolvidas, tal como referi o propósito não seria melhorar, mas sim estimular as capacidades menos afetadas, pois a progressão da doença será inevitável. Considero que foram atingidos os objetivos ao desenvolver intervenções que correspondem á

dimensão dos EEESMP, sempre com o propósito de minorar o sofrimento e contribuir para um envelhecimento saudável na pessoa com cognição comprometida.

5. AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

As competências específicas são definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, como “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p.4745).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE – REPE 2015), o enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE - REPE, 2015). No preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018), é salientada a importância do EEESMP descrevendo que “as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por (...) EESMP, (...). O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21427).

Assim, refere que a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”, demonstrando que são as competências do âmbito psicoterapêutico que possibilitam ao EEESMP uma prática clínica diferenciada de todas as outras áreas de especialidade (Regulamento 515/2018 da OE, p.21427).

Posto isto, o Regulamento nº.515/2018, publicado no Diário da República, 2ª. série, nº. 151, de 7 de agosto de 2018, descreve as quatro competências específicas do EEESMP, que irei analisar relativamente ao processo de desenvolvimento e aquisição, assim como às atividades desenvolvidas e aprendizagens conseguidas ao longo deste trajeto.

De referir que a primeira e quarta competências, pela sua índole relacionada com o autoconhecimento e desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, serão alvo de uma análise individual. Quanto às outras duas competências serão avaliadas em conjunto uma vez que estão mais direcionadas para a prestação de cuidados numa lógica do processo de enfermagem.

“1 — Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.

Quanto a esta competência é pressuposto que o EEESMP possua a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, conseguindo identificar emoções, sentimentos, valores ou outros aspetos pessoais que possam intrometer-se na relação terapêutica, na relação com a equipa ou com a pessoa a quem se presta cuidados. Assim, é expectável que consiga identificar e gerir fenómenos de transferência e contra- transferência, conservando o contexto e limites da relação profissional, mantendo assim a integridade do processo terapêutico e a aptidão para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções “psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” sem influenciar os resultados esperados (Regulamento 515/2018 da OE, p.21428).

Entendo a profundidade da relevância que o autoconhecimento tem como ferramenta facilitadora da relação de ajuda, pois possibilita reconhecer as vulnerabilidades pessoais e os próprios limites, situação que obriga a maturidade e disponibilidade e como tal, foi uma área em que houve bastante investimento e que é merecedora de continuidade. Ao longo do percurso houve o questionar por diversas vezes: porquê de agirmos assim? Porquê reagir assim? O que é que esta situação/palavra suscita em nós e porquê?

Nesta viagem de autoconhecimento, foi fulcral manter-me genuína e autêntica, não só por possibilitar a aproximação do self e uso do self como instrumento terapêutico, permitindo a consciência dos próprios comportamentos verbais e não-verbais e assim relacionar-me com a pessoa de forma mais humanizada.

De acordo com Phaneuf (2005), há condições e/ou habilidades imprescindíveis ao desenvolvimento de uma relação de ajuda, sendo a autenticidade um requisito para o sucesso, pois aborda a capacidade da pessoa que ajuda de permanecer sinceramente ela própria no decorrer da relação com a pessoa ajudada, sendo uma capacidade essencial para a criação do clima de confiança e de simplicidade necessária à conceção de uma aliança terapêutica (Phaneuf, 2005). Esta competência foi também trabalhada mediante a utilização de outros instrumentos, como a elaboração de reflexões críticas (APÊNDICE XXIX) de situações vividas durante os estágios que outorgaram a identificação de resistências, dificuldades,

emoções, preconceitos durante o processo terapêutico e durante as Orientações Tutoriais. Ao longo das entrevistas, foi-me também possível reconhecer as dificuldades e o impacto de algumas características pessoais, nomeadamente a propensão de induzir algumas respostas da pessoa, inquietação em gerir os silêncios. Chalifour (2008) mencionava que aprimorar a habilidade de escutar e do silêncio, são instrumentos fundamentais para o sucesso da entrevista e naturalmente para o estabelecer da relação terapêutica enfermeiro/cliente. Ao longo dos estágios foi fortalecido o ato de escutar, que se inclui na técnica de comunicar, o que possibilitou o reconhecimento em mim dos meus valores e interesses, de forma a não os sobrepor à pessoa e, o silêncio viabilizou um continuum de comunicação, onde atribuiu espaço e tempo para que a pessoa se expressasse e refletisse acerca daquilo que estava a sentir. Em suma, através deste exercício de escutar foi possível treinar e fortalecer a comunicação e consequentemente a habilidade de entrevistar. Estes momentos foram assim de extrema importância para apurar a comunicação e, naturalmente úteis na execução das intervenções planeadas, no desenvolvimento de estratégias e competências relacionais e na autorreflexão, que possibilitaram compreender de que modo as intervenções de enfermagem ajudam para o crescimento da relação terapêutica.

Outro ponto fulcral trabalhado foi o estabelecimento de limites, como medida terapêutica através da qual se edificaram balizas às manifestações do comportamento da pessoa tendo em vista a edificação duma relação terapêutica funcional. Valorizei este estabelecer de limites como medida de proteção, segurança e estabilidade pessoal dos envolvidos.

Segundo Pereira & Botelho (2014), os limites terapêuticos instituem as fronteiras para as diferentes abordagens que se entrecruzam entre o âmbito pessoal e social, sendo essencial que para os limites atingirem completamente o seu valor terapêutico a pessoa/cliente entenda o porquê do seu estabelecimento, acautelando más interpretações por parte da pessoa/cliente ou constrangimentos na relação.

Considero que ao estagiar numa área tão sensível da saúde mental como na dependência/uso do Álcool, ouvem-se, sentem-se e vêem-se situações que acarretam alguma dificuldade de gestão. No entanto, tal como descreve Phaneuf (2002), outra das principais premissas para o estabelecimento de uma relação de ajuda é a da escuta e ausência de julgamentos e juízos de valor, estando abertos às palavras, gestos e sofrimento do outro. Ressalvo que nem sempre foi fácil conviver com as diferenças, sendo que a possível contaminação pelos meus preconceitos, ou o que consideramos que são comportamentos comuns, podem levar a uma dificuldade em compreender em pleno o outro e estabelecer uma relação significativa.

Neste sentido, houve necessidade de melhorar a capacidade de não julgar, para que isso não afetasse a relação com as pessoas a quem prestei cuidados, inculcando em mim a capacidade de introspecção, questionando-me o que faria, se estivesse na mesma situação, pois por vezes ainda não é possível no imediato conhecer verdadeiramente as motivações, sentimentos ou razões da pessoa para determinados comportamentos. Neste contexto do autoconhecimento e o uso do self como instrumento, senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos acerca dos mecanismos de transferência e contratransferência e de defesa, tais como a projeção ou identificação. Em sumula, relacionado a todo este percurso de autoconhecimento, foi também importante analisar, compreender e aplicar a relação empática, entendendo os meus próprios sentimentos, por forma a evitar erros de percepção, de julgamentos prematuros, como tentar “adivinhar” o que o outro sentia ou pensava, e achar que poderia resolver todas as situações.

Assim, manter o foco em melhorar a relação de ajuda e comunicação com os outros, continuar a fortalecer a capacidade de observação como instrumento de Enfermagem por forma a: identificar com mais facilidade a resposta/reacção da pessoa à minha intervenção e presença, retribuindo de forma terapêutica o que sentimos/pensamos; encarar o outro como “parceiro” nos cuidados, pois a relação terapêutica envolve reciprocidade; e não ter receio de definir limites, pois são essenciais para ambos os intervenientes na relação terapêutica.

Como conclusão, no que concerne a esta primeira competência, considero que desenvolvi o autoconhecimento, tendo consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, conseguindo vivenciar de forma conscienciosa e competente a relação com pessoas com dependência/uso de álcool, pessoas com demência e equipa multidisciplinar.

Para além da reflexão diária realizada ao longo das semanas de estágio, foram também realizados trabalhos de desenvolvimento pessoal, tais como diários de aprendizagem/reflexões (APÊNDICE XXVIII), procura de informação acerca de patologias/intervenções de Enfermagem, participação nas Orientações Tutoriais, debates e discussão com os membros da equipa, professor, orientadoras sobre a minha intervenção numa perspetiva de aperfeiçoamento, tendo sido proactiva no autodesenvolvimento e no contacto com as pessoas alvo de cuidados de modo a crescer como EEESMP.

“2 — Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”.

“3 — Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”.

No que respeita à 2ª e 3ª competências citadas, é expectável que o EEESMP esteja apto, respetivamente, de recolher informação necessária à compreensão do estado de saúde mental da pessoa, mobilizando competências de comunicação, sensibilidade cultural, prática de entrevista, de observação do comportamento, revisão de registos e avaliação da pessoa; assim como de sistematizar, analisar dados, conceber diagnósticos de saúde mental, identificar resultados esperados, planear e negociar um plano de cuidados, de “forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais”, empregando a gestão de caso para coordenar os cuidados de saúde e assegurar a continuidade dos mesmos (Regulamento 515/2018 da OE, p.21428).

Tal como é descrito no preâmbulo do Regulamento das Competências do EEESMP, as intervenções do EEESMP visam “contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (Regulamento 515/2018 da OE, p.21427).

Ao longo dos estágios realizados, neste trajeto formativo foram desenvolvidas intervenções com o objetivo de promover a estabilização e qualidade de vida da pessoa de quem se cuidou, tendo em vista a reinserção na comunidade.

Durante este percurso de aquisição de competências de EEESMP procurei edificar relações de ajuda, assentes em relações de confiança com comunicação terapêutica, promovendo intervenções individuais e/ou grupo sempre com objetivos terapêuticos, pois só assim é possível identificar as necessidades de saúde da pessoa.

Considerando que estas pessoas, vivenciavam uma situação de crise no contexto de doença aguda, e tal como Phaneuf (2005) define a especificidade da relação de ajuda e intervenção do enfermeiro neste contexto, a relação de ajuda visa a “compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano” (Phaneuf, 2005, p. 324).

Considerando o que foi mencionado, e devido a alguns fatores, houve pessoas com os quais se alcançou uma relação mais ampla e profunda, e que os estimulava a confiar mais e a verem-

me como enfermeira de referência e a partilharem informações valiosas para a compreensão dos seus problemas.

Assim, um dos principais investimentos promovidos foi no conhecimento dos princípios gerais da entrevista e sua realização, uma vez que é através da entrevista que é exequível fazer uma avaliação global da situação, identificar o motivo do internamento e auxiliar na clarificação e reformulação dos problemas e inquietações existentes, assim como o impacto que o problema tem na qualidade de vida da pessoa, gerando condições para a fundação de uma relação e aliança terapêutica, e futuramente, planejar e implementar cuidados de acordo com as necessidades identificadas.

Neste campo de acção, foram implementadas intervenções relacionadas com: a sua autogestão e autoconhecimento; estimulação cognitiva; treino de competências sociais; gestão do regime terapêutico e situações de crise; prestação de apoio e fornecimento de orientações aos familiares. Exemplos destas atividades terapêuticas, que desenvolvi nos vários contextos, serão explorados de forma mais minuciosa na próxima competência.

O processo de avaliação do impacto das minhas intervenções exigiu a mobilização das habilidades de comunicação, técnica de entrevista e especialmente, da observação do comportamento que a pessoa adotava após as intervenções, o que se revelou bastante recompensador, pois foi motivador acompanhar mudanças de comportamentos ou colocarem em prática técnicas que tínhamos sugerido, fazendo referência a nós enquanto promotora desta mudança. Também, a revisão e realização de registos de forma credível, utilizando linguagem CIPE 2, que integrasse os diagnósticos identificados, as intervenções implementadas e os resultados esperados e avaliados das intervenções de Enfermagem, foram trabalhados, de forma a praticar o juízo crítico e avaliar/descrever o impacto/respostas da pessoa face à intervenção.

Desta forma, considerando que se cuida em multidisciplinariedade, a participação em reuniões de equipa e passagem de turno, ainda que de forma menos ativa como estudante, revelaram-se também como momentos fundamentais para o conhecimento da pessoa a quem prestei cuidados, uma vez que havia partilha de informações conseguidas, aquando das entrevistas realizadas pelos diferentes profissionais, assim como para o planeamento de estratégias multidisciplinares promotoras de saúde, com o mesmo objetivo: oferecer um plano terapêutico adequado às necessidades da pessoa.

No que se refere à 3ª competência, uma das competências mais desenvolvida está associada com a metodologia da gestão de caso em que se proporcionou a realização de dois Estudo de Caso (APÊNDICE XXIX), um em cada contexto de estágio. Neste âmbito, foi efetuada uma exaustiva avaliação da história de vida e saúde mental da pessoa, elaborado um

plano de cuidados individualizado, com o objetivo de otimizar e ajudar a pessoa a recuperar/estabilizar a sua saúde mental, utilizando como recurso várias dinâmicas apropriadas ao contexto em que estava inserida, prestando cuidados no âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, como por exemplo: o treino de competências sociais; estilos de vida saudáveis, estimulação cognitiva; adesão à terapêutica; resolução de problemas; autogestão e situação de crise.

Assim, considero que no processo de obtenção destas competências manifestei interesse na obtenção de novos conhecimentos, tendo sido concretizados diagnósticos de situação, definidos diagnósticos CIPE de acordo com o sistema de registos utilizado na instituição (SCLINICO) e planeados cuidados específicos aos indicadores de saúde mental, tendo sempre como objetivo a otimização e reinserção na comunidade. Resta-me apenas ressaltar a impossibilidade de ter contato com familiares da pessoa alvo de cuidados, mas devido às contingências inerentes à pandemia COVID-19, as visitas eram proibidas, e horas disponíveis para contato telefónico eram também severamente controladas pelo que foram escassos, os contactos familiares efetuados.

“4 — Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

A 4ª e última competência do EEESMP, preconiza que o enfermeiro execute as intervenções identificadas no plano de cuidados, através de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. Mobiliza as capacidades do enfermeiro para empregar estratégias como “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (Regulamento 515/2018 da OE, p.21430).

Ao fazer um balanço de todo o meu percurso, e das competências já relatadas e analisadas anteriormente, considero que foi uma das competências onde obtive um maior crescimento sendo um dos pontos fortes na prestação de cuidados em saúde mental.

A mobilização destes instrumentos, permitiu-me desenvolver relações de confiança e aliança terapêutica com a pessoa. As intervenções de enfermagem foram desenvolvidas com a Pessoa com comprometimento cognitivo, tanto no contexto comunitário como de internamento, todas com objetivos específicos diferentes, tendo elas na generalidade o intuito de facilitar respostas adaptativas, promovendo e apoiando uma maior autonomia da pessoa, por forma a adquirir a máxima funcionalidade, tendo em conta as suas limitações.

As intervenções desenvolvidas foram essencialmente atividades de Estimulação Cognitiva (Exercitar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, estimular a plasticidade cerebral) que englobavam temáticas de psicoeducação que abordaram vários aspetos fundamentais como: adesão à terapêutica; estilos de vida saudável; estimular a autonomia; promover o envelhecimento ativo; malefícios do uso do álcool; autoconhecimento; a importância da esperança e projetos futuros; identificação de forças e fragilidades; como lidar e identificar uma situação de crise, recorrendo a vários mediadores. Estas intervenções foram descritas de forma aprofundada no capítulo quatro deste relatório. Também tive oportunidade de participar em grupos de suporte como: Grupo de prevenção de recaídas; Grupo da Patologia Dual, Grupo de suporte das Mulheres com perturbação do Uso de Álcool, ambos em contexto comunitário na área de Dia da Alcoologia.

Aproveito para, de forma resumida referir-me ao trabalho que foi desenvolvido para a obtenção do grau de Mestre. De acordo com o sistema nacional de graus e diplomas do ensino superior, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho e Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro, o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem o cumprimento dos seguintes Descritores de Dublin: “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que condicionem essas soluções e esses juízos” e ainda “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos de nível de 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde desenvolva e aprofunde” (Joint Quality Initiative, 2015), assim como “aplicar conhecimentos e de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Joint Quality Initiative, 2015). Considero então, que todo o percurso de estágio (descrito neste relatório) e académico, nomeadamente nas Unidades Curriculares como Supervisão Clínica e Enfermagem Avançada, foram essenciais para esta reflexão crítica, envolveram o conhecimento técnico e científico, ético, deontológico e jurídico, para uma tomada de decisão segura e consciente aquando da prestação de cuidados especializados e individualizados durante os estágios.

Ressalvo ainda que os Descritores de Dublin preconizados ao 2º ciclo de estudos, associados ao meu percurso de estágio em contexto e ambulatório e clínico, permitiram a demonstração de conhecimentos específicos de saúde mental ao nível da constituição de uma “base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de

investigação”, capacidade de “comunicar as conclusões (...) quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (aquando dos registos de enfermagem, definição do plano de cuidados, relação terapêutica com os utentes, participação em reuniões de equipa, passagem de turno...) e o desenvolvimento de “competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo” (Joint Quality Initiative, 2015).

Assim sendo, acredito que o trabalho desenvolvido durante esta jornada foi profícuo, eficiente e proactivo, merecedor da aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório teve como finalidade a reflexão acerca do meu percurso de aprendizagem ao longo do período de estágio, tendo em vista a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. O caminho percorrido dia após dia permitiu estar disponível para a relação com o outro, tal como refere o regulamento OE n.º 356/2015 “a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional”. Através duma aposta inequívoca na relação, sinto que cresci a este nível numa “perseguição” para alcançar a “excelência relacional”, esta é uma perspetiva talvez dificilmente atingível, mas é o que me faz prosseguir, mover-se rumo ao futuro.

No final de cada contexto de estágio vivenciei um sentimento de satisfação porque “o estabelecimento de uma comunicação sincera e profunda com uma pessoa doente em sofrimento (...) traz um sentimento de apaziguamento e de satisfação do trabalho bem realizado” (Phaneuf, 2005). A análise e reflexão destes sentimentos permitiram o autoconhecimento, numa perspetiva de desenvolvimento das competências relacionais.

Uma vez que os profissionais de Enfermagem prestam cuidados às pessoas por um período mais longo do que qualquer outro profissional, é sua responsabilidade major a conceção e manutenção de intervenções terapêuticas. Perseguindo essa premissa, e atendendo à questão de partida dada a conhecer no início do relatório, desenvolvi intervenções de EC que respondessem às necessidades da pessoa com cognição comprometida. Considero que atingi os objetivos planeados, pois a execução deste projeto de intervenção possibilitou demonstrar os efeitos da aplicação de intervenções de EC a nível cognitivo com pessoas com demência e DCL. Através da descrição dos resultados alcançados, acredito que contribuí, para uma melhor compreensão da importância da aplicação intervenções de EC com estas pessoas. Acredito ser possível que mediante o desenvolvimento de estratégias precoces de EC, estamos a contribuir para atenuar o comprometimento de alguns prejuízos consequentes da Demência e DCL, assim como minimizar a velocidade de progressão dos sintomas, diminuindo ou retardando a necessidade de dependência de terceiros, contribuindo assim para a melhoria da sua saúde mental.

Não posso deixar de mencionar que, como se trata de uma área ainda pouco explorada, especialmente pelos profissionais de enfermagem, gostaria que se desenvolvessem mais estudos acerca de intervenções de EC e que sejam elaborados e aplicados por estes profissionais, já que os EEESMP possuem capacidade e competência para a realização de intervenções deste tipo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, V. Lopes, M. Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista escolar enfermagem, USP* 39 (2). Acedido em: 20-05-2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>

Amaral, A. (2010). Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE. MemMartins: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.

American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5. (5ed), Lisboa: Climepsi Editores.

Araújo, F. Ribeiro, J. L. P. Oliveira, A. Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Qualidade de vida*. Vol. 25, N.2. julho/dezembro, 2007. pp. 59 a 66. Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>

Araújo, C. L.O. Nicoli, J. S. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4872/0>

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. (2017) Observatório das demências - OMS. Acedido em: 22-06-2021. Disponível em: https://alzheimerportugal.org/pt/news_text-78-9-832-organizacao-mundial-da-saude-lanca-observatorio-das-demencias

Ávila, R (2003). Resultados de Reabilitação neuropsicológica pacientes com doença de Alzheimer leve. Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26356870> Resultados da reabilitacao neuropsicologica em paciente com doenca de Alzheimer leve

Barreto, J. (2005) Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. Vol. 15 (2005): Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Acedido em: 22-05-2021. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393>

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.

Blume A. W., Schmalting K. B., Marlatt G. A. (2005) Memory. Executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addict Behav* 30(2):301-14. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.05.019. Acedido em: 25-06-2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15621401/>

Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A. M., Avila, R., Zukauskas, P. Bustamante, S., Andrade, F., Hototian, S., Saffi, F., Camargo, C. (2002) Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria, Arq. Neuro-Psiquiatr.* 60 (1). Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/KNGGvdNK7KnF3F756gvn9Gw/?lang=pt>

Bowie C., Grossman M., Gupta M., Oyewumi L. K., Harney P. (2014) Cognitive remediation in schizophrenia: efficacy and effectiveness in patients with early versus long-term course of illness. *Early Interv Psychiatry*, Volume8, Issue1, February 2014, Pages 32-38. Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12029>

Buss, E.W. & Blazer D.G. (1999). *Psiquiatria geriátrica*. 2.^a Edição. Porto Alegre. Artmed.

Cancela, D. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto Publicado no *Psicologia.pt* a: 2008-05-23. Acedido em: 22-10-2020. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Claire, L., Woods, R. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 14 (4). Wales: [s.n.], 2004. p. 385 a 401. Acedido em: 05-10-2020. Disponível em: <http://scottsdale.brainadvantage.com/PDF/clare%20and%20woods%202004%20neuro%20rehab.pdf>.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencialhumanistas da relação de ajuda*. (Volume I). Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção*. (Volume II). Loures: Lusodidacta.

Conselho Nacional de saúde (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Acedido em: 21-12-2020. Disponível em: <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/%E2%80%9CSem-mais-tempo-a-perder%E2%80%9D-CNS-2019.pdf>

Cortez-Pinto, H., Gouveia, M., Pinheiro, L., Costa, J., Borges, M., Carneiro, A. (2010). The Burden of Disease and the Cost of Illness Attributable to Alcohol Drinking - Results of a National Study. *Alcoholism Clinical and Experimental Research - Volume34, Issue8 August 2010*, pp. 1442-1449. Acedido em: 13-06-2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.2010.01229.x>

Cruz, V. T., Pais J., Bento V., Mateus C., Colunas M., Alves I., Coutinho P., Rocha N. P.. (2013). A rehabilitation toll designed for intensive web-based cognitive training: description and usability study. In *SMIR Research protocols*, vol.2. Acedido em: 13-11-2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3869046/>

Cunha, P. J., Novaes, M. A. (2014). Avaliação Neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo 26 (suppl 1)*. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500007

Cunha, P. J., Nicastrí, S., Andrade, A. G., Bolla, K. I. (2010). The frontal assessment battery (FAB) reveals neurocognitive dysfunction in substance-dependent individuals in distinct executive domains: Abstract reasoning, motor programming, and cognitive flexibility. *Addictive Behaviors, 35(10): 875-881*. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20584570/>

Direção-Geral de Ensino Superior (DGES) (2011). O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior. Acedido em: 15-08-2021. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf

Direção Geral de Saúde (2011) Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas. Norma N.º 053/2011, Lisboa: DGS, 2011. Acedido em: 14-10-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011-jpg.aspx>

Direção Geral de Saúde (2013). Portugal Saúde Mental em números - Programa Nacional para a Saúde Mental. 2013. Acedido em: 14-10-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>

Direção Geral de Saúde (2011). Índice de Barthel. Norma da DGS nº 054/2011 de 27/12/2011. Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: <https://www.slideshare.net/nmartins8/norma-54-2011>

Fechine, B. R. A., Trompieri, N. (2012). O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. InterSciencePlace. Revista Científica Internacional, Ed. 20, Vol. 1, N.º 7, pp. 106-132. 2012. Acedido em: 15-10-2020. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>

Ferreira, S., Moutinho, L. (2013). Os Novos Caminhos da Reabilitação Alcoólica: Uma Proposta de Intervenção. Journal of Child and Adolescent Psychology Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. Lisboa, 4(1) 2013. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332878875_Os_novos_caminhos_da_reabilitacao_a_lcoolica_uma_proposta_de_intervencao

Ferreira, S., Moutinho, L. e Diegues, P. (2014). Do copo meio cheio à mente vazia: o impacto do consumo do álcool no funcionamento cognitivo. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. Lisboa, 5(1) 2014. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/1127>

Fortin, M.F. (2009). O processo de investigação: Da concepção à realização. 2ª edição, Loures: Lusociência.

Gatens, C., Musto, M. (2011). Cognição e comportamento. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª edição, pp. 551-578. Loures, Lusodidacta.

Giancola P. R., Corman M. D. (2007). Alcohol and Aggression: A Test of the Attention- Allocation Model. *Journals.sagepub*, Volume: 18 issue: 7, page(s): 649-655, Issue published: July 1, 2007. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.2007.01953.x>

Ghetu, M. V., Bordelon, P. C., Langan, R. C. (2010). Diagnosis and Treatment of Mild Cognitive Impairment. *Clinical Geriatrics*, 30-36. Acedido em: 11-02-2021. Disponível em: <http://www.clinicalgeriatrics.com/node/3612>

Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience* volume 2, pp. 861–863. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: https://www.nature.com/articles/nn1099_861

Giedd, JN (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*. *Ann N Y Acad Sci Jun*; 1021:77-85. Doi: 10.1196/annals.1308.009.

Guerreiro, M. P., Botelho, A. P., Leitão, M. A., Castro-Caldas, O., Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State (MMSE)”. *Revista Portuguesa de Neurologia*. 9, Vol. 1. Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/jspui/bitstream/10451/4421/1/ulfpie039546_tm.pdf

Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Helen J. Streubert, D. Carpenter R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, ISBN:972-8383-29-0.972-8383-29-0.972-8383-29-0.972-8383-29-0.972-8383-29-0. Acedido em: 14-10-2020. Disponível em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/93/97>

Instituto Nacional de Estatística (2017). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. Destaque Informação à comunicação social. Acedido em: 20-07-2021. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Irwin, C., Leveritt, M., Shum, D., & Desbrow, B. (2013). The effects of dehydration, moderate alcohol consumption, and rehydration on cognitive functions. *APA PsycInfo Alcohol*, 47(3), pp. 203–213. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-02486-001>

Joint Quality Initiative (2015). Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history. Acedido em: 15-08-2021. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-theDublin-descriptors-short-history.pdf>;

Kamiyama, Y. (1984) Teorias de enfermagem. Conferência internacional. *Rev. Esc. Enf. USP*, S5o Paulo, 75(3): 199-207,1984. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v18n3/0080-6234-reeusp-18-3-199.pdf>

Knapp, K., Morton, J. B., Munakata, Y., Michaelson, L., Barker, J., Chevalier, N., Blair C. (2013). Estimulação cognitiva (funções executivas). Acedido em: 15-10-2020. Disponível em: <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/682/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>

Kopera M., Wojnar M., K. Brower K., Glass J., Nowosad I., Gmaj B., Szelenberger W. (2012). Cognitive functions in abstinent alcohol-dependent patients. *Alcohol* 2012 Nov;46(7):665-71. doi: 10.1016/j.alcohol.2012.04.005. Epub 2012 Jun 14. Acedido em: 15-10-2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22703992/>

Lessard M., Boutin G., Goyette, G. (2005). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. (5ª Edição). Instituto Piaget, isbn: 9789896591021

Lyvers, M. & Tobias-Webb. J. (2010). Effects of acute alcohol consumption on executive cognitive functioning in naturalistic settings. *Addictive Behaviors*, 35 (11):1021–1028. Acedido em: 12-12-2020. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2010-16829-008>

Lyvers, M., Thorberg, F.A., Ellul, A., Turner, J., Bahr, M. (2010). Negative mood regulation expectancies, frontal lobe related behaviors and alcohol use. *Personality and Individual Differences*. Published in: *Personality and Individual Differences*, DOI:10.1016/j.paid.2009.10.030.

Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (3), pp.12-28. Acedido em: 11-06-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mello, M.L.M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Noël, X., Linden, M. V. D., Brevers, D., Campanella, S., Hanak, C., Kornreich, C. (2012). The contribution of executive functions deficits to impaired episodic memory in individuals with alcoholism. *Psychiatry Research*, PMID: 22377577 DOI: 10.1016/j.psychres.2011.10.007.

Nunes, M. (2009). *Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações*. Universidade Católica, DOI: 10.34632/cadernosdesaude.2009.2791 ISSN: 1647-0559 RCS - 2009 - Vol. 002 - Nº 02. Acedido em: 11-06-2021. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9880>

Oliveira, A. (2007). *Memória: Cognição e Comportamento*. 1ª Edição, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Acedido em: 11-06-2021. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=lang_en%7Cclang_pt%7Cclang_es&id=Q9mJ_uGTYpIC&oi=fnd&pg=PA7&dq=%E2%80%93Oliveira,+A.A.,+et+al.+%E2%80%93Mem%C3%B3ria:+Cogni%C3%A7%C3%A3o+e+Comportamento%E2%80%93.+S%C3%A3o+Paulo:+Casa+do+Psic

%C3%B3logo,+2007.&ots=DuevEZE9F&sig=TFDH0mA6sng5XrNLViq9elcJMY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Oliveira, A. T. M. (2008). Estudo de caso de um indivíduo idoso demenciado. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em: 01-07-2021. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8320/1/Mono_10389.pdf

Ordem Enfermeiros, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. (2015). Acedido em: 11-06-2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem Enfermeiros. (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em: 11-06-2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Acedido em: 11-06-2021. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>

Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001- Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra.1-150. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: file:///C:/Users/silvialouren%C3%A7o/Downloads/LITERACIA_EM_SA%3%9ADE_MENTAL.pdf

Parola, V., Coelho, A. Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., Apóstolo, J..(2019).Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Revista de Enfermagem Referência, ISSN: 0874-0283, ISSN: 2182-2883. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388259318006/388259318006.pdf>

Parsons, O. A. (1998). Neurocognitive Deficits in Alcoholics and Social Drinkers: a Continuum? Alcohol Clin Exp Res. 1998 Jun;22(4):954-61. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9660328/>

Pereira, M. F. C. (2011). Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto. Tese de Mestrado. 2011. Acedido em: 11-01-2021. Disponível em: [https://repositorio-](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf)

[aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf)

Pereira, A. M. N. A. (2013). Cuidados paliativos na Demência: a perspectiva comunitária dos cuidadores, da pessoa com demência e dos profissionais de saúde. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Tese de Mestrado. Acedido em: 11-01-2020. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/teses.lista_teses?p_curso=1171&p_ord_campo=NOME&p_ordem=asc&p_record_set_size=5&p_tipo_lista=T

Pereira, P., Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. Pensar Enfermagem Vol. 18 N.º 2 2º Semestre de 2014. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of Internal Medicine. N°256. Blackwell Publishing. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: WWW:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324362>>.

Petronilho, F. (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra. Formasau, 2007. P.216 ISBN 978-972-8485-91-7. Acedido em: 13-10-2020. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32305>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação - Lusociência, Loures.

Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i2p%25p>

Rangé, B. P., Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Acedido em: 11-12-2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf>

Rigoni, M., Susin, N., Trentini, C., Oliveira, M. (2013). Alcoolismo e avaliação de funções executivas: uma revisão sistemática. Instituto de Psicologia de PUC RS, PSICO, Vol. 44(1), 2013, 122-129. Acedido em: 20-06-2021. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-44417-013>

Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental versão impressa ISSN 1647-2160. Acedido em: 14-12-2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16472160201400010007

Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B. (2006). Metodologia de Pesquisa. McGraw Hill, São Paulo, 3ª edição, Capítulos 4 e 5.

Sassoon S. A, Rosenbloom M. J., Fama R., Sullivan, E. V., Pfefferbaum, A. (2012). Selective neurocognitive deficits and poor life functioning are associated with significant depressive symptoms in alcoholism-HIV infection comorbidity. PMID: 22648011 PMID: PMC3433639 DOI: 10.1016/j.psychres.2012.05.009

Santos, Z., Oliveira, V., Pagliuca, L. (2004). Teoria de Peplau – Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com o diagnóstico de ansiedade. Rev. RENE. Fortaleza, 5 (2), 110-117. Acedido em: 22-06-2021. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Teoria-de-Peplau-%E2%80%93-an%C3%A1lise-cr%C3%ADtica-de-sua-aplica%C3%A7%C3%A3o-Santos-Oliveira/e9f9bf75eda177dc25d7f84f5c2e460663b43998>

Santos, A., Moura, S., Haase, V. (2008). Recomendações para reabilitação neuropsicológica aplicada à demência. Mosaico: estudos em psicologia. Vol. II. Nº1. Belo Horizonte, 2008, pp. 17-33. Acedido em: 22-06-2021. Disponível em: <https://www.fafich.ufmg.br/mosaico>.

Santos, Z. M. S. A., Oliveira V. L. M., Pagliuca, L. M. F. (2004). Teoria de Peplau – análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. Revista

Rene Vol. 5 Nº 2 Acedido em: 22-02-2021. Disponível em:
<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5628>

Seabra, P., Silva, V. (2020). Efetividade das técnicas de Estimulação Cognitiva em pessoas com doença mental em fase aguda: uma revisão. *Revista Brasileira Enfermagem* 73 (1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0192>

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções*”. 1ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto. ISBN 978-989-558-092-7.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa, Lidel.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra, Editora Quarteto, ISBN 989-558-083-5.

Simon, S. S., Ribeiro, M. P. O. (2011). Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. *Revista de Psicologia São Paulo*, volume 20, n.1, 93-122, 2011. Acedido em: 22-01-2021. Disponível em:
[file:///C:/Users/silvialouren%C3%A7o/Downloads/6795-Texto%20do%20artigo-16500-1-10-20110829%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/silvialouren%C3%A7o/Downloads/6795-Texto%20do%20artigo-16500-1-10-20110829%20(1).pdf)

Smith J. C., Nielson K. A., Woodard, J. L., Seidenberg M., Verber, M. D., Durgerian, S., Antuono, P., Butts A. M., Hantke, N. C., Lancaster, M. A., Rao, S. M.. (2012). Does Physical Activity Influence Semantic Memory Activation in Amnesic Mild Cognitive Impairment? Published online *Psychiatry Res.* in final edited form as: doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.001.

Souza, J. N., Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista Escolar Enfermagem USP*2005; 39(1):13-9. Acedido em: 22-11-2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BN66G4qBHrXdP9jk6d7MZnp/?format=pdf&lang=pt>

Sousa, L., Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção à memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. DOI:10.19131/rpesm.0065.

Smith, K. L., Horton, N. J., Saitz R., Samet, J. H. (2006). The use of the mini-mental state examination in recruitment for substance abuse research studies. *Drug and Alcohol Dependence* 82(3): 231-7. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2005.09.012.

Spar, J. E., La Rue, A. (2005). *Guia prático de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi.

Sullivan, E. V., Deshmukh, A., De Rosa, E., Margaret, J. R., Rosenbloom, M. J., Pfefferbaum, A. (2005). Striatal and forebrain nuclei volumes: Contribution to motor function and working memory deficits in alcoholism. *Biological Psychiatry* Volume 57, Issue 7, 1 April 2005, Pages 768-776. Acedido em: 22-06-2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006322304013162>

Stavro, K., Pelletier, J., Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. PMID: 22264351 DOI: 10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x.

Towsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde Mental e Psiquiátrica- Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª edição)*. Rio de Mouro: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados*. Rio de Janeiro (3ª edição). Guanabara koogan.

Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Moscovitch, M., Craik F. I M. (2008). Changing everyday memory behavior in amnesic mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation* 2008, 18 (1), 65 –88. Acedido em: 22-06-2021. Disponível em: https://www.rotman-baycrest.on.ca/files/publicationmodule/@random45f5724eba2f8/NeuropsycholRehab08_18_654812913856a5d.pdf

Thush, C., Wiers, R. W., Ames, S. L., Grenard, J. L., Sussman, S., Stacy, A. W. (2008). Interactions between implicit and explicit cognition and working memory capacity in the prediction of alcohol use in at-risk adolescents. PMID: 18155856 PMCID: PMC3413632 DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.10.019.

Valente, J. (2015). *Perturbações relacionadas com o álcool*. In J. C. Carlos Braz Saraiva, *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.

Verdejo-García, A., Pérez-García, M. (2007). Ecological assessment of executive functions in substance dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, PMID: 17382487 DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.02.010.

Verdejo-García, A. & Pérez-García, M. (2008). Substance abusers' self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction. *Psychiatry Research*, 158:172–180. Acedido em: 23-06-2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18237786/>

Vita, A., De Peri, L., Barlati S., Cacciani P., Deste G., Poli R. (2011) Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological, and functional outcome domains in schizophrenia: A prospective study in a real-world setting. *Schizophrenia Research* Volume 133, Issues 1–3, december 2011, Pp 223-231. Acedido em: 22-12-2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996411004440?via%3Dihb>

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015a). The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020. Denmark: Publications. Acedido em: 22-07-2021. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>

World Health Organization (2015b). Global Mental Health Atlas. Acedido em: 22-07-2021. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf

Yassuda, M. & Abreu, V. (2006). Avaliação Cognitiva. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., & Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1250-1259. Acedido em: 25-11-2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19564/1/pauta-relatorio-16.pdf>

Umphred. D. A. (2009). *Reabilitação Neurológica*. São Paulo: Elsevier.

World Health Organization and Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: A public Health Priority*, United Kingdom: World Health Organization. Acedido em: 22-07-2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>

World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva.

Acedido em: 22-07-2021. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;

Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. PMID: 15530577 DOI: 10.1016/j.jpmed.2004.04.044.

Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL. (2020) Acedido em: 15-08-2021. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/GUIA_B_2020.pdf

<https://alzheimerportugal.org/pt>

<https://www.sppsm.org/>

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO I – MMSE

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

O MMSE foi criado em 1975 por Folstein e colaboradores, é um teste breve e um dos mais usados na avaliação do comprometimento cognitivo servindo para fazer um rastreio inicial do estado mental. Este instrumento avalia a presença de défices cognitivos e não de demência, sendo por isso muito utilizado nas suspeitas de DCL. O teste é composto por respostas verbais e não-verbais; sendo que, “os subtestes verbais medem, em particular, a orientação espaço-temporal, a memória imediata, a evocação e memória de procedimentos, a atenção e a linguagem. Os subtestes não-verbais medem a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções” (Vieira e Koenig, 2002: p. 924). O MMSE é composto de 30 questões, sendo a sua classificação total de 30 pontos, que pontuam da seguinte forma (Idem):

- 30 a 26 pontos - funções cognitivas preservadas
- 26 a 24 pontos - alteração não sugestiva de défice
- 23 pontos ou menos - sugestivo de défice cognitivo
- 20 a 26 pontos - prejuízos cognitivos leves
- 11 a 20 pontos - prejuízos cognitivos moderados
- 10 pontos ou menos - prejuízos cognitivos severos
- O score 23, normalmente é sugestivo de disfunção cognitiva

Esta pontuação é influenciada pela escolaridade do indivíduo, que deve ser tida em atenção na realização de alguns exercícios do teste, como as operações matemáticas.

MiniExame do Estado Mental (MEEM)

(Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994))

Utente: _____

Data: __/__/__

Avaliador: _____

1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta) – **(0 a 10 pontos)**.

	CERTO	ERRADO
Em que ano estamos?		
Em que mês estamos?		
Em que dia do mês estamos?		
Em que dia da semana estamos?		
Em que estação estamos?		
Em que país estamos?		
Em que distrito é que vive?		
Em que terra vive?		
Em que casa estamos?		
Em que andar estamos?		

Total orientação: **Pontos**

2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida) – **(0 a 3 pontos)**.

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

	CERTO	ERRADO
Pêra		
Gato		
Bola		

Total retenção: Pontos

3. Atenção e cálculo (1 ponto cada resposta correta) – (0 a 5 pontos).

Se a pessoa der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Solicita-se à pessoa que diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 assim até lhe dizer para parar.

Ex: 30-(3) ____ 27-(3) ____ 24-(3)____ 21-(3)____ 18-(3)____

Total atenção e cálculo: Pontos

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar:

	CERTO	ERRADO
Pêra		
Gato		
Bola		

Total evocação: Pontos

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 8 pontos).

a) Como se chama isto?

Mostrar os objetos – (0 a 2 pontos).

	CERTO	ERRADO
Relógio		
Lápis		

b) Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA – (0 a 1 ponto).

Pontuação: Pontos

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos – (0 a 3 pontos).

	CERTO	ERRADO
Pega com a mão direita a folha		
Dobra a folha ao meio		
Coloca a folha onde deve		

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar um cartão com a seguinte frase bem legível: FECHE OS OLHOS.

Sendo analfabeto lê-se a frase à pessoa.

	SIM	NÃO
Fechou os olhos		

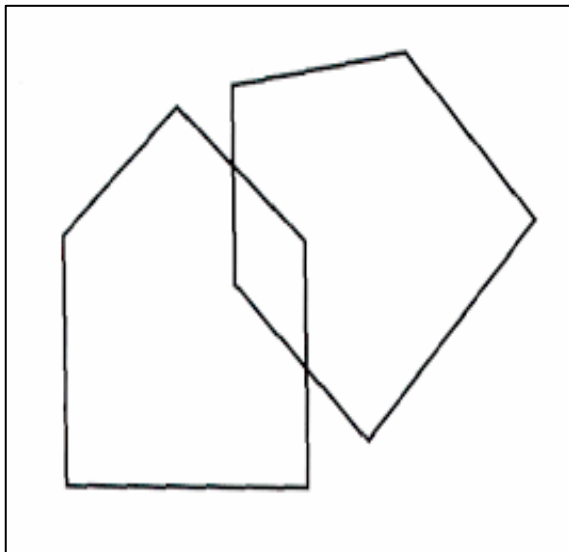
e) Escreva uma frase inteira aqui: Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

Total Linguagem Pontos

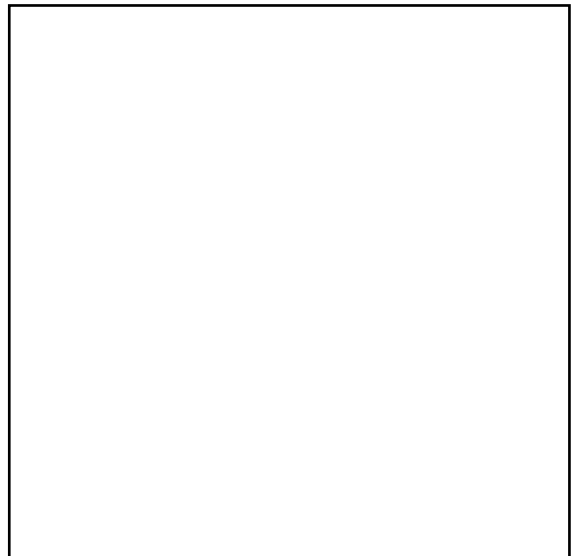
6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) – (0 a 1 ponto).

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho:



Cópia:



Total habilidade construtiva: Pontos

Total de MEEM (Máximo 30 pontos): Pontos

ANEXO II - índice de Lawton-Brody

ÍNDICE LAWTON-BRODY LAWTON E BRODY

Índice Lawton-Brody Lawton e Brody em 1969 desenvolveram uma escala que pretendia medir a incapacidade e servir para planejar e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AVD) que compreendem oito tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (Araújo e colaboradores, 2008; Sequeira, 2007).

Sequeira (2007) apresenta uma versão diferente com a seguinte pontuação: cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5 em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

ANEXO III - Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN

A escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de Braden foi elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, e foi já objeto de vários testes, encontrando-se em uso em vários países. Uma vez desenvolvida nos EUA, onde as características da população são diferentes da nossa realidade, tornou-se imperativo traduzi-la, adaptá-la linguisticamente e culturalmente, testar a sua fiabilidade e a sua validade no contexto nacional, antes de proceder à sua implementação. A escala de Braden foi, pois, validada para Portugal por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira et al., 2007). A escala é constituída por seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as dimensões contribuem para o desenvolvimento de UP, não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra. As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. É considerado de alto risco de desenvolvimento de UP todo o indivíduo que obtiver uma pontuação de 16 ou inferior e de baixo risco o que apresentar uma pontuação igual ou superior a 17 (Idem).

ANEXO IV - Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel, é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, cit. por Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A. e Pinto, C., 2007). Cada uma destas atividades apresenta dois a quatro níveis de dependência, em que zero “corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com níveis de diferenciação” (Sequeira, 2007: p.141/142). A sua pontuação total é de 100 pontos, sendo que quanto menor a pontuação obtida, maior o grau de dependência (Idem):

- 90-100 Pontos – independente
- 60-90 Pontos – ligeiramente dependente
- 40-55 Pontos – moderadamente dependente
- 20-35 Pontos – severamente dependente
- <20 Pontos – totalmente dependente

ANEXO V - Escala de Morse

ESCALA DE MORSE

A escala de Quedas de Morse integra seis itens: (1) história anterior de queda; (2) existência de um diagnóstico secundário; (3) ajuda para caminhar; (4) terapia intravenosa; (5) postura no andar e na transferência; (6) estado mental: a) Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotômica Não/Sim em que “Não” toma sempre o valor zero e “Sim” o valor 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1) 6,7; b) O item 3 tem como respostas possíveis “Nenhuma/ajuda de profissional/cuidador/acamado/cadeiras de rodas” (0), “Muletas/canadianas/bengala/andarilho” (15) ou “Apoia-se no mobiliário para andar” (30). Por fim, o item 5 tem como respostas possíveis “Normal/acamado/imóvel” (0), “Debilitado” (10) e “Dependente de ajuda” (20) 6,7; c) A pontuação total da Escala de Quedas Morse varia entre 0 e 125 pontos e as pessoas são discriminadas em função da sua pontuação 6,7 em (Nível de Evidência III, Grau de Recomendação B): Sem risco ($0 \leq 24$ pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos); Alto risco (≥ 51 pontos).

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma

11º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

UC – Estágio com Relatório – Componente Ambulatório

Estudante: Sílvia Lourenço; Orientador Estágio: [REDACTED];



NOVEMBRO/ DEZEMBRO 2020	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S
	23	24	25	26	27	28	28	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
TURNOS	M	M	M	M						M	M	M					M	M	M			OT	M	M	M	M
Apresentação/ Integração no local de estágio	x	x	x	x																						
Intervenções de Enfermagem	x	x	x	x						x	x	x					x	x	x			x	x	x	x	x
Notas de campo																										
Aplicação de Instrumentos de Avaliação	x	x	x	x						x	x															
Escolha Utente para Estudo	x	x	x	x																						
Entrevista/interação com utente alvo - EC	x	x	x	x						x	x						x	x	x			x	x	x	x	x
Intervenções de Estimulação cognitiva											x							x								x
Reuniões multidisciplinares																										
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrega Reflexão (3)										x																x
Entrega do Cronograma de Estágio				x																						
Entrega do Estudo de Caso (1)																										
Orientação Tutorial																								x		
Avaliação Formativa																										
Avaliação Tutorial																										
Avaliação Final																										

JANEIRO 2021	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S					FEV 2021 Sexta 5
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25					
TURNOS	M	M	M						M	M		M				M	M	M									
Apresentação/ Integração no local de estágio																											
Intervenções de Enfermagem	x	x	x						x	x		x			x	x	x										
Notas de campo	x	x	x						x	x		x			x	x	x										
Aplicação de Instrumentos de Avaliação																											
Escolha Utente para Estudo																											
Entrevista/interação com utente alvo - EC	x	x	x						x	x		x			x	x	x										
Intervenções de Estimulação cognitiva			x							x						x											
Reuniões multidisciplinares																											
Revisão Bibliográfica	x	x	x						x	x		x			x	x	x										

JANEIRO 2021	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25					5 Fev
TURNOS	M	M	M						M	M		M				M	M	M									
Entrega Reflexão (3)																											
Entrega do Cronograma de Estágio																											
Entrega do Estudo de Caso (1)																											
Orientação Tutorial																											
Avaliação Formativa																											
Avaliação Tutorial																											
Avaliação Final																											x

Encerramento da Unidade devido às restrições impostas pela Instituição consequência COVID-19

Fevereiro 2021	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
TURNOS	M	M	M	F	F	M	F	M	M	F	F	F	F	M	M	M	M	F	F	OT	M	M	M	M	F	F
Apresentação/ Integração no local de estágio	x	x	x																							
Intervenções de Enfermagem		x	x			x		x	x					x	x	x	x			x	x	x	x	x		
Notas de campo	x	x	x			x		x	x					x	x	x	x			x	x	x	x	x		
Aplicação de Instrumentos de Avaliação			x			x		x																		
Escolha Utente para Estudo		x																								
Entrevista/interação com utente alvo - EC			x			x		x	x					x	x	x	x			x	x	x	x	x		
Intervenções de Estimulação cognitiva								x						x						x						
Reuniões multidisciplinares									x						x							x				
Revisão Bibliográfica	x	x	x			x		x	x					x	x	x	x			x	x	x	x	x		
Entrega Reflexão (3)									x																x	
Entrega do Cronograma de Estágio								x																		
Entrega do Estudo de Caso (1)																										
Orientação Tutorial																					x					
Avaliação Formativa																										
Avaliação Tutorial																										
Avaliação Final																										

MARÇO 2021	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TURNOS			M	M	M	T		M	M	M		M			M	M	M	M				M	M	M	M				M	M	M
Apresentação/ Integração no local de estágio																															
Intervenções de Enfermagem			X	X	X	X		X	X	X					X	X	X	X				X	X	X	X				X	X	X
xNotas de campo			X	X	X	X		X	X	X					X	X	X	X				X	X	X	X				X	X	X
Aplicação de Instrumentos de Avaliação																															
Escolha Utente para Estudo																															
Entrevista/interação com utente alvo - EC			X	X	X	X		X	X	X					X	X	X	X													
Intervenções de Estimulação cognitiva			X	X	X	X		X	X	X					X	X	X	X				X	X	X	X				X	X	X
Reuniões multidisciplinares			X							X							X							X							X
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X				X	X	X
Entrega Reflexão (3)									X																						
Entrega do Estudo de Caso (1)																															
Orientação Tutorial															X																
Avaliação Formativa									X																						
Avaliação Tutorial																															
Avaliação Final																															

ABRIL 2021	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19													
TURNOS						M		M				M		M	M					OT												
Apresentação/ Integração no local de estágio																																
Intervenções de Enfermagem						X		X				X		X	X					X												
Notas de campo						X		X				X		X	X					X												
Aplicação de Instrumentos de Avaliação						X		X				X		X	X					X												
Escolha Utente para Estudo																																
Entrevista/interação com utente alvo - EC																																
Intervenções de Estimulação cognitiva						X					X																					
Reuniões multidisciplinares								X							X																	
Revisão Bibliográfica						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Entrega Reflexão (3)												X																				
Entrega do Cronograma de Estágio																																
Entrega do Estudo de Caso (1)												X																				
Orientação Tutorial																					X											
Avaliação Formativa																																
Avaliação Tutorial																					X											
Avaliação Final															X																	

APÊNDICE II - Critérios de inclusão/exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO

Crítérios de inclusão	Crítérios de Exclusão
Pessoas com comprometimento cognitivo; (utilização MMSE)	Pessoas com agitação presente e/ou agressividade presente;
Pessoas com diagnóstico médico de Demência ou DCL;	Pessoas com Índice de Barthel <20 Pontos – totalmente dependente;
Participação voluntária na intervenção;	
Pessoas com idade superior a 18 anos de ambos os sexos;	

APÊNDICE III - Avaliação inicial A1, A2, A3 e A4



AVInicial A1.pdf



AV.Inicial A2A3.pdf



AVInicial A4.pdf

APÊNDICE IV - Questionário Sociodemográfico
A1, A2, A3 e A4



DadosSociodemograficos.pdf

APÊNDICE V - Mini-Mental State Examination
(MMSE) A1, A2, A3 e A4

MiniExame do Estado Mental (MEEM)
(Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994))

Utente: _____ A1

Data: 26/11/2020

Avaliador: Espe. S. Vieira Lourenço

1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta) – (0 a 10 pontos).

	CERTO	ERRADO
Em que ano estamos?	✓	
Em que mês estamos?	✓	
Em que dia do mês estamos?		X
Em que dia da semana estamos?	✓	
Em que estação estamos?	✓	
Em que país estamos?	✓	
Em que distrito é que vive?	✓	
Em que terra vive?	✓	
Em que casa estamos?	✓	
Em que andar estamos?	✓	

Total orientação: 9 Pontos

2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida) – (0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras, quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas.
Procure ficar a sabê-las de cor.

	CERTO	ERRADO
Pêra	✓	
Gato	✓	
Bola	✓	

Total retenção: 3 Pontos

3. Atenção e cálculo (1 ponto cada resposta correta) – (0 a 5 pontos).

Se a pessoa der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Solicita-se à pessoa que diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 assim até lhe dizer para parar.

Ex: 30-(3) 27 27-(3) 24 24-(3) 21 21-(3) 18 18-(3) 15

Total atenção e cálculo: 4 Pontos

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar:

	CERTO	ERRADO
Pêra	✓	
Gato	✓	
Bola		X

Total evocação: 2 Pontos

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 8 pontos).

a) Como se chama isto?

Mostrar os objetos – (0 a 2 pontos).

	CERTO	ERRADO
Relógio	✓	
Lápis	✓	

b) Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA – (0 a 1 ponto).

Pontuação: 1 Pontos

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos – (0 a 3 pontos).

	CERTO	ERRADO
Pega com a mão direita a folha	X	
Dobra a folha ao meio		X
Coloca a folha onde deve		X

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar um cartão com a seguinte frase bem legível: FECHER OS OLHOS.

Sendo analfabeto lê-se a frase à pessoa.

	SIM	NAO
Fechou os olhos	✓	

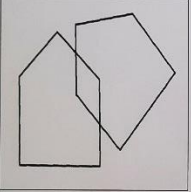
e) Escreva uma frase inteira aqui: Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

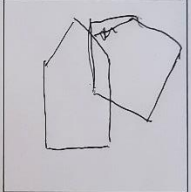
Eu gosto de Pirolha

Total Linguagem 1 Pontos

6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) – (0 a 1 ponto).

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho: 

Cópia: 

Total habilidade construtiva: 1 Pontos

Total de MEEM (Máximo 30 pontos): 25 Pontos

20-26 pontos (Pêra, Gato, Bola, Pirolha)

MiniExame do Estado Mental (MEEM)
(Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994))

Utente: _____ A2

Data: 25/11/2020

Avaliador: Dr.º Sílvia Lourenço (nuova)

1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta) – (0 a 10 pontos).

	CERTO	ERRADO
Em que ano estamos?	✓	
Em que mês estamos?	✓	
Em que dia do mês estamos?	✓	
Em que dia da semana estamos?	✓	
Em que estação estamos?	✓	
Em que país estamos?	✓	
Em que distrito é que vive?	✓	
Em que terra vive?	✓	
Em que casa estamos?	✓	
Em que andar estamos?	✓	

Total orientação: 10 Pontos

2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida) – (0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas.
Procure ficar a sabê-las de cor.

	CERTO	ERRADO
Pêra	✓	
Gato	✓	
Bola	✓	

Total retenção: 3 Pontos

3. Atenção e cálculo (1 ponto cada resposta correta) – (0 a 5 pontos).

Se a pessoa der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Solicita-se à pessoa que diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 assim até lhe dizer para parar.

Ex: 30-(3) 27 27-(3) 24 24-(3) 21 21-(3) 18 18-(3) 15

Total atenção e cálculo: 5 Pontos

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar:

	CERTO	ERRADO
Pêra		✗
Gato	✓	✗
Bola		✗

Total evocação: 1 Pontos

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 8 pontos).

a) Como se chama isto?

Mostrar os objetos – (0 a 2 pontos).

	CERTO	ERRADO
Relógio	✓	
Lápis	✓	

Pontuação: 2

b) Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA – (0 a 1 ponto).

Pontuação: 1 Pontos

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos – (0 a 3 pontos).

	CERTO	ERRADO
Pega com a mão direita a folha	✓	
Dobra a folha ao meio	✓	
Coloca a folha onde deve	✓	

Pontuação: 3

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar um cartão com a seguinte frase bem legível: FECHÉ OS OLHOS.

Sendo analfabeto lê-se a frase à pessoa.

	SIM	NÃO
Fechou os olhos	✓	

Pontuação: 1

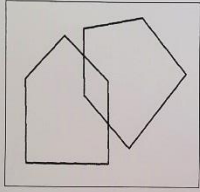
e) Escreva uma frase inteira aqui: Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

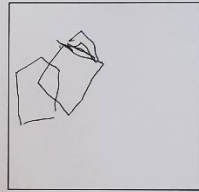
E foi as compas

Total Linguagem: 0 Pontos

6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) – (0 a 1 ponto).

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho: 

Cópia: 

Total habilidade construtiva: 0 Pontos

Total de MEEM (Máximo 30 pontos): 26 Pontos

Pontos Copiados 26

MiniExame do Estado Mental (MEEM)
(Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994))

Utente: A3
Data: 2/12/2020
Avaliador: Silvia Lourenço

1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta) – (0 a 10 pontos).

	CERTO	ERRADO
Em que ano estamos?	✓	
Em que mês estamos?		X
Em que dia do mês estamos?	✓	
Em que dia da semana estamos?	✓	
Em que estação estamos?		X
Em que país estamos?	✓	
Em que distrito é que vive?	✓	
Em que terra vive?	✓	
Em que casa estamos?	✓	
Em que andar estamos?	✓	

Total orientação: 8 Pontos

2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida) – (0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas.
Procure ficar a sabê-las de cor.

	CERTO	ERRADO
Pêra	✓	
Grão	✓	
Bola	✓	

Total retenção: 3 Pontos

3. Atenção e cálculo (1 ponto cada resposta correta) – (0 a 5 pontos).

Se a pessoa der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Solicita-se à pessoa que diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 assim até lhe dizer para parar.

Ex: 30-(3) 27 27-(3) 24 24-(3) 21 21-(3) 18 18-(3) 15 (12) X
27-3=24 *24-3=21* *21-3=18* *18-3=15* *(12) X*

Total atenção e cálculo: 3 Pontos

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar:

	CERTO	ERRADO
Pêra	✓	
Grão	✓	
Bola		X

Total evocação: 2 Pontos

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 8 pontos).

a) Como se chama isto?
Mostrar os objetos – (0 a 2 pontos).

	CERTO	ERRADO
Relógio	✓	
Lápis	✓	

b) Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA – (0 a 1 ponto). ✓
Pontuação: 1 Pontos

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos – (0 a 3 pontos).

	CERTO	ERRADO
Pega com a mão direita a folha	✓	
Dobra a folha ao meio	✓	
Coloca a folha onde deve	✓	

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.
Mostrar um cartão com a seguinte frase bem legível: FECHÉ OS OLHOS.
Sendo analfabeto lê-se a frase à pessoa.

	SIM	NÃO
Fechou os olhos	✓	

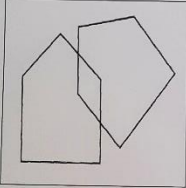
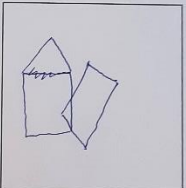
e) Escreva uma frase inteira aqui: Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

EU FUI

Total Linguagem 0 Pontos

6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) – (0 a 1 ponto).

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho:  Cópia: 

Total habilidade construtiva: 0 Pontos

Total de MEEM (Máximo 30 pontos): 23 Pontos
Supervisor de Diagnóstico Cognitivo

APÊNDICE VI - Índice de Lawton-Brody
A1, A2, A3 e A4

26/11/2020
A1

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens	Cotação	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
Lavar a roupa	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
	Lava a sua roupa	4
	Só lava pequenas peças	3
	É incapaz de lavar a roupa	2
Preparar comida	Planeta, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Responsável pela medicação	4
Responsável pelos medicamentos	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

12
Modificação dependente
(9-20 pts)

Versão de: Escalas e testes na demência. - Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - Colaboração da UCB Pharma (Novartis Farma) - Produtos Farmacêuticos, 2003.; Madureira e Vedelho.

2/12/2020 A2

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens	Cotação	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
Lavar a roupa	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
	Lava a sua roupa	4
	Só lava pequenas peças	3
	É incapaz de lavar a roupa	2
Preparar comida	Planeta, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Responsável pela medicação	4
Responsável pelos medicamentos	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

8

Versão de: Escalas e testes na demência. - Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - Colaboração da UCB Pharma (Novartis Farma) - Produtos Farmacêuticos, 2003.; Madureira e Vedelho.

21/12/2020
 A3

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens	Cotação	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
Ir às compras	Incapaz de preparar refeições	4
	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
Uso do telefone	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
	Usa-o sem dificuldade	1
Uso de transporte	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso do dinheiro	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
Responsável pelos medicamentos	Incapaz de usar o transporte	4
	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

M. Pontes
 Necessita de dependente

Versão de: Escalas e testes na demência. - Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) - Produtos Farmacêuticos, 2003.; Madureira e Vedelho.

25/11
 A4

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens	Cotação	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
Ir às compras	Incapaz de preparar refeições	4
	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
Uso do telefone	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
	Usa-o sem dificuldade	1
Uso de transporte	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso do dinheiro	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
Responsável pelos medicamentos	Incapaz de usar o transporte	4
	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Versão de: Escalas e testes na demência. - Grupo e estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - Claboração da UCB Pharma (Novartis Farma) - Produtos Farmacêuticos, 2003.; Madureira e Vedelho.

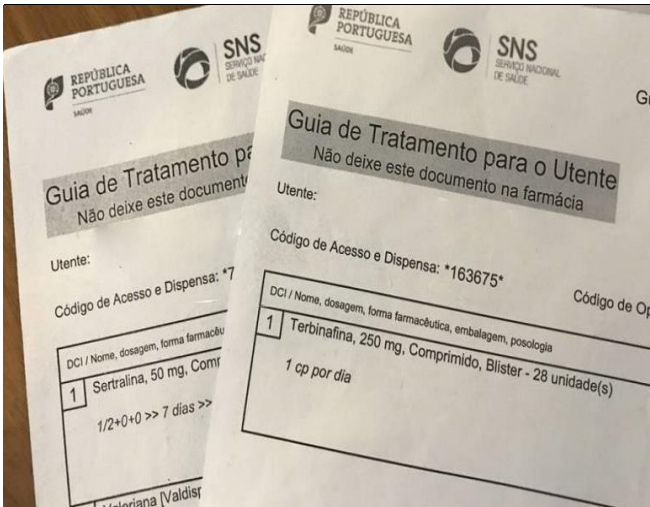
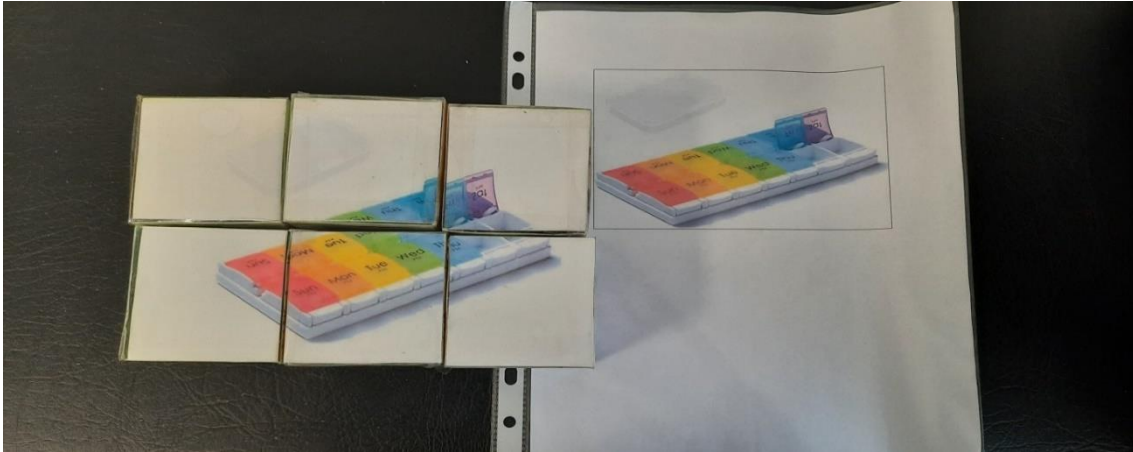
APÊNDICE VII - Plano da Sessão EC Baralho de
Cartas da Alimentação Saudável

Sessão CARTAS DA ALIMENTAÇÃO	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 1 DATA: 4/12/21 HORÁRIO: 10-11h LOCAL/DESTINATÁRIOS: Grupo EC (4) DURAÇÃO: 60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades cognitivas: memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento; • Ensinar e treinar estratégias de compensação de memória • Promover a interação social entre os participantes do grupo • Identificar alguns dos aspetos positivos e negativos do comportamento; • Reformular as preocupações por forma a ligá-las ao problema; • Ajudar na reflexão acerca dos processos de decisão; • Apoiar o processo de mudança; • Psicoeducação: Alimentação saudável 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o Baralho de cartas com a face dos alimentos virado para baixo e pedir para encontrar o par correspondente, virando duas cartas de cada vez. Joga um elemento de cada vez. • No final, depois de serem encontrados todos os pares de alimentos, efetuar esclarecimento acerca da alimentação saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baralho de Cartas de Alimentos



APÊNDICE VIII - Plano da Sessão EC Cubos de Adesão
terapêutica

Sessão CUBOS ADESÃO TERAPÊUTICA	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 2</p> <p>DATA: 10/12/21</p> <p>HORÁRIO: 10-11h</p> <p>LOCAL/DESTINATÁRIOS: Grupo EC (4)</p> <p>DURAÇÃO: 60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades cognitivas: memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento; • Ensinar e treinar estratégias de compensação de memória • Promover a interação social entre os participantes do grupo • Identificar alguns dos aspectos positivos e negativos do comportamento; • Reformular as preocupações por forma a ligá-las ao problema; • Ajudar na reflexão acerca dos processos de decisão; • Apoiar o processo de mudança; • Psicoeducação: Adesão à Terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir para reproduzir as imagens fornecidas (6), utilizando os cubos. • Cada imagem representa uma temática relacionada com a importância da adesão à terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jogo de Cubos de Adesão terapêutica



DICAS DE FARMACÊUTICA

<http://dicasdefarmacautica.blogspot.pt/>
www.dicasdefarmacautica.pt
dicasdefarmacautica@gmail.com

Guia de medicamentos

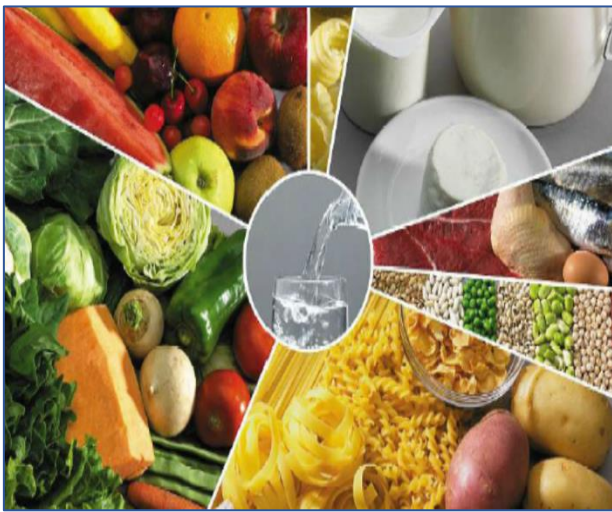
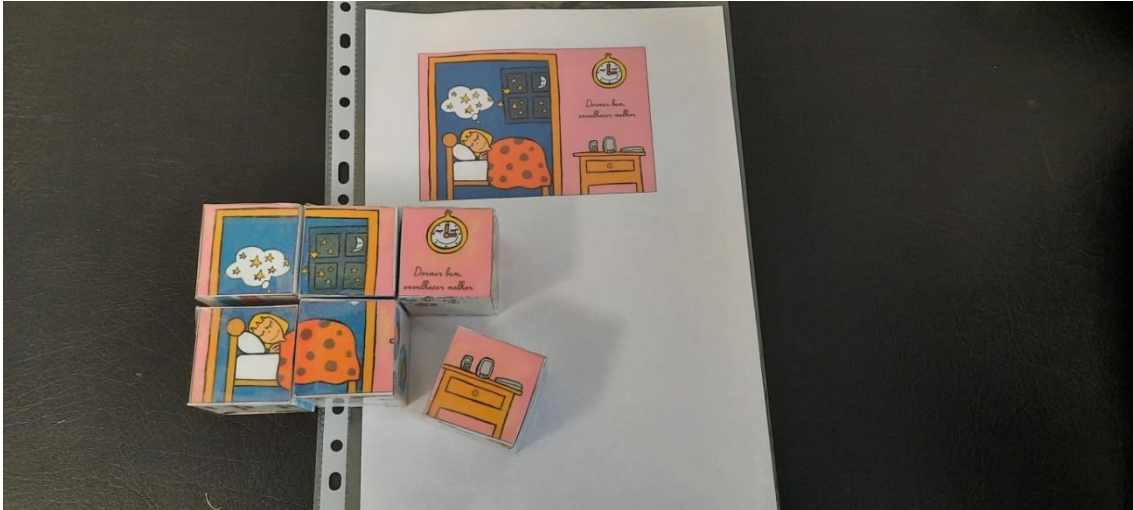
Nome : XXXXXXXXXXXXXXXX Data : Abr-14

Medicamento	Jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Jantar	Deitar	Observações
XXXXX 5mg		1	1			
XXXXX 75 mg				1		
XXXXX 20 mg / passa a XXXXX				1		
XXXXXXX 300 mg		1				
XXXXXX 10 mg					1	
XXXXXXXX 10 mg			1			
XXXXXXXXX 50 mg		1				
XXXXXXXX 10 mg			1			
XXXXXXXX 9,5 mg						1 disco por dia
XXXXXX 100mg		1			1	Durante 5 dias e SOS
XXXXXXXX 50mg						1 em SOS
XXXXXXXX 5mg						1 em SOS

Exemplo das faces dos cubos Adesão Terapêutica.

APÊNDICE IX - Plano da Sessão EC Cubos de Estilos de
Vida saudável

Sessão CUBOS ESTILOS VIDA SAUDÁVEL	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 3</p> <p>DATA: 15/12/21 HORÁRIO: 10-11h LOCAL/DESTINATÁRIOS: Grupo EC (4) DURAÇÃO: 60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades cognitivas: memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento; • Ensinar e treinar estratégias de compensação de memória • Promover a interação social entre os participantes do grupo • Identificar alguns dos aspectos positivos e negativos do comportamento; • Reformular as preocupações por forma a ligá-las ao problema; • Ajudar na reflexão acerca dos processos de decisão; • Apoiar o processo de mudança; • Psicoeducação: Estilos de Vida Saudável 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir para reproduzir as imagens fornecidas (6), utilizando os cubos. • Cada imagem representa uma temática relacionada com a importância de adquirir comportamentos saudáveis em relação: <p>Sono, Exercício Físico, Alimentação Higiene, Tempos livres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jogo de Cubos de Estilos de Vida Saudável



DESAFIE-SE

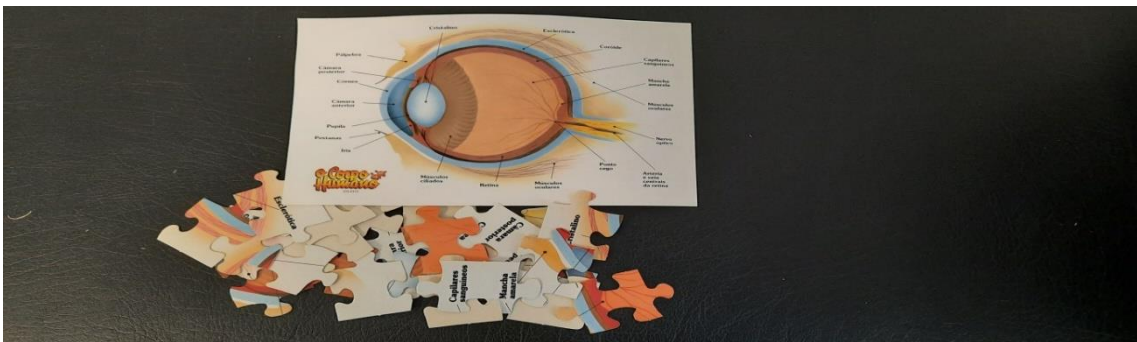
- SAL + TEMPEROS
- AÇÚCAR + FRUTAS
- REFRIS + SUCOS
- DESÂNIMO + MOTIVAÇÃO
- PREGUIÇA + CAMINHADAS



Exemplo das faces dos cubos Estilos de Vida Saudável

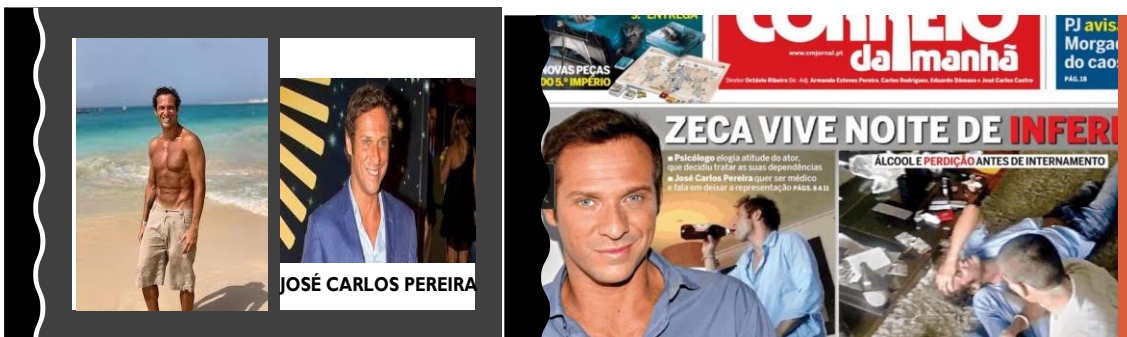
APÊNDICE X - Plano da Sessão EC Puzzle Corpo
Humano

SESSÃO PUZZLES CORPO HUMANO	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 4</p> <p>DATA: 04/01/21 HORÁRIO: 10-11h LOCAL/DESTINATÁRIOS: <i>Grupo EC (4)</i> DURAÇÃO: 60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades cognitivas: memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento; • Ensinar e treinar estratégias de compensação de memória • Promover a interação social entre os participantes do grupo • Identificar alguns dos aspetos positivos e negativos do comportamento; • Reformular as preocupações por forma a ligá-las ao problema; • Ajudar na reflexão acerca dos processos de decisão; • Apoiar o processo de mudança; • Psicoeducação: Efeitos negativos do uso abusivo do álcool no organismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer a cada elemento do Grupo um Puzzle e misturar as peças na mesa. Pedir para construir o desenho que está no cartão fornecido. Cada puzzle retrata imagem de sistema do corpo humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puzzle



APÊNDICE XI - Plano da Sessão EC
Quem sou eu?

SESSÃO QUEM SOU EU?	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 5</p> <p>DATA: 15/01/21 HORÁRIO: 10-11h LOCAL/DESTINATÁRIOS: <i>Grupo EC (4)</i> DURAÇÃO: 60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular as capacidades cognitivas: memória, atenção, concentração, aprendizagem, funções executivas, capacidades visuais-espaciais, fluência verbal e velocidade de processamento; • Ensinar e treinar estratégias de compensação de memória • Promover a interação social entre os participantes do grupo • Identificar alguns dos aspectos positivos e negativos do comportamento; • Reformular as preocupações por forma a ligá-las ao problema; • Ajudar na reflexão acerca dos processos de decisão; • Apoiar o processo de mudança; • Psicoeducação: Efeitos negativos do uso abusivo do álcool no organismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Passar sequência de imagens de figuras reconhecidas em diversas áreas da vida pública que tenham problemas com dependência de álcool e que tiveram consequências para a saúde ou mesmo morte. <p>Pedir para identificar a pessoa.</p> <p>Pedir para refletir acerca do que veem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computador com data show



Exemplo da sequência de PowerPoint.

APÊNDICE XII - Grelha de Observação A1, A2, A3 e
A4



GrelhaObsA1A2A3A4.pdf

APÊNDICE XIII - Avaliação inicial B1, B2, B3, B4, B5
e B6



AVInicial B1.pdf



AvINICIALB2B3B4B5B6.pdf

APÊNDICE XIV - MMSE Inicial (B1, B2, B3, B4, B5 e
B6)



MMSE Inicial B1B2B3B4B5B6.pdf

APÊNDICE APENDICE XV - Escala de Braden (B1,
B2, B3, B4, B5 e B6)



BradenB1B2B3B4B5B6.pdf

APÊNDICE XVI - Índice de Barthel (B1, B2, B3, B4,
B5 e B6)



BarthelB1B2B3B4B5B6.pdf

APÊNDICE XVII - Escala de Morse (B1, B2, B3, B4,
B5 e B6)



MorseB1B2B3B4B5B6.pdf

APÊNDICE XVIII - Grelha de Observação (B1, B2, B3,
B4, B5 e B6)



GrelhaOBSB1B2B3B4B5B6.pdf

APÊNDICE XIX - Sessão 1: Tema: Orientação “Que dia é hoje?”

SESSÃO Nº 1**TEMA:** Orientação “Que dia é hoje?”**OBJETIVOS:**

Estimular o raciocínio;

Desenvolver o vocabulário;

Intervir nos instrumentos biológicos que promovem a plasticidade neuronal;

Estimular a agilidade mental;

Manter as reservas cognitivas;

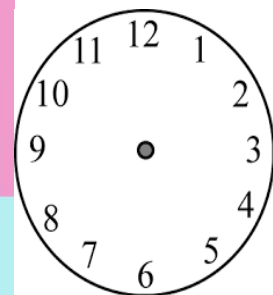
Atenção ao meio ambiente.

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS: DURAÇÃO: 30´**

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Jogo de apresentação: cada um dos utentes deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente para o grupo		5´
Desenvolvimento	As integrantes da orientação são: o nome, mês, dia da semana, estação, local e hora. Os clientes devem responder às questões e ter em atenção as pistas que o meio que oferece. Quando as respostas não corresponderem á realidade, serão orientados para a perceção e compreensão das perguntas e respostas.	Papel e caneta	20´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação do utente)	5´

Fevereiro 2021						
Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

Calendários Michel Zbinden / 62DS



APÊNDICE XX - Sessão 2: Tema: Nomeação de
objetos e Ordem dos dedos

SESSÃO Nº 2**TEMA:** Nomeação de Objetos e Ordem dos dedos**OBJETIVOS:**

Estimular o raciocínio;
 Estimular a flexibilidade mental;
 Estimular as capacidades de compreensão e de aprendizagem;
 Despertar as capacidades de reserva cerebrais.

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS:****DURAÇÃO:** 30´

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Jogo de apresentação: cada um dos utentes deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente para o grupo		5´
Desenvolvimento	Pede-se ao utente para dizer o nome de 12 objetos e para que servem, se o utente não responder, então deve ser ajudado na semântica e compreensão; Em seguida, pede-se ao utente para dizer o nome dos dedos pela seguinte ordem: polegar, mínimo, indicador, médio, anelar; podem ser usados sinónimos destas palavras pra uma melhor compreensão.	Papel e caneta	20´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação do utente)	5´



Exemplos de objetos mostrados.

APÊNDICE XXI - Sessão: 3 Tema: Diferenças e
Criatividade

SESSÃO Nº 3**TEMA:** Diferenças e Criatividade**OBJETIVOS:**

Estimular a agilidade mental e perceptiva;

Promover a atenção e a concentração;

Estimular a atividade cerebral.

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS:****DURAÇÃO:** 50´

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Jogo de apresentação: cada um dos utentes deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente para o grupo		5´
Desenvolvimento	1º Será entregue aos utentes uma folha onde consta 2 imagem. É pedido que observem a imagem e que identifiquem as diferenças entre as duas. Este processo pode ser repetido com outras imagens para identificarem as diferenças. 2º Pintar o desenho	Papel e caneta	40´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação do utente)	5´



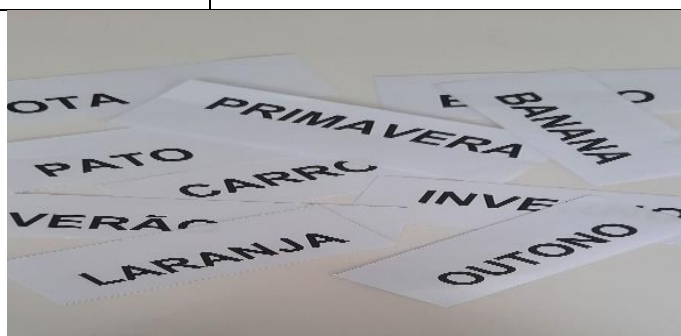
APÊNDICE XXII - Sessão: 4 Tema: Memorização de
Palavras

SESSÃO Nº 4**TEMA:** Memorização de palavras**OBJETIVOS:**

Estimular a atenção bem como outras habilidades da inteligência incluindo a memória;
Estimular/manter habilidades cognitivas colaborando para a conservação do desempenho Cognitivo;
Estimular a atenção visual bem como outras habilidades da inteligência incluindo a memória;
Estimular o raciocínio abstrato e vocabulário;
Treinar/Estimular a memória e concentração;

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS:****DURAÇÃO: 30´**

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Apresentação: o utente(s) deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente.		5´
Desenvolvimento	Para quem sabe ler: <ul style="list-style-type: none">• Os utentes vão memorizar o máximo de palavras possíveis presentes na cartolina. Seguidamente, numa folha branca, vão escrever todas as palavras de que se lembram; Para quem não sabe ler: <ul style="list-style-type: none">• Serão evocadas as palavras da cartolina, seguidamente os utentes terão de repetir as palavras que ouvirem.	Papel, cartolina e caneta	20´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação da utente)	5´



APÊNDICE XXIII - Sessão: 5 Tema: Jogo da
memória

SESSÃO Nº 5**TEMA:** Jogo da memória**OBJETIVOS:**

Estimular/Treinar a memória e a atenção visual;

Estimular a flexibilidade mental;

Treinar a capacidade de concentração;

Estimular a memória a curto prazo, através da retenção de informação por um breve período de tempo.

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS:****DURAÇÃO:** 30´

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Jogo de apresentação: cada um dos utentes deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente para o grupo		5´
Desenvolvimento	1º Os utentes vão criar um jogo de memória em conjunto com a técnica. O jogo deve consistir em virar cartas, de 2 em 2 até encontrar os pares; 2º dispor as cartas na mesa viradas para cima aleatoriamente e encontrar o par correspondente	Baralho de cartas com imagens	20´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação da utente)	5´



APÊNDICE XXIV - Sessão: 6 Tema: Compreensão de ordens
e Praxia Ideativa

SESSÃO Nº 6**TEMA:** Compreensão de ordens e Praxia ideativa**OBJETIVOS:**

Estimular a agilidade mental e perceptiva;

Promover a atenção e a concentração;

Estimular a atividade cerebral;

Desenvolver a fluência verbal.

Estimular as habilidades cognitivas;

Promover a atenção;

Estimular a preservação cognitiva.

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS: DURAÇÃO: 30´**

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Jogo de apresentação: cada um dos utentes deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente para o grupo		5´
Desenvolvimento	O utente deve executar 3 ordens. Cada ordem só pode ser repetida 1 vez. As ordens só são consideradas corretas se forem executadas na totalidade O utente deve executar uma sequência de ações.	Papel	20´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação da utente)	5´

APÊNDICE XXV - Sessão: 7 Tema: Comunicar através
do corpo

SESSÃO Nº 7**TEMA:** Comunicar através do corpo**OBJETIVOS:**

Estimular a interação social, atenção e concentração;
Promover a linguagem e fluência verbal;
Estimular a comunicação não-verbal;
Promover o autoconhecimento e conhecimento recíproco;
Estimular a memória e atenção;
Estimular a criatividade e a fantasia
Promover a agilidade mental.

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS:**

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Jogo de apresentação: cada um dos utentes deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente para o grupo		5´
Desenvolvimento	Pedir ao utente para, com o corpo, expressar alguns sentimentos ou situações;		20´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação do utente)	5´

APÊNDICE XXVI - Sessão: 8 Tema: Desenho
livre

SESSÃO Nº 8**TEMA:** Desenho livre**OBJETIVOS:**

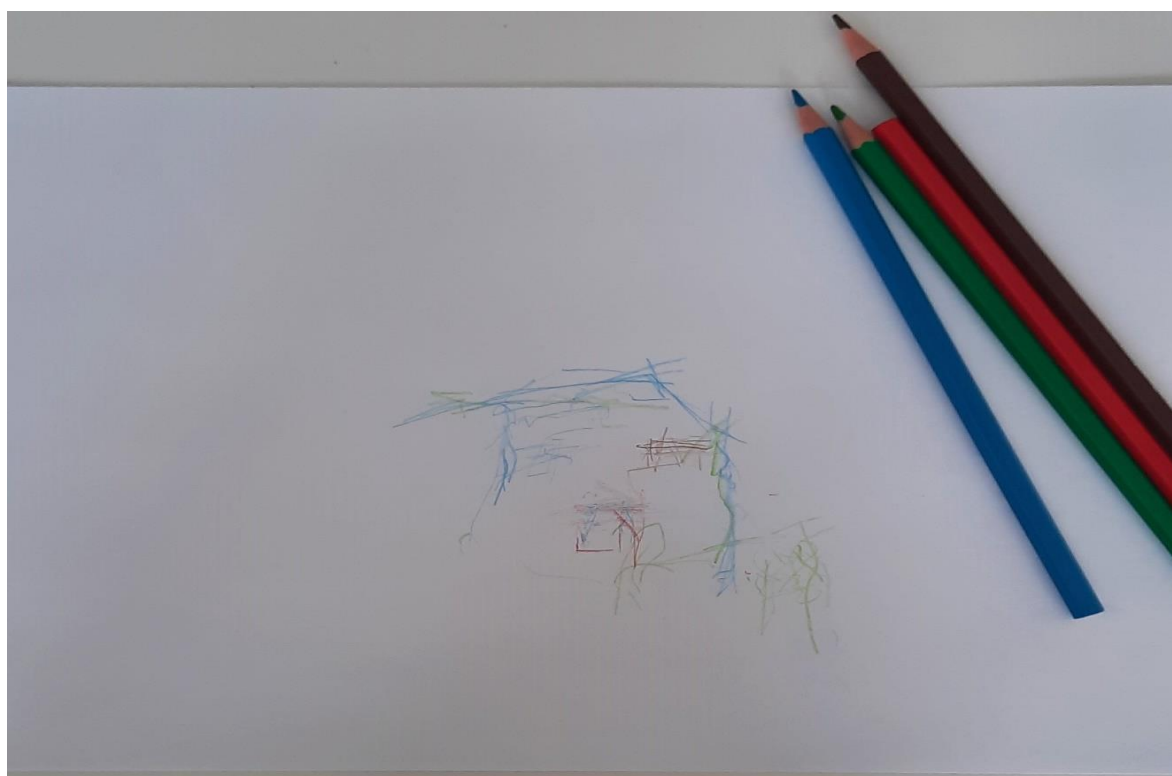
Promover a orientação pessoal;

Estimular as funções perceptivas, da atenção, da concentração, do pensamento abstrato, da orientação no espaço e da coordenação psicomotora;

Estimular a capacidade construtiva.

DATA:**HORÁRIO:****LOCAL/DESTINATÁRIOS:****DURAÇÃO: 50´**

FASE	DESENVOLVIMENTO	MATERIAIS	TEMPO
Introdução	Apresentação: o utente deverá apresentar-se revelando a informação que considerar pertinente		5´
Desenvolvimento	O utente deve desenhar o que lhe apetecer sem tema e colorir se quiser.	Papel e lápis, lápis de cor.	40´
Avaliação Final	Sintetizar o que foi desenvolvido na sessão	Preenchimento pelo formador da grelha de observação do comportamento dos participantes durante a sessão (fazer referência ao anexo que inclui a grelha de observação da participação do utente)	5´



APÊNDICE XXVIII - MMSE FINAL (B1, B2, B3, B4,
B5 e B6)



MMSEFinal B1B2B3B4B5B6.pdf

APÊNDICE XXVIII - Reflexões



Psicogeriatría_Reflexão I.pdf



Psicogeriatría_Reflexão II.pdf



Psicogeriatría_Reflexão III.pdf



Reflexão 1 Comunitária.pdf



Reflexão 2 Comunitária.pdf



Reflexão 3 Comunitária.pdf

APÊNDICE XIX - Estudos de Caso



Estudo Caso Psicogeriatría.pdf



ESTUDO CASO UTRA Ia.pdf