Universidades Lusíada

Santos, Damiana Sofia Bonifácio dos, 1991-

O trabalho do psicólogo clínico e do neuropsicólogo em contexto hospitalar

http://hdl.handle.net/11067/1756

Metadados

Data de Publicação 2015-12-10

Resumo O presente relatório tem como intuito a exploração de competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio académico para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica, realizado na Unidade de neuropsicologia, inserida no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Neste documento, serão apresentadas a descrição da instituição, a caracterização da unidade escolhida para o efeito, a caracterização da população-alvo, e a descrição das funções do psicólogo clínico dentro desta unidade. Se...

Palavras Chave Psicologia clínica - Prática profissional, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-20T01:18:23Z com informação proveniente do Repositório

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O trabalho do psicólogo clínico e do neuropsicólogo em contexto hospitalar

Realizado por:
Damiana Sofia Bonifácio dos Santos
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientado por:
Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof. Doutor José Leonel de Góis Horácio

Relatório aprovado em: 4 de Dezembro de 2015

Lisboa

2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O trabalho do psicólogo clínico e do neuropsicólogo em contexto hospitalar

Damiana Sofia Bonifácio dos Santos

Lisboa

Outubro 2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O trabalho do psicólogo clínico e do neuropsicólogo em contexto hospitalar

Damiana Sofia Bonifácio dos Santos

Lisboa

Outubro 2015

Damiana Sofia Bonifácio dos Santos

O trabalho do psicólogo clínico e do neuropsicólogo em contexto hospitalar

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientador de estágio: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Lisboa

Outubro 2015

Ficha Técnica

Autora	Damiana Sofia Bonifácio dos Santos
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador de estágio	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Título	O trabalho do psicólogo clínico e do neuropsicólogo em contexto hospitalar
Local	Lisboa
Ano	2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SANTOS, Damiana Sofia Bonifácio dos, 1991-

O trabalho do psicólogo clínico e do neuropsicólogo em contexto hospitalar / Damiana Sofia Bonifácio dos Santos ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-
II - DOMINGOS, Manuel Carlos do Rosário, 1953-
III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH
1. Psicologia clínica - Prática profissional
2. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e Estudo (Estágio)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Clinical psychology - Practice
2. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Study and teaching (Internship)
3. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
4. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RC467.95.S26 2015

Dedico este trabalho aos meus irmãos,

João, Marcus e Nesta.

Para que eles também nunca deixem de lutar pelos seus sonhos.

Agradecimentos

Apesar do pequeno espaço dedicado a este fim, não podería deixar de dar o meu apreço a todas as pessoas que contribuíram para a conclusão de mais uma etapa com sucesso na minha vida.

Em primeiro lugar, gostaría de agradecer à coordenadora do curso de Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, Professora Doutora Tânia Gaspar, pela brilhante organização de toda a licenciatura e mestrado que me permitiu adquirir cada vez mais e mais conhecimento e mais interesse pela área.

À Professora Doutora Túlia Cabrita pelo incessante auxílio ao longo do ano, que me permitiu sempre tirar dúvidas e melhorar o meu trabalho.

Ao coordenador da unidade de neuropsicologia do CHPL e professor da Universidade Lusíada de Lisboa, Professor Doutor Manuel Domingos, um obrigado não chegaria para agradecer tudo o que fez por mim durante este ano e tudo o que me ensinou. Agradeço, acima de tudo, por ter tido o previlégio de ser sua estagiária.

À Dra. Gabriela Álvares Pereira pelo apoio fornecido e pelas palavras amigas que me dirigiu sempre que foi necessário.

Aos meus colegas do CHPL, Ana Claro, Mário Augusto, David Guerreiro, Luís Branco, Teresa Hacamo, Anabela Martins, Patrick Paula e Nádia Brito por todo o apoio e toda a amizade.

Aos restantes profissionais da unidade de neuropsicologia do CHPL, por me ajudarem e por me fazerem sentir tão bem dentro daquele serviço.

À minha família, aos meus pais, ao meu avô Abílio, à minha avó Mariana e à minha tia Liliana que além de sempre acreditarem em mim, me transmitiram os seus valores e me ajudaram sempre para que este sonho se tornasse realidade, o meu agradecimento é infinito e espero deixá-los sempre orgulhosos.

Ao Luis por estes cinco anos, por me aturar a mim e ao “cognitivo”, por me apoiar sempre incondicionalmente, este feito, também se deve muito a ti.

Aos meus amigos e colegas Nuno, Joana e Cláudia por me ajudarem com as minhas dúvidas, por me aturarem nos meus momentos de “desespero” e por me apoiarem incondicionalmente.

À minha amiga Sara Karim, pela ajuda no inglês que me permitiu aprimorar este trabalho.

Aos meus amigos, por serem quem são e por fazerem parte da minha vida.

Ao Jung, por me acordar quando adormecia rodeada de livros, por trepar para o meu computador, pelas lambidelas nos meus apontamentos e pelo amor incondicional que me dá.

“ Conheça todas as teorias,

domine todas as técnicas,

mas ao tocar numa alma humana,

seja apenas outra alma humana.”

Carl. Gustav Jung

O trabalho do Psicólogo Clínico e do Neuropsicólogo em contexto hospitalar

Damiana Sofia Bonifácio dos Santos

Resumo

O presente relatório tem como intuito a exploração de competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio académico para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica, realizado na Unidade de neuropsicologia, inserida no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Neste documento, serão apresentadas a descrição da instituição, a caracterização da unidade escolhida para o efeito, a caracterização da população-alvo, e a descrição das funções do psicólogo clínico dentro desta unidade.

Serão também descritos os instrumentos utilizados na avaliação e reabilitação dos pacientes nesta unidade, bem como os modelos teóricos em que esta se rege, de forma a olhar para o paciente de uma forma holística, diminuindo o seu sofrimento, otimizando a sua autonomia, e apoiando os seus familiares que também eles, se sentem sozinhos e perdidos perante este tipo de problemáticas.

Para finalizar, são ainda descritos exaustivamente dois estudos de caso no âmbito da doença vascular cerebral, afasia, depressão e perturbação de *stress* pós-traumático.

Palavras-chave:

Psicologia clínica, neuropsicologia, avaliação psicológica e neuropsicológica, intervenção

The work of the Clinical Psychologist and Neuropsychologist in the hospital setting

Damiana Sofia Bonifácio dos Santos

Abstract

The present report aims the exploration of the competencies acquired and developed throughout an academic internship, done in order to obtain a Master degree in Clinical Psychology at Lisbon's Psychiatric Hospital Center neuropsychology unity.

In this document, there will be present a description of the institution, a characterization of the unity chosen for the effect, the characterization of the target audience and a description of the functions of the clinical psychologist inside this unit.

There will also be described the instruments used in this unity's patient evaluation and rehabilitation, as well as the theoretical models in which these are conducted, aiming to look at the patient in a holistic way, diminishing the suffering, optimizing the autonomy, and supporting the relatives since they also feel lonely and lost before this kind of issues.

Also, in conclusion, two case studies are exhaustively described under the topics of cerebrovascular disease, aphasia, depression and post-traumatic *stress* disorder.

Keywords:

Clinical Psychology, neuropsychology, psychological and neuropsychological evaluation and intervention

Lista de tabelas

Tabela 1. *Classificação das síndromes afásicas* 37
Tabela 2. *Amostra/ Estudos de Caso* 54
Tabela 3. *Intervenção Terapêutica nos Estudos de Caso* 55
Tabela 4. *Avaliações/ Reabilitações realizadas durante o Estágio* 56
Tabela 5. *Avaliação da presença ou não de Defeito Cognitivo do MMSE* 61
Tabela 6. *Atividades desenvolvidas/ Carga Horária* 65

Abreviaturas

ANP- Avaliação Neuropsicológica

APA- American Psychological Association

ASA- American Stroke Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CHPL- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

DCL- Défice Cognitivo Ligeiro

ECT- Eletroconvulsivoterapia

ISN - Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica

MMSE – Mini Exame do Estado Mental

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

PSPT- Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

TAC- Tomografia Computorizada

TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

Índice

Introdução 1

Breve apresentação histórica e caracterização da Instituição 3

Caracterização da População 7

Unidade de Neuropsicologia 9

Enquadramento Teórico 11

Psicologia clínica 11

Psicologia clínica – resenha histórica 11

Definição de psicologia clínica 13

Neuropsicologia 16

Objetivos da psicologia 18

A atividade do psicólogo clínico e a ética 19

Atividades do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico 19

O psicólogo clínico e a ética 20

Intervenção psicológica 22

Terapia cognitiva 22

Avaliação psicológica – ênfase neuropsicológica 25

A psicologia/psicopatologia do envelhecimento 27

Psicologia do envelhecimento 27

Patologias 29

Acidente vascular cerebral 29

Afasia 33

Depressão 37

Perturbação de *stress* pós-traumático 42

Objetivos de Estágio 51

Método 53

Participantes 53

Instrumentos 56
Procedimentos 62
Outras Atividades desenvolvidas 65
Resultados 67
Estudo de Caso A 67
Discussão do caso 78
Estudo de Caso B 82
Discussão do caso 86
Conclusão 91
Reflexão Final 93
Referências 94
Apêndices .....
Lista de Apêndices .....
Apêndice 1 .....
Apêndice 2 .....
Anexos .....
Lista de Anexos .....
Anexo A .....
Anexo B .....
Anexo C .....

Introdução

O estágio curricular é uma das fases mais emocionantes e interessantes na vida de um estudante, permitindo fazer a ponte entre os conhecimentos adquiridos ao longo do seu percurso escolar e a sua vida profissional, colocando em prática conhecimentos já adquiridos e integrando novos.

Este relatório encontra-se dividido em várias partes. Em primeiro lugar, será dado a conhecer o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, a Unidade de Neuropsicologia e a caracterização da população alvo que recorre todos os dias a este centro na esperança de encontrar soluções para os seus problemas. Ainda nesta óptica, serão apresentados os objetivos definidos para este estágio.

Em segundo lugar, será apresentado todo o enquadramento necessário para uma elevada compreensão do trabalho desenvolvido neste âmbito, incluindo técnicas e patologias, que permitem contextualizar e sustentar teórica e empiricamente as decisões tomadas ao longo do trabalho desenvolvido.

Em terceiro lugar, serão descritos exaustivamente todas as técnicas de avaliação e intervenção utilizadas no decorrer de dois estudos de casos. Os estudos de casos estão dividos consoante a história clínica, avaliação, plano terapêutico, análises e progressão das sessões e as discussões de casos.

Por último, mas não menos importante, encontra-se uma pequena reflexão final acerca desta experiência e dos benefícios adquiridos ao longo do presente ano létivo, não apenas profissional, como também pessoal. Esta reflexão tem como objetivo elucidar o leitor acerca da experiência vivida durante o estágio curricular no CHPL.

Breve apresentação histórica e caracterização da Instituição

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), consiste num hospital psiquiátrico e de saúde mental, criado pela Portaria nº 1373/2007 de 19 de Outubro, resultante da junção entre os antigos Hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda considerado um estabelecimento público do serviço Nacional de Saúde dotado de personalidade jurídica, autonomia financeira, administrativa e patrimonial. Este Centro foi criado com o objetivo de prestar cuidados especializados ao nível da psiquiatria e da saúde mental a todos os cidadãos adultos, como também, participa na preservação do património arquitetónico e da memória documental que representam testemunhos valiosos da História portuguesa.

O Hospital Miguel Bombarda, fundado em 1848, foi o primeiro hospital psiquiátrico de Portugal. Na sua origem encontrava-se o Convento da Congregação da Missão dos Padres de S. Vicente de Paulo, cimentado na quinta de Rilhafoles. Dirigido para cerca de 300 pacientes, foi o local que protagonizou um dos momentos mais importantes do período turbulento que levou à implementação da República, o assassinato do médico e cientista que dirigiu o Hospital de Rilhafoles, Miguel Bombarda. O Hospital de Rilhafoles acolhia os internamentos compulsivos de jovens que eram condenados pelo Santo Ofício devido a crimes contra os bons costumes e a moral.

O Hospital Júlio de Matos nasce dentro do Hospital Miguel Bombarda tendo na sua criação dois Grandes impulsionadores, o Médico Psiquiatra Júlio de Matos e o empresário António Higino Salgado de Araújo. Este empresário tinha sido internado à força pelos seus sócios no Hospital de Rilhafoles, e a sua experiência de internamento demonstrou ao empresário as condições em que viviam os doentes mentais ali institucionalizados. Sensibilizado com a situação dos seus companheiros, o empresário

decidiu contribuir para um melhoramento profundo dessa mesma realidade deixando em testamento terrenos para a construção de um novo hospital psiquiátrico. Com a morte de Miguel Bombarda, Júlio de Matos, médico psiquiatra residente no Porto, é chamado a Lisboa e juntamente com a doação do empresário e o forte impulso e ambição que já continha em construir um novo hospital, inicia-se um novo projecto, o Hospital Júlio de Matos, iniciando as obras em 1913 e denominando-se de Novo Manicómio de Lisboa.

Passados quase 30 anos do início da sua construção, o Novo Manicómio de lisboa é inaugurado em 1942, tendo como objetivo fulcral, o atendimento de indivíduos com patologia psiquiátrica, sendo na altura, considerado como um dos melhores hospitais da Europa. Ganhando cada vez mais uma maior dimensão relativamente ao desenvolvimento da medicina, transformando-se no palco de várias iniciativas, tais como, a instalação da primeira Unidade de Psicocirurgia Portuguesa, em que o Professor Egas Moniz acabou por desenvolver as técnicas de angiografia cerebral e lobotomia. Terá sido também palco da primeira Reunião Europeia de Neurocirurgia e, posteriormente, recebeu o Congresso Internacional de Psicocirurgia, presidido pelo norte-americano Walter Freeman, encontro este, onde Egas Moniz foi proposto para nobel de Fisiologia/Medicina que mais tarde lhe seria atribuído em 1949.

Outro dos grandes avanços notórios deste hospital, a nível internacional, consistiu numa inovadora abordagem no tratamento dos doentes psiquiátricos, que proporcionava uma maior liberdade, permitindo a alguns doentes circular inclusivé no exterior do hospital.

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), estabelecimento público do serviço nacional de saúde, surge em Outubro de 2007, constituído por 33 pavilhões e espaços verdes que ocupam cerca de 20 hectares.

Esta Instituição é regida através de valores de humanização e personalização na prestação de cuidados, utilizando como máxima o respeito e dignidade individual de cada doente e tendo como objetivo principal a promoção de saúde mental na comunidade, articulando-se com outras redes sociais de suporte como Autarquias, Segurança Social e outras Instituições comunitárias.

As respostas dadas pelo CHPL são elaboradas através de dois regimes, o regime de ambulatório e o regime de internamento. O regime de internamento engloba programas específicos de âmbito transversal, orientados por patologia. O desenvolvimento de redes de serviços locais organizados por setores geodemográficos incluindo áreas funcionais de intervenção comunitária e de consultas externas como também o desenvolvimento de programas ao nível da reabilitação adaptados às necessidades específicas dos doentes que aqui residem, promovendo assim, a desinstitucionalização. O regime de ambulatório é constituído por: sete estruturas comunitárias, espalhadas por vários concelhos, perimitndo chegar a um maior número de pessoas; um hospital de dia; seis áreas de dia; consultas externas, constituídas por consultas médicas e não médicas; uma equipa multidisciplinar encarregue da intervenções domiciliárias; um serviço de urgência; e para finalizar, seis meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Caracterização da População

A preocupação fulcral do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa é assegurar à população adulta, tanto na sua àrea de influência direta (1.057.406 habitantes), como na sua área de influência indireta (Beja e Faro, 603.704 habitantes), cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria, de forma oportuna e integrada prestadas através de equipas multidisciplinares qualificadas, garantindo respostas necessárias aos individuos portadores de doença mental durante todo o ciclo da sua doença. Desta forma, o CHPL tornou-se responsável pela resposta aos pedidos de referenciação para internamento de doentes provenientes dessas mesmas áreas e pela resposta aos acordos com as redes de referenciação, cumprindo os contratos-programa celebrados em conjunto com outras instituições, prestando cuidados de saúde e desenvolvendo atividades complementares como investigação, formação e de ensino pós-graduado. Para além destas funções acima assinaladas, o CHPL assegura o atendimento psiquiátrico de urgência, realizado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E. (Hospital de São José).

Unidade de Neuropsicologia

A Unidade de Neuropsicologia é criada em 2005 com a finalidade de apoiar de forma mais correta o doente neurológico, localizando-se no pavilhão 17-A e apesar de pertencer ao serviço de Psicologia Clínica, partilha um espaço físico com as unidades de Eletroconvulsivoterapia, Eletroencefalografia e Neurofisiologia, sendo composto por salas destinadas às diferentes especialidades de cada serviço, (secretaria/recepção, 1 sala de eletroconvulsivoterapia, 1 gabinete para consulta de neurologia, 1 sala para coffee break, 2 salas de realização de eletroencefalograma, 2 wc e 3 gabinetes de Neuropsicologia).

Esta unidade encontra-se no regime de ambulatório, pertencendo à resposta hospitalar não-médica da psicologia e encontra-se focada em dois aspetos fulcrais, nomeadamente, a clínica e a investigação, porém, o aspeto clínico apresenta-se sempre com um valor preferencial. Constituída por um coordenador clínico Neuropsicólogo e três Psicólogas/Neuropsicólogas, utiliza exames clínicos que avaliam as funções superiores e cria programas de reabilitação e apoio ao doente com lesão cerebral.

Apesar de se enquadrar dentro das consultas externas, a assistência clínica oferecida por esta unidade abrange as seguintes vertentes: pacientes provenientes da consulta externa, internados do CHPL (agudos e crónicos residentes), utentes provenientes do Serviço de Psiquiatria Forense (pedidos de exames periciais médico-legais), do Serviço de Eletroconvulsivoterapia (quando necessária a avaliação neuropsicológica pré e/ou pós tratamento por ECT) e pacientes provinientes dos cuidados de saúde primários ou de outros Hospitais Gerais.

O papel principal do terapeuta nesta unidade será a de avaliação neuropsicológica e posteriormente a criação de planos de reabilitação, utilizando quer o acompanhamento por parte dos profissionais que consoante a disponibilidade do serviço, dos pacientes e

da gravidade da situação poderá ser semanal, quinzenal ou mensal e também o ensino de estratégias que tanto o utente como os cuidadores informais, tais como os familiares, podem utilizar como suporte facilitando as tarefas e a independência do paciente. Desta forma, assim que a pessoa é avaliada faz-se um relatório e consoante as características da pessoa, as suas possibilidades, intelectuais e económicas, e as suas dificuldades, criam-se planos de reabilitação que podem passar por um *software* de estimulação cognitiva, exercícios de estimulação de papel e lápis, apoio psicológico e envolvimento dos familiares na aprendizagens de estratégias que possam facilitar o dia-a-dia. Assim, ao utilizar-se uma reabilitação tão ampla, almejam não só os défices cognitivos como também as alterações emocionais e comportamentais consequentes, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Enquadramento Teórico

Psicologia clínica

Psicologia clínica – resenha histórica

A psicologia tal como todos os outros ramos pertecentes há ciência do saber, era constituída como uma disciplina da filosofia, da qual se evidenciou no decorrer do século XIX constituindo-se como uma disciplina científica. Terá sido no contexto do movimento científico criado na Alemanha que a psicologia melhor explica esta emancipação. A investigação de todas as leis que ligam o universo físico ao universo psíquico das sensações formaram as primeiras preocupações vividas pelos fundadores da psicologia científica tal como Fechner, Helmholtz, Weber e Wundt (Doron & Parot, 2001).

A psicologia clínica inicia o seu desenvolvimento nos finais do século XIX, sendo o seu termo usado pela primeira vez pelo americano Lightner Witmer que fundou a primeira clínica de psicologia na Universidade da Pensilvânia onde acompanhavam algumas crianças com queixas a nível escolar (Miranda, 2013). Neste momento, a preocupação fulcral destes profissionais encontrava-se na avaliação de crianças que apresentassem debilidade física ou mental criando-se dois grandes institutos em 1906 e 1909. Em 1916, Poppelreuther, através da utilização de exames de avaliação das funções mentais inaugura um centro de reabilitação psicológica para indivíduos portadores de ferimentos cerebrais, estudando as suas possibilidades de voltarem ao trabalho após as lesões. No entanto, para além da meritória relevância social, a psicologia clínica continuava a necessitar encontrar o seu estatuto epistemológico que a alicerçasse teóricamente e a visualizasse como ciência. Assim nascem dois conceitos fulcrais para esta área, o método clínico e o raciocínio clínico (Ribeiro & Leal, 1996).

O método clínico não se resume apenas ao exame dos casos anormais, essencialmente, é o responsável pelo exame aprofundado de casos individuais onde os testes mentais constituem um instrumento de diagnóstico, bem como a entrevista padronizada (Jesuino, 2002).

O raciocínio clínico, apesar de pouco divulgado, baseia-se em aspetos como a aprendizagem, a experiência, o raciocínio dedutivo e indutivo, a interpretação da evidência e a intuição, e consiste em três fases. Primeiramente, é elaborada uma investigação acerca das queixas do paciente através de uma análise da história pessoal e da observação clínica. De seguida, é realizada uma recolha de dados através de técnicas de diagnóstico. Para finalizar, os dados anteriormente recolhidos são integrados permitindo um conhecimento holístico do estado do paciente averiguando se há necessidade de realizar mais exames ou se se inicia um processo terapêutico, sendo discutido com o paciente (Goldman, 1991, cit. por Ribeiro & Leal, 1996).

Esta área, em Portugal, encontra-se em evolução desde os anos sessenta e é marcada através da importância institucional que vai adquirindo ao longo do tempo, tanto nas universidades como nos locais de tratamento e de educação. Lentamente, criam-se lugares para técnicos cujo as suas competências sejam reconhecidas, acompanhado de uma diferenciação de atividades consoante os métodos de intervenção dos psicólogos, correspondendo a um maior crescimento de espaços (Pedinielli, 1999; Ribeiro & Leal, 1996). Segundo Revault D'Allonnes (1989) ela inspira-se nos processos clínicos que demonstrem uma ligação estreita com a prática, dêem importância ao envolvimento, possuam relações estreitas com a psicanálise, atribuam importância ao papel do pedido e da relação entre o psicólogo e o sujeito, reavaliem a dimensão social, e, apresentem estreitas relações com a psicanálise.

Pedinielli (1999) afirma que enquanto a psicologia clínica desenvolvia-se tendo como base a psicanálise, pondo, por vezes de parte, a reflexão sobre as suas técnicas, a especificidade das suas intervenções, a sua eficácia no tratamento e a validade dos conhecimentos produzidos, outras áreas da psicologia seguiam uma evolução de forma muitíssimo diferente, procurando modelização, articulação com os trabalhos internacionalmente elaborados, critérios para validar as hipóteses e sensibilidade a novos modelos teóricos, tal como o conexionismo ou o cognitivismo. Assim assiste-se a uma nova conceção da psicologia clínica que apresenta uma visão mais alargada, além da visão psicanalítica do paciente, abrindo espaço a novas correntes e modelos psicológicos, permitindo aos técnicos ganhar força no contexto clínico.

Dentro deste marco histórico deparamo-nos com a existência de duas vertentes da psicologia clínica, a psicologia clínica original francesa que se define como um procedimento, utilizando como base teórica a psicanálise e a psicologia clínica praticada no resto da Europa e Estados Unidos herdeira de Janet, Wallon e dos trabalhos anglo-saxónicos, onde esta disciplina se nomeia como um domínio de intervenção, insistindo no rigor metodológico, nas técnicas de avaliação e na objetivação, não colocando de parte a singularidade e a relação (Pidinielli, 1999).

Atualmente, a psicologia clínica é designada como uma das três especialidades clássicas da psicologia, tal como, a psicologia da educação e a psicologia do trabalho, social e das organizações. Além destas três grandes áreas, existem outras, que num segundo nível, apresentam maturidade suficiente para serem incluídas nas estruturas das áreas já existentes, como é o caso da neuropsicologia.

Definição de psicologia clínica

A tarefa de definir conceitos e de estabelecer noções ou ideias sobre atividades que apresentam tanto um espetro científico, como também, profissional capaz de

emergir e de se desenvolver rapidamente, nunca é uma tarefa fácil, e a psicologia clínica não é exceção, já que nunca permitiu consensos. Esta área, ao longo da sua história cronológica, apresentou várias definições de acordo com as suas escolas de pensamento, onde cada autor, através da sua própria visão, propõe a sua descrição (Ribeiro & Leal, 1996).

Por outro lado, o fato de possuir vários sentidos distintos, torna difícil obter a sua definição em poucas linhas. Existem autores que a definem tal e qual como esta deveria ser, retirando ao seu significado todas as atividades não correspondentes ao que incluem no termo de procedimento clínico ou método clínico, outros, com características mais pragmáticas, reúnem atividades concretas, técnicas e conhecimentos que têm como objetivo a intervenção num domínio claramente mais vasto, partindo da doença até às dificuldades de adaptação presente em indivíduos. Outra questão que dificulta esta definição encontra-se na particularidade de ser não só uma atividade prática, como também um conjunto de conhecimentos, binómio que acarreta as suas consequências. Assim, ao contrário de outras disciplinas, não podemos aplicá-la apenas como uma teoria numa atividade prática nem na montagem de um conjunto de conhecimentos unicamente a partir da experimentação ou baseando-se apenas no raciocínio hipotético-dedutivo (Pedinielli, 1999).

A divisão de psicologia clínica da APA (MacKay, 1975, cit. por Ribeiro & Leal, 1996) declarou, em 1935, que a psicologia clínica tinha como finalidade a definição das características e das capacidades comportamentais dos sujeitos, utilizando não só métodos de medição, como também, de análise e de observação, tendo por base a integração desses mesmos resultados com os provenientes dos exames físicos e a história social dos indivíduos, de forma a fornecer recomendações que permitissem um ajustamento mais apropriado aos mesmos.

Em 1968, Henri Piéron definiu a psicologia clínica como uma ciência da conduta humana cujo o seu foco principal se encontrava baseado na observação e na análise aprofundada dos casos individuais, normais e patológicos e envolvendo também, os grupos. Mais tarde Shakow (1975, cit. por Leal, 2008) definiu esta disciplina como uma área do conhecimento e de competências cujo o seu objetivo seria ajudar todas as pessoas que possuíam desajustamentos comportamentais ou perturbações mentais, apresentando-lhes modos mais satisfatórios de ajustamento pessoal ou de auto-expressão.

Já nos anos 70, devido a um progresso ao nível da institucionalização da psicologia em geral e da psicologia clínica em particular começam a desaparecer as diversas definições, porém estas são erradicadas lentamente. A American Psychology Association, descreve que o campo da psicologia clínica integra teoria, ciência e prática de forma, não só a entender, prever e aliviar a inabilidade, o mau-estar e o desconforto, como também promover a adaptação, o ajuste e o desenvolvimento pessoal. Assim, foca-se nos aspetos emocionais, intelectuais, psicológicos, biológicos, comportamentais e sociais durante a vida em variadas culturas e em todos os níveis sócioeconómicos (Ribeiro & Leal, 1996).

Anzieu (1983) formulou um definição ampla acerca deste tema, afirmando que a psicologia não só é individual e social,como também, normal e patológica, esta diz respeito ao recém-nascido, à criança, ao adolescente, ao homem adulto e, finalmente, aquele que envelhece e morre. Assim, o psicólogo clínico baseia a sua ação em três funções principais, como, o diagnóstico, a formação e a peritagem. O psicólogo clínico apesar de receber formação especializada, não é suficiente para se tornar psicoterapeuta, necessitando de adquirir também, experiência psicanalítica, pessoal e técnica.

No entanto, Pidinielli (1999) contrapôs Anzieu afirmando que invés de formular uma definição restritiva da psicologia clínica impondo o que deveria ser, preferiu defini-la a partir do que é a prática do termo, referindo que esta deve ser considerada, por um lado, como um conjunto de teorias e métodos, por outro, como uma atividade prática. Estes dois aspectos são fulcrais porque tanto terá de ser considerada como um *corpus* de conhecimento autónomo, como uma aplicação ao domínio clínico de conceções psicológicas gerais. Podemos então afirmar que a psicologia clínica designa simultâneamente, um conjunto de conhecimentos válidos e um tipo de prática. O autor, define então psicologia clínica como uma subdisciplina da psicologia que tem como objeto de estudo a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico independentemente da sua origem.

Neuropsicologia

Por volta de 1870 nasce uma nova disciplina, a neuropsicologia, esta deriva da convergência da teoria associacionista e da doutrina das localizações. O termo neuropsicologia é atribuído a Osler em 1913 (Siksou, 2008).

O termo comportamento em neuropsicologia é tomado no seu sentido mais lato, de forma a incluir o estudo das funções mentais superiores e o estudo da emoção. O objetivo desta nova especificidade da psicologia clínica é compreender a forma como diferentes mecanismos cerebrais se encontram na base de funções tais como, a atenção, a resolução de problemas, a linguagem, a memória, a perceção, entre outras. Através desta abordagem da relação cérebro-comportamento será necessário um trabalho interdisciplinar da neuropsicologia com a neurologia, a psicologia cognitiva e a neuropsiquiatria (McCarthy & Warrington,1990 cit. por Manning 2012).

No princípio, a neuropsicologia teve como objetivo principal dar resposta a questões relacionadas com a localização das lesões e do diagnóstico diferencial (Mendes, 2014).

Crawford (1996) afirma que atualmente, a neuropsicologia mantém o desempenho de um papel muito válido no que respeita ao diagnóstico de síndromes demenciais, na identificação de sequelas cognitivas pós-acidente vascular cerebral ou pós-traumatismos cranioencefálicos, exercendo desta forma, grande parte da sua atividade em serviços de Neurocirurgia, reabilitação e de Neurologia.

Ao nível da prática clínica, a avaliação neuropsicológica tem provado a sua eficácia no apoio ao diagnóstico, no auxílio à decisão terapêutica mais adequada e na monitorização do processo de reabilitação e de tratamento (Mendes, 2014).

Woods *et al.* (2009, cit. por Mendes 2014) referem que a amplitude e os domínios específicos pertencentes a uma bateria encontram-se em função do contexto de investigação e das perturbações mentais que pretendem estudar podendo incluir uma entrevista semiestruturada; a avaliação de comportamento, afetos, cognição e empenho durante as provas; testes neuropsicológicos com vários domínios cognitivos; consolidar informação recolhida comparando a outras recolhidas através de meios de diagnóstico complementares; e por fim, avaliar o humor, a personalidade e as atividades de vida diária.

Em suma, Mendes (2014) refere que se antigamente a neuropsicologia afirmou-se incialmente no contexto da evidência da lesão cerebral, nos dias de hoje aceita-se de forma natural que esta se estenda a todos os fenómenos resultantes em alterações do estado mental.

Objetivos da psicologia

O método clínico em Psicologia tem como objetivo o diagnóstico da causa de uma perturbação de forma a encontrar uma solução eficaz para o seu tratamento. Esta pesquisa é elaborada, não só através de um instrumento próprio, a entrevista clínica, como também com o auxílio de uma vasta variedade de técnicas reaproveitadas de ciências vizinhas como por exemplo, utilização de testes psicométricos, de técnicas projetivas e do métodos de observação utilizado pelos mais variados ramos da psicologia. O psicólogo clínico, ao longo das sessões realizadas com o paciente, deverá também prestar toda a sua atenção à descrição geral do sujeito, nomeadamente, à sua aparência, às suas expressões faciais e corporais, à forma como comunica e como se movimenta, às atitudes do paciente perante o terapeuta e ao tipo de humor, resumindo, o técnico terá de estar atento a tudo o que caracteriza o indivíduo de forma a tornar mais rápido o diagnóstico e facilitar o tratamento (Porto Editora, 2015).

Brito (2008) descreve que a psicologia clínica tem como objetivo a avaliação, o estudo, o diagnóstico, o tratamento do sofrimento psíquico e a ajuda ao indivíduo em sofrimento, independentemente das causas do mesmo.

Um psicólogo clínico inserido numa unidade de neuropsicologia acrescentará alguns objetivos ao seu trabalho. Ao elaborar uma avaliação neuropsicológica terá como ponto fulcral do seu interesse a obtenção de medidas das funções nervosas superiores objetivas, válidas e fiáveis com impacto na gestão do processo clínico do doente, de forma a disponibilizar informação sobre o seu diagnóstico, prognóstico e tratamento de qualquer tipo de perturbação que afete o funcionamento do sistema nervoso central. Em relação aos testes neuropsicológicos, a sua aplicação é feita num contexto de avaliação abrangente de forma a sintetizar dados recolhidos na entrevista clínica, nas observações comportamentais e na história médica (Mendes, 2014).

Harvey (2012) refere que uma avaliação neuropsicológica pretende alcançar alguns objetivos, tais como: criar informação diagnóstica para a deteção problemas neurológicos; contribuir para o diagnóstico diferencial entre demência ou outras condições psiquiátricas ou neurológicas; avaliar o potencial funcional de cada indivíduo; monitorizar o curso de condição neurodegenerativa; avaliar as respostas aos tratamentos; e para finalizar, avaliar o grau de recuperação funcional.

Por outro lado, Crawford (1996) descreve que uma boa avaliação neuropsicológica pretende responder a uma lista de questões, nomeadamente: Qual a extensão das alterações ou mudanças no estado de humor, personalidade e comportamento?; Em que medida estas alterações ou mudanças verificadas são um efeito direto ou indireto da lesão cerebral?; Quais os domínios da cognição que se encontram afetados?; Quão severa é a disfunção?; Quais são as implicações das alterações encontradas no funcionamento do indivíduo e nas suas atividades da vida diária?; Que conselhos se podem dar ao indivíduo e aos seus familiares e/ou cuidadores para uma melhor adaptação aos eventuais défices?; e por fim, que recomendações ou aconselhamentos práticos se podem dar para um processo formal de reabilitação mais eficaz?.

A atividade do psicólogo clínico e a ética

Atividades do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico

A atividade do psicólogo em contexto neuropsicológico tem como objetivo a avaliação, a peritagem, o acompanhamento terapêutico e a prevenção junto de pessoas e grupos. Este, tem como formação um curso universitário de psicologia, uma formação de especialização profissional ou de investigação e, entrada obrigatória na Ordem dos Psicólogos Portugueses, demorando em média entre, 6 e 8 anos, acompanhada de estágio curricular e profissional em estruturas especializadas (Siksou, 2008).

As atividades dos psicólogos têm vindo a ganhar novas dimensões nos últimos quinze anos. Não só as suas atividades como também os seus instrumentos apresentam novas aplicações, tanto em pessoas sãs, como também em pessoas doentes ou em desvantagem. A avaliação neuropsicológica é importante não só como diagnóstico, mas também para o auxílio na criação de planos de reabilitação ou no reajustamento desses mesmos, apresentando um contributo científico, clínico e social (Siksou, 2008).

Concluindo, o atividade do psicólogo clínico passa pelo estabelecimento de uma relação terapêutica, pela avaliação (história clínica/anamnese e aplicação de provas específicas que permitam avaliar as funções superiores afetadas), comunicação dos resultados, criação de um plano de reabilitação personalizado, aplicação desse mesmo plano/acompanhamento a longo prazo (caso seja necessário) e reavaliação, reajustando o plano de reabilitação ou terminando o plano terapêutico (Siksou, 2008).

O psicólogo clínico e a ética

O código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses pretende englobar todos os princípios éticos da atividade profissional em Psicologia, independentemente da sua área de aplicação e contexto, tendo como objetivo guiar os/as psicólogos/as numa prática de excelência, de forma a garantir que a referência do exercício profissional é o máximo ético e não o mínimo aceitável (Diário da República, 2011).

O Código Deontológico encontra-se dividido em três partes, o preâmbulo, os princípios gerais e os princípios específicos. Na primeira parte, o preâmbulo, a preocupação foca-se na definição de objetivos e aplicabilidade do Código. Na segunda parte, relativa ao princípios gerais, são apresentados princípios estruturais e aspiracionais. Na terceira e última parte, os princípios específicos, estão delineadas regras de conduta ética dos/as psicólogos/as. Embora se refiram às diversas áreas e contextos onde os/as psicólogos/as exercem suas funções e às situações de dilemas

éticos que poderão encontrar, os mesmos não pretendem ser exaustivos. A máxima destes princípios não passa apenas pela promoção de qualidade de vida e proteção de pessoas, casais, famílias, grupos, organizações e comunidades com os quais estes profissionais trabalham, como também a formação e orientação de membros efetivos e estagiários da OPP e estudantes de psicologia relativamente aos seus princípios éticos (Diário da República, 2011).

Antes de iniciar a enumeração dos princípios éticos a seguir, gerais e específicos, será extremamente importante referir que apenas se consideram psicólogos/as qualquer pessoa que obtenha formação específica em Psicologia concordante com as normas em vigor (artigo 51 da Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro) exercendo um papel profissional em qualquer área ou contexto da Psicologia. Para que seja possível a sua prática será também obrigatória a inscrição enquanto membro, ou membro estagiário, no exercício da atividade profissional supervisionada, da OPP (Diário da República, 2011).

Os princípios gerais assumem-se como orientações para os profissionais no sentido de guiá-los e inspirá-los para uma atuação centrada nos ideais da intervenção psicológica. Estes princípios derivam daquilo que se pode denominar como moral comum da Psicologia, nomeadamente, a moral compartilhada por todos/as os/as Psicólogos/as Portugueses/as, assim, deverão ser considerados como agentes promotores de ligações entre a teoria e a prática. Existem cinco princípios gerais: Princípio A- Respeito pela dignidade e direitos da pessoa; Princípio B- Competência; Princípio C- Responsabilidade; Princípio D- Integridade; Princípio E- Beneficiência e não-maleficência. Os princípios específicos são oito, nomeadamente: 1- Consentimento informado; 2- Privacidade e confidencialidade; 3- Relações profissionais; 4- Avaliação psicológica; 5- Prática e intervenção psicológicas; 6- Ensino, formação e supervisão

psicológicas; 7- Investigação; e para finalizar, 8- Declarações públicas (Diário da República, 2011).

Intervenção psicológica

Terapia cognitiva

Não há muito tempo atrás, deu-se uma revolução onde a psicoterapia passou a ser recomendada por médicos em casos misteriosamente complicados com a presença de sintomas psíquicos (Jung, 1993). A Psicoterapia de apoio é uma atividade genérica presente nas funções, em contextos institucionais, diárias, de terapeutas e psicólogos clínicos, independentemente das suas formações teóricas de base (Leal, 2008).

Durante toda a nossa vida, desde o nascimento, até à morte, apenas uma pequena percentagem de comportamentos são publicamente observáveis. A vida dos seres humanos é predominantemente composta por respostas privadas em contextos privados, indo desde os monólogos elaborados no chuveiro até aos desvaneios senis (Mahoney, 1974). Estas palavras introduzem um livro que viria a marcar profunda e decisivamente a atual geração de clínicos, apresentando as enormes potencialidades oferecidas pelo modelo cognitivo (Gonçalves, 2014).

Isabel Leal (2008), afirma que a revolução cognitiva teve lugar na segunda metade do século XX. Enquanto, Gonçalves (2014), salienta que a revolução cognitiva em psicologia marcou o seu início pelo menos uma década antes de se sentir as suas primeiras influências no campo da psicoterapia. Através dos primeiros esforços cognitivistas nasce a metáfora que, por décadas, iria dominar a investigação em psicologia, nomeadamente, o aparelho psíquico como unidade central de processamento de informação.

A terapia cognitiva é conhecida por ser uma abordagem ativa, diretiva, estruturada e de prazo limitado no tratamento de uma variedade de distúrbios psiquiátricos tais

como, fobias, depressão, queixas relacionadas a dores, ansiedade, entre outros (Beck, 1997). Esta terapia baseia-se num modelo psicoterapêutico fundamentado no modelo cognitivo, onde o comportamento e a sua emoção são influenciados através da interpretação que o sujeito faz face aos acontecimentos. Esta terapia foca-se na interação recíproca da relação entre o ambiente, as reações físicas, os pensamentos, os comportamentos e os estados de humor, no entanto, o elemento fulcral para a compreensão dos problemas do sujeito é a cognição (Greenberger & Padesky, 1999).

As técnicas terapêuticas pertencentes a esta terapia têm como objetivo testar o real, identificar e corrigir distorções conceptuais e crenças disfuncionais (esquemas) que advêm dessas mesmas cognições. Assim, o paciente aprende a dominar problemas e situações que anteriormente consideraria insuperáveis, reavaliando e corrigindo o seu pensamento. O terapeuta de base cognitivista auxilia o paciente a agir e pensar de forma mais realista e adaptada respeitando os seus problemas psicológicos levando a uma redução dos seus sintomas (Beck, 1997).

A estrutura das sessões terapêuticas, segundo o modelo cognitivo, é semelhante para as várias perturbações podendo, no entanto, variar consideravelmente de paciente para paciente. No início das sessões, a questão fulcral será o reestabelecimento da aliança terapêutica, verificando, o humor, os sintomas e as experiências do paciente durante a semana pedindo que faça uma breve lista dos problemas que mais necessite de ajuda para resolver, podendo ser problemas que surgiram nessa semana ou podem ser dificuldades que ele espera encontrar num futuro muito próximo. Outra das questões a avaliar no início da sessão será a realização das atividades propostas para casa que visam a auto-ajuda. Em seguida, processa-se a discussão do problema que o indivíduo colocou na lista no início da sessão, onde o terapeuta tem como função a recolha de informação acerca do mesmo, conceituá-lo cognitivamente a nível das dificuldades do

sujeito, avaliando os seus pensamentos, emoções e comportamentos perante o foco problemático, e planear em colaboração com o indivíduo, estratégias, repetindo o processo caso haja mais problemas a serem discutidos na sessão. Os terapeutas cognitivo-comportamentais, quando adquirem um elevado grau de experiência, realizam múltiplas tarefas de uma só vez, como, conceitualização do caso, desenvolvimento do *rapport*, familiarização e educação do paciente, identificação dos problemas, recolha de dados, testagem de hipóteses e realização de resumos periódicos. Enquanto, o terapeuta não experiente, necessita ser mais cuidadoso e estruturado, focando-se em menos elementos em simultâneo (Beck, 2013).

É de extrema importância o desenvolvimento do *rapport* e da confiança com o sujeito desde o primeiro dia, isto porque, estudos demonstram que as alianças positivas encontram-se diretamente relacionadas aos resultados positivos ao longo do plano terapêutico. Para que tal aconteça, o psicólogo terá de apresentar algumas habilidades, tais como, demonstrando boas habilidades terapêuticas; uma compreensão acurada; compartilhar com o paciente, não só, a sua conceitualização, como também, o plano terapêutico; devolver um *feedback*: variar o seu estilo; e para finalizar, aliviar a angústia do paciente ajudando-o na resolução dos seus problemas (Beck, 2013).

Concluindo, os elementos básicos presentes numa sessão de terapia cognitiva passam pela breve avaliação do humor e uma verificação do uso da medicação. Caso esteja presente, será feita a ponte com a sessão anterior, estabelece-se uma agenda, faz-se revisão da tarefa de casa, discute-se tópicos estabelecidos, dá-se indicação de nova tarefa de casa, e para finalizar, resume-se a sessão e dá-se um *feedback* da mesma. Todos estes passos têm, como objetivo final, entrelaçar todos os elementos conduzindo a terapia de forma mais eficiente e eficaz possível (Beck, 1997; Beck, 2013). A éficacia

deste processo terapêutico encontra-se dependente da eficiência do plano conciso de tratamento (Leal, 2008).

Avaliação psicológica – ênfase neuropsicológica

A nível histórico, Lezak e Rao referiram nas décadas de 50 e 60 que a avaliação neuropsicológica (ANP) teria como objetivo responder às questões referentes aos sinais de organicidade que o indivíduo apresentava. A ANP considerou-se uma nova área com a intenção de intervenção para psicólogos que pretendessem localizar e determinar lesões cerebrais com eventual relevância. Nos dias de hoje, esta avaliação pretende traçar de forma compreensiva não só a estrutura cognitiva, como também a estrutura emocional do doente. Esta mudança de abordagem na ANP deve-se pelo menos a três razões. Em primeiro lugar, aos avanços da neurologia que levaram ao abandono de um conceito unitário de patologia cerebral. Em segundo lugar, o avanço da tecnologia, representado não só pela tomografia computorizada ou pela ressonância magnética, mas também por outros exames recentes, que acabou por tornar a tarefa de localização da lesão através da ANP um recurso cada vez menos utilizado. Contudo não quer dizer que a ANP tenha perdido algum tipo de importância, muito pelo contrário, relacionando cada vez mais e de forma mais precisa a interação entre cérebro e comportamento. Em terceiro lugar, existem determinadas patologias que apresentam défices cognitivos que no entanto, não são correlacionáveis com quadros clínicos diagnosticáveis, ou seja, que não são detetados através de meios tecnológicos, mais sim, através da ANP (Sousa, 2009).

A maioria dos pacientes não se encontram familiarizados com exames neuropsicológicos, para além de serem diferentes da maioria dos exames físicos, apresentam outra particularidade, sendo mais complexos e mais morosos. A comunicação com o paciente, a criação de uma relação empática e de um ambiente

seguro são os elementos cruciais para uma boa avaliação neuropsicológica. Será então necessário, explicar ao paciente o que se irá suceder, o que iremos tentar realizar e como o exame pode ajudar no diagnóstico do problema, procurando ganhar a confiança e cooperação por parte do mesmo. O autor refere ainda que o conforto e a confiança do paciente são fulcrais na realização de uma ANP (Pourmand, 1999).

A avaliação neuropsicológica é elaborada através da investigação clínica e o uso de instrumentos psicométricos. O exame neuropsicológico é uma função do psicólogo, que necessariamente, é treinado e familiarizado com o psicodiagnóstico, com a estatística, com a psicometria e, por último, com o entendimento do funcionamento cerebral normal e patológico, trabalhando em parceria com psiquiatras, neurologistas e neurocirurgiões. Antes de proceder à sua aplicação, o técnico poderá necessitar de informações tais como, nível cultural da pessoa, habilitações literárias, se compreende bem o que é dito, se fala, entre outros. Os testes neuropsicológicos, pretendem a avaliação dos diferentes domínios cognitivos estabelecendo a existência, a extensão e a correlação das alterações cognitivas secundárias à lesão de forma a proporcionar ao profissional de saúde uma análise qualitativa e quantitativa do funcionamento cerebral do indivíduo em causa (Gil, 2007; Sousa, 2009).

A ANP, como qualquer avaliação psicológica, assenta a sua validade em conhecimentos de semiologia, de psicologia cognitiva, de psicopatologia e de psicologia clínica, sem, no entanto, se esquecer da avaliação psicométrica clássica. Esta avaliação incluirá, pelo menos, uma entrevista prévia com o paciente e, eventualmente, com os cuidadores informais do indivíduo. O método clínico engloba a observação do paciente, a sua história, a sua doença, as informações recolhidas na entrevista clínica, nos testes psicológicos aplicados, nas técnicas específicas de exame e nos relatórios de exames que o paciente tenha feito (Siksou, 2008).

Concluindo, o objetivo do exame neuropsicológico é informar acerca do ponto de situação sobre as funções atingidas e aquelas que se encontram preservadas, assim, será possível propor um plano de reabilitação consoante as capacidades residuais fornecendo uma descrição precisa das mesmas (Siksou, 2008).

A psicologia/psicopatologia do envelhecimento

Psicologia do envelhecimento

O envelhecimento e a longevidade humana são termos que fazem parte da vida dos indivíduos desde o mais remoto dos tempos, seja pela busca incessante da fórmula da eterna juventude, associando-a à ideia de plena felicidade, ou pela preocupação constante do homem ao longo da sua existência (Araújo & Carvalho, 2005).

O termo envelhecimento caracteriza o ponto de chegada à última fase de desenvolvimento psicológico do indivíduo (American Psychological Association, 2010; Houdé, 2011).

Um dos pioneiros responsáveis pelo estudo desta área é Erikson, ao formular a teoria do desenvolvimento durante toda a vida entre 1963 e 1964, descreveu que o desenvolvimento era um processo que decorria ao longo da vida dos sujeitos, onde, o sentido de identidade dos indivíduos é desenvolvido através de uma série de estadios psicossociais que acompanham a pessoa durante toda a sua vida (Bee & Mitchell, 1984).

Este termo, envelhecimento, é cada vez mais estudado pela psicologia devido ao aumento da longevidade. Assim, o estudo desta área, permite ao psicólogo compreender melhor os mecanismos do processo de desenvolvimento do indivíduo, compreendendo não só a evolução, como também, a involução (American Psychological Association, 2010; Houdé, 2011).

Roger Fontaine (2000) define este processo como um conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento, porém, o autor afirma que não é sinónimo de velhice. O envelhecimento e o desenvolvimento apresentam-se como fenómenos dinâmicos que provocam transformações no organismo quer, de cariz psicológico, quer de cariz biológico, em função do tempo.

A abordagem *long life span*, pelo contrário, caracteriza-se por "vida inteira", pelo fato de insistir em mudanças psicológicas, profundas e observáveis ao longo da vida do sujeito. Esta abordagem vai conferir uma forte tonalidade ao princípio criado por Freud, onde este afirma que a nossa estrutura mental se constrói durante a infância, e que durante toda a vida aprendemos, da melhor ou pior forma, a "viver com ela". Se a mortalidade está inscrita nos genes, começamos a envelhecer desde a gestação porém, apesar da genética, o meio ambiente e o comportamento do indivíduo são determinantes. Assim, o envelhecimento torna-se indissociável do fato de todos os organismos vivos serem mortais, sendo que o final natural deste processo de senescência será a "morte". Esta área vem representar o contributo da psicologia para a gerontologia (Fontaine, 2000).

Reuchlin (1966, cit. por Fontaine, 2000) afirma que a psicologia do envelhecimento se centraliza no ser humano e compara não só a estrutura, como também, o funcionamento dos diferentes domínios psicológicos da criança, do adolescente e do idoso. Esta psicologia preocupa-se com a senescência (envelhecimento normal) e a senilidade (envelhecimento patológico), estudando as várias dimensões psicológicas tais como, memória, linguagem, personalidade, entre outros. Assim, a psicologia do envelhecimento irá atuar em vários domínios como a melhoria do quadro de vida, a adaptação aos postos de trabalho, a luta contra os efeitos da idade e ainda, o acompanhamento na morte (American Psychological Association, 2010) .

O envelhecimento começa a ser considerado então, como o percurso do indivíduo num *continuum*. Desta forma, a única diferença entre indivíduos encontra-se na velocidade em que caminha para a senescência ou no grau em que se encontra, porque, com o tempo, todo o envelhecimento, segundo esta teoria, terá tendência a transformar-se num estado patológico de senilidade ou demência. Após a Segunda Guerra Mundial, numerosos trabalhos foram mostrando que o envelhecimento também poderia ser fonte de inúmeras oportunidades, melhorando e conservando uma melhor qualidade de vida (Fontaine, 2000).

Concluindo, o envelhecimento ocorre em diversas áreas do sujeito, assim, a idade cronológica pode não corresponder à idade social e psicológica (Fontaine, 2000; Kaplan & Sadock's, 2005).

Patologias

Acidente vascular cerebral

As doenças vasculares cerebrais constituem um dos problemas mais graves de Saúde Pública no nosso país, causando morte ou incapacidade e representando, na maioria dos casos, uma tragédia pessoal e familiar, onde as suas consequências se alastram afetando um círculo de pessoas e a sua respetiva dinâmica. Estas doenças, advindo de inúmeros fatores de risco como a hipertensão, a diabetes, o tabagismo, a idade, o álcool, entre outros, tornou-se na doença neurológica com maior potencialidade ao nível da prevenção, isto porque, controlando certos fatores de risco podemos reduzir a sua incidência e, dessa forma, as suas consequências (Auclair & Jacambé, 2011; Sousa, 2009).

Estas doenças caracterizam-se por um conjunto de patologias encefálicas originadas por anomalias não traumáticas da circulação pré-cerebral ou cerebral, representando um espetro alargado que vai desde lesões silenciosas, passando por

patologias com carácter transitório e início agudo ou mais alargado onde se enquadra dos acidentes vasculares cerebrais (AVC's) (Sousa, 2009).

Um AVC é definido como um síndrome neurológico de instalação rápida, causado por uma disfunção da circulação cerebral tendo como consequência alterações vasculares focais ou globais (Rohkamm, 2011; Sousa, 2009). Mausner (1999) refere-se à expressão de AVC como um complexo de sintomas de deficiência neurológica com uma duração de, pelo menos, vinte e quatro horas, resultantes de lesões cerebrais provocadas pela alteração da irrigação sanguínea. Ambaqué e Auclair, em 2008, referem que os AVC's, denominados também de «ataques», apresentam como causa, uma perturbação súbita da irrigação sanguínea numa região cerebral.

O AVC é caracterizado por um sintoma clínico tal como a febre, com múltiplas causas potenciais, apresentando sintomas e sinais focais devidos a perda de função cerebral de causa vascular. A sua duração é superior a 24 horas e, neste intervalo de tempo, pode levar à morte. Existem dois grandes subtipos de AVC's que se diferenciam pelo principal mecanismo patogénico, o AVC isquémico e o AVC hemorrágico. Cerca de 70% dos AVC's originam hemiparesia (parcial ou incompleta paralisia dos membros de um lado do corpo) e outros 20% apresentam algum tipo de afasia (distúrbio da linguagem que incluem o discurso, a escrita a leitura e o cálculo) (Garman, 1990; Holden, 1995; Rolak, 1993; Sousa, 2009).

O AVC isquémico representa cerca de 80% dos casos de doenças vasculares cerebrais e os AVC's hemorrágicos representam cerca de 20%. Nos dois casos, a instalação dos défices é realizada de forma súbita e abrupta (Auclair & Jacambé, 2011; Rohkamm, 2011).

O AVC's isquémicos resultam da obstrução num vaso sanguíneo que tem como objetivo o fornecimento de sangue ao cérebro, muitas vezes, a causa subjacente é o

desenvolvimento de depósitos de gordura que revestem as paredes dos vasos sanguíneos, ou seja, a arterosclerose (ASA, 2013; Auclair & Jacambé, 2011).

Segundo a American Stroke Association (ASA) estes depósitos de gordura podem causar dois tipos de oclusão, a trombose cerebral que se refere a um coágulo de sangue que se desenvolve a partir do vaso obstruído, e a embolia cerebral, que geralmente se forma noutro local do sistema circulatório, tais como, no coração ou em grandes artérias da parte superior do peito e pescoço, viajando para ao cérebro até atingir vasos tão pequenos onde já não consiga passar, condicionando a necrose (morte) dessa mesma área e originando um enfarte cerebral (ASA, 2013; Sousa, 2009).

No caso do trombo se desfazer sozinho e o fluxo sanguíneo se restabelecer de forma rápida poderá não haver necrose cerebral e sucessivamente, o paciente deixa de ter sintomas, desaparecendo estes, ao fim de alguns minutos ou no máximo uma hora. Nesta situação estamos perante um Acidente Isquémico Transitório (AIT), onde não é possível verificarem-se lesões através de exames imagiológicos (Aulcair & Jacambé, 2011; Sousa, 2009).

Assim que se estabilize a fase aguda do AVC deve ser iniciada, de imediato, a reabilitação do paciente, consistindo em diferentes técnicas que, em conjunto, visam a melhor recuperação possível da função possuída anteriormente. As técnicas selecionadas para integrarem o plano de reabilitação dependem das maselas deixadas, no cérebro, pelo AVC. Por exemplo, a reabilitação motora, no caso de apresentar paralisias, terapia da fala se estivermos perante alterações da linguagem, reabilitação neuropsicológica se o doente apresentar défices a nível do funcionamento cognitivo, como desorientação, défices mnésicos, de atenção e concentração, entre outros (Cancela, 2008).

Ribeiro (2005) afirma haver três formas possíveis de o indivíduo portador de lesão cerebral poder recuperar as funções cerebrais perdidas. Em primeiro lugar, há a possibilidade de recuperar espontâneamente, sem que seja necessário o paciente fazer algum tipo de esforço em particular, onde a função, levando o seu tempo, volta a funcionar dentro da normalidade. Em segundo lugar, poderá ocorrer a restituição da função, através da reabilitação. E, em terceiro lugar, compensação da função perdida, onde outra parte do cérebro, adquire a função da parte lesionada, permitindo ao sujeito compensar a função perdida anteriormente.

A reabilitação torna-se possível devido à capacidade que o cérebro possui para a aprendizagem e para a mudança, esta capacidade está presente devido à neuroplasticidade, ou seja, células saudáveis de outras áreas do cérebro, podem assumir as funções realizadas pelas células localizadas nas áreas afetadas. Quando elaborada a este grupo de pacientes deve ser planeada através de uma equipa multi-disciplinar, incluindo vários profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e um psicólogo e/ou neuropsicólogo), e, se possível, familiares e amigos mais próximos (Cancela, 2008).

A reabilitação cognitiva permite a recuperação e a estimulação das capacidades funcionais e cognitivas do sujeito que estão alteradas, reconstruindo os seus instrumentos cognitivos. No caso da reabilitação neuropsicológica, esta apresenta dois objetivos gerais, em primeiro lugar esta favorece a recuperação das funções lesadas pelo AVC, e em segundo lugar, favorece a recuperação de objetivos, substituindo ou compensando a função (Cancela, 2008).

A reabilitação neuropsicológica apresenta três objetivos básicos, como, proporcionar um modelo que ajude, não só o paciente, como também o seu suporte social na compreensão da problemática ocorrida; a disponibilização de estratégias e

treino de competências para recuperar e compensar as funções perdidas e/ou alteradas, permitindo a melhoria no desempenho em situações sociais e nas suas relações interpessoais; e por fim, promoção de um ambiente de esperança (Munõz & Ruiz, 1999, cit por Cancela, 2008).

Concluindo, será dificíl, de forma geral, definir um prognóstico para estes pacientes, visto que a recuperação funcional depende da extensão, do tipo e gravidade da lesão (Cancela, 2008). No caso particular da oclusão da artéria cerebral média esquerda, o paciente pode apresentar síndromes clínicos específicos, como, afasia, quando o hemisfério dominante é lesado; hemiplégia ou hemiparésia contralateral, mais acentuada na face e no membro superior; hemianópsia homónima; hemihipostesia; apraxia; e/ou alexia (Nobre, 2004).

Afasia

"When patients who have experienced a left-brain stroke suddenly find out they can no longer speak, or speak only haltingly, it's a dramatic situation."

(Neurologista Steven Z. Rapcsak,cit. por Vendrell, 2001, pp. 35)

A linguagem, do ponto de vista neurológico, é considerado como o resultado da atividade de uma organização neuronal responsável pela integração e emissão das mensagens linguísticas, por outro lado, a desorganização desta atividade como resultado de uma lesão constitui o síndrome afásico (Vendrell, 2001).

A afasia é causada por uma lesão cerebral, doença vascular ou trauma, e trata-se de um distúrbio de linguagem adquirido, que afeta o discurso, a escrita, a leitura e o cálculo. O transtornos na emissão dos elementos sonoros da fala, presentes na afasia, denominam-se de parafasias, enquanto que o défice presente na compreensão e os transtornos da nomeação denomiam-se de anomias. É muito importante ter em conta que uma perturbação da linguagem nem sempre significa que a lesão tenha destruído a

função, podendo, somente, ter eliminado alguns elementos imprescindíveis para o bom funcionamento dessa mesma função. Apesar das afasias corresponderem a afeções cerebrais, raramente se encontram isoladas, estando, na maioria das vezes, associadas a síndrome diversas. (Garman, 1990; Holden, 1995; Pourmand, 1999; Rolak, 1993; Siksou, 2008; Sims,2003; Vendrell, 2001).

Este tipo de disfunção pode comprometer a comunicação oral, escrita ou ambas, dependendo do envolvimento e da extensão da lesão nas áreas responsáveis pela linguagem (Royden & Jones, 2006).

As afasias resultam duma lesão localizada no hemisfério esquerdo, designado como o hemisfério dominante, responsável pela área da linguagem em todos os indivíduos destros e 50% dos indivíduos canhotos, no entanto, na restante população canhota tal não acontece devido ao centro de linguagem estar localizado no hemisfério direito. Este défice neurológico ao não ser acompanhado por outros, podem dificultar a avaliação inicial, sendo frequentemente considerados, numa fase inicial, como confusos. Desta forma, uma boa história obtida através do auxílio de um membro familiar a respeito do ínicio dos sintomas, geralmente, ajudam ao diagnóstico (Royden & Jones, 2006).

Consoante as áreas afetadas, podemos nomear vários tipos de afasias: afasia de Broca, Wernicke, condução, global, transcortical motora, transcortical sensorial, transcortical mista, anómica ou sub-cortical (Sousa, 2009).

Roger Gil (2007) afirma que o exame para verificar a existência de uma afasia, deve ser metódico, ter em conta se o sujeito afásico se encontra cansado (visto que estas alterações se exarcebam nessas alturas), deve avaliar as várias áreas da linguagem, adotando-se um procedimento qualitativo e estruturado em etapas. Rahman Pourmand (1999) refere que para averiguar o tipo de afasia presente no paciente, será necessário,

avaliar a espontaneidade da fala do sujeito, classificando-o como fluente ou não fluente, avaliar a habilidade deste para a repetição de frases, e por último, verificar o seu nível de compreensão.

Coeli Carr (2011) e Osman Sinanovic (2010) afirmam que para uma classificação prática das afasias podemos dividi-las segundo a sua fluência. As afasias fluentes consistem na fala produzida facilmente, porém as palavras quando são escolhidas, muitas vezes, são imprecisas. Nas afasias não fluentes, apresenta-se uma fala parada, lenta, arrastada e trabalhada. Assim sendo, consideram-se afasias não fluentes, as afasias de broca, Transcortical motora, Global e a Transcortical mista, por outro lado, as afasias Anómicas, de Condução, de wernicke, Transcortical sensorial e a Subcortical, pertencem às afasias fluentes.

Neste documento, serão descritas as características de uma afasia global. A afasia global é a forma mais grave de perturbação da linguagem resultando de uma extensa lesão que envolve a área de Broca e a área de Wernicke, ou seja, ocupando todo o hemisfério esquerdo que é responsável pela rede neuronal que suporta e trata de toda a informação verbal (Dronkers & Larsen, 2001 cit por. Mineiro, Caldas, Rodrigues & Leal, 2008). Assim, as lesões podem ser consideradas cortico-subcorticais ou puramente subcorticais (Gil, 2007; Rolak, 1993).

A afasia global caracteriza-se pelas alterações graves da pronuncia e ritmo da fala, conteúdo, repetição, compreensão da linguagem escrita e falada, escrita, nomeação e hemiplegia (Royden & Jones, 2006). Em alguns casos, corresponde a vastas lesões hemisféricas esquerdas pré e retrosilvianas, acompanhando-se de uma hemiplésia sensitivo-motora. Noutros, pode relacionar-se com lesões contínuas nas áreas de Broca e de Wernicke, não apresentando hemiplégia, estando muitas vezes relacionada com embolia cerebral (Gil, 2007).

Segundo Loren Rolak (1993) afirma que a afasia global apresenta-se pobre na fluência do discurso, na compreensão do que lhe é dito e na repetição verbal.

Uma das grandes cormobilidades existentes em indivíduos portadores de afasia global é a depressão reativa às suas dificuldades comunicativas e as suas dificuldades motoras, nomeadamente, hemiplégia direita. O tratamento deste estado depressivo passa por uma atenção redobrada pela reabilitação funcional motora e pela reeducação da linguagem, assim como, pelo suporte global da rede social do paciente (Vendrell, 2001). Neurologistas afirmam que os técnicos mais apropriados na reabilitação da afasia , são os terapeutas da fala, contudo, muitos doentes afásicos desistem, devido ao tratamento, inevitávelmente, lembrar os pacientes constantemente daquilo que já não são capazes de fazer (Dr. Rapcsak, cit. por Carr, 2011). Ridel cit. por Carr (2011) afirma que, quando estes pacientes se apercebem que, de um momento para o outro, dependem de terceiros porque não conseguem falar, sentem que não conseguem mais controlar as suas vidas, derivando, maioritariamente das vezes, a depressão. Desta forma, é extremamente importante dar-se atenção em retorno familiar imediato, ajudando e colaborando efetivamente na adaptação do paciente à sua nova situação pessoal, familiar e social (Vendrell, 2001).

Tabela 1. *Classificação das síndromes afásicas*

Tipos de Afasia	Fluência	Compreensão	Repetição
Global	Não Fluente	Perturbada	Perturbada
Broca	Não Fluente	Normal	Perturbada
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada
Anómica	Fluente	Normal	Normal
Transcortical sensorial	Fluente	Perturbada	Normal
Transcortical motora	Não Fluente	Normal	Normal
Condução	Fluente	Normal	Perturbada

Depressão

Para se compreender a depressão será necessário analisar todos os sinais, visto que, o verdadeiro problema consiste na distinção, perante um estado mental patológico, dos sintomas que permitem a classificação da depressão. Este diagnóstico acompanha-se sempre de uma previsão de evolução da doença, prognóstico, e de uma prescrição terapêutica. A pessoa quando se encontra deprimida, exprime variadas queixas e apresenta um comportamento muito característico, devendo o clínico realizar um diagnóstico diferencial, de forma a se assegurar que se trata de um quadro clínico de depressão e não de outra doença (Widlocher, 2001).

A perturbação depressiva enquadra-se dentro das perturbações do humor, ou seja, das perturbações afetivas, isto porque, o humor é uma disposição afetiva de base (Delay, 1946 cit. por Bastos, Ferreira & Guerra 2014). Todos os seres humanos apresentam um nível de base do humor, variando no sentido do prazer ou do desprazer, consoante as solicitações do ambiente ou das suas representações pessoais, encontrando-se sempre na posse das suas experiências emocionais sucessivas. No entanto, no caso do sujeito deprimido, não só encontramos o humor diminuído, como também não é controlável

pelo sujeito. Assim, invade toda a sua esfera mental e resiste mesmo quando o indivíduo muda de atividade ou de universo relacional (Bastos, Ferreira & Guerra 2014; Widlocher, 2001).

Estamos perante duas implicações que merecem ser referidas, em primeiro lugar, a evidência de que a depressão aparece como uma doença que despoleta a alteração do sistema normal de regulação do humor, em segundo lugar, este desregulamento irá afetar as respostas emocionais do sujeito. Assim, todos os sintomas sentidos pelo indivíduo, são, consequência desta tristeza patológica, ou, os testemunhos da alteração fisiológica estão na origem deste desregulamento (Widlocher, 2001).

Através da análise minunciosa dos seus sinais e sintomas é possível fazer-se um diagnóstico correto da perturbação depressiva e do seu subtipo, avaliando a forma como os mesmos se associam, evoluem no tempo e o impacto que representam no funcionamento psicossocial do sujeito (Bastos, Ferreira & Guerra 2014).

A síndrome depressiva pode tomar forma em vários aspetos clínicos, podendo apresentar vários tipos de sintomas, nomeadamente, sintomas afetivos/emocionais, cognitivos, somáticos, e por fim, motores e comportamentais (Bastos, Ferreira & Guerra 2014).

"A tristeza patológica distingue-se da tristeza normal, desencadeada por uma situação desagradável ou de perda, pela sua duração, a sua persistência e tenacidade, o seu carácter invasivo, infiltrando toda a vida psíquica do indivíduo, conferindo uma tonalidade negativa e pessimista ao presente, ao passado e ao futuro."

(Bastos, Ferreira & Guerra 2014, pp. 54)

Neste trabalho iremo-nos focar, tal como o DSM-V a designa, na perturbação depressiva devida a outra condição médica, ao qual deve apresentar características específicas. No quadro clínico, predomina um período de humor deprimido ou de perda

de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades em que se envolve. Existindo evidência a partir de exames físicos, achados laboratoriais ou da história do indivíduo de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica. Esta perturbação não é melhor explicada por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de ajustamento, com humor deprimido, em que o fator de *stress* é uma condição médica grave) não ocorrendo exclusivamente no decurso de um *delirium*. Para finalizar, os sintomas presentes no sujeito causam mal estar clinicamente significativo em qualquer área de funcionamento do indivíduo (APA, 2013).

Sendo necessário especificar que, este pode apresentar, episódio depressivo major (F06.32) caso, o paciente preencha a totalidade dos critérios, exceto o critério C. Para a especificação exata desta mesma patologia, será indispensável a descrição da perturbação depressiva major segundo o DSM-V. Em primeiro lugar, necessitam estar presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio, em que, pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou, perda de prazer ou interesse. O humor deprimido deve estar presente durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato do próprio sujeito ou através da descrição de pessoas próximas. A diminuição clara de prazer ou interesse em todas, ou quase todas, as atividades durante maior parte do dia, quase todos os dias, tem de ser descrita pelo próprio ou através de familiares ou amigos próximos. Perder peso, mesmo não estando a fazer dieta, ou aumentar de peso significativos, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Aparecimento, quase todos os dias, de insónia ou hipersónia. Aparecimento de agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias, que seja observável pelos outros, e não apenas através do relato subjetivo do paciente. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. Sentimentos de culpa ou desvalorização excessiva

ou inapropriada durante quase todos os dias. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias. E por fim, dentro ainda dos sintomas presentes no critério A, pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida sem plano específico, tentativa de suicidio ou elaboração de plano específico para cometer o suicídio (APA, 2013).

O critério B descreve os sintomas como causando mal-estar clinicamente significativo em qualquer área importante no funcionamento do sujeito. O critério C afirma que o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. O critério D refere que a ocorrência do episódio depressivo major não é melhor explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas. Para concluir, o critério E, afirma que não pode haver registos de um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco (APA, 2013).

Através de um estudo retrospetivo numa Unidade de reabilitação, verifica-se que a perturbação depressiva pós-acidente vascular cerebral, é identificada como a complicação psiquiátrica mais frequente e que se encontra associada ao pior prognóstico. Dos fatores preditivos testados apenas a presença da afasia apresentou uma relação estatisticamente significativa, não sendo verificadas, no entando, qual o tipo de afasia que demonstrava maior relação estatística (Barbosa, Medeiros, Duarte & Menezes, 2011). Outro artigo referente a uma revisão de publicações inglesas refere-nos as altas percentagens de pacientes que sofrem de perturbação depressiva após AVC (Robinson & Spalletta, 2010).

Um estudo publicado no Jornal Médico *Cerebrovascular diseases* em 2000, refere que 70% dos doentes diagnosticados com afasia apresentam os critérios suficientes para

diagnóstico de depressão 3 meses após o AVC e 62% dos pacientes preenchem os critérios de depressão 12 meses após o AVC. O estudo também verificou um aumento de 11 a 33% de depressão major nos 12 meses de seguimento (Carr, 2011).

Autores como, Berg, Lonnqvist, Palomaki e Kaste (2008) afirmam que a perturbação depressiva pós-AVC atinge cerca de um terço dos sobreviventes de AVC's isquémicos e a afasia pode não permitir aceder de forma normal ao diagnóstico da depressão visto a comunicação estar comprometida.

Por volta da década de 60, Aaron Beck e Albert Ellis concluem que a depressão é resultante de hábitos de pensamento extremamente obstinados, ou seja, tanto os comportamentos negativos, como o humor eram resultado de pensamentos e crenças distorcidas ao invés de forças inconscientes, como Freud tinha definido anteriormente, e criam a terapia cognitivo-comportamental, demonstrando-se efetiva no tratamento desta patologia, seja ela, leve, moderada ou grave. Esta terapia apresenta resultados mais duradouros quando comparada à terapia psicofarmacológica e proporciona efeitos protetores em relação às recorrências (Beck, 1963, cit. por Powell et al, 2008; Beck, 1967; Hollon et al, 2005). Desta forma, a depressão advém das próprias cognições do indivíduo e dos seus esquemas cognitivos disfuncionais, agindo e acreditando que as coisas estão piores do que realmente são (Beck, 2005, cit. por Powell et al, 2008; Butler, 2006).

O Objetivo fulcral da terapia cognitiva na depressão consiste na alteração desses esquemas disfuncionais que produzem estes estados de humor e que consequentemente, causam sofrimento, para que tal aconteça, esta terapia desenvolve-se em três fases. Em primeiro Lugar, foca-se nos pensamentos automáticos e nos esquemas depressivos, visto serem os responsáveis pelo pessimismo e imobilidade, caso se consiga descobrir a fonte e desmistificá-los, é possível eliminá-los do pensamento do sujeito. Em segundo

lugar, foca-se na forma do sujeito se relacionar com os outros. Por último, mudam-se os problemas, de forma a poder enfrentar a situação problema (Leahy, 2003, cit. por Powell et al, 2008).

Perturbação de *stress* pós-traumático

Para todos os indivíduos que se vêm envolvidos num cenário de guerra, esta apresenta-se como um fenómeno extremamente ameaçador, e o impacto exercido sobre eles pode ser ampliada constituíndo-se fatores de risco para o desenvolvimento de uma perturbação relacionada com o trauma ou fatores de *stress*, nomeadamente, perturbação de *stress* pós-traumático de guerra. Para muitos militares que vivenciaram guerras, estas nunca terminam, pesadelos, imagens intrusivas e sensações corporais inexplicáveis, mantêm a vivência de um mal-estar insuportável e incontrolável. Contudo, não se trata apenas desta revivência contínua, o embotamento emocional, a irritabilidade ou incapacidade de controlar impulsos e as dificuldades de concentração tornam a construção de uma vida pessoal, familiar e o social extremamente difícil (Fernandes & Maia, 2000).

Os primeiros sintomas integrantes da perturbação de *stress* pós-traumático remontam a cerca de 2027 a 2003 A.C., à antiga cidade de Ur na Mesopotâmia. Também em Portugal se deu um fenómeno idêntico, quando os portugueses foram chamados para combaterem pela pátria na guerra colonial portuguesa durante, cerca de, 13 anos, de 1961 a 1974, porém apenas em 1999 é inciado o apoio oficial e institucional aos Combatentes (Anunciação, 2010).

Existem duas características centrais na perturbação de *stress* pós-traumático, a primeira consiste na exposição ao evento traumático, envolvendo a ocorrência ou a ameaça de morte ou ferimentos graves para si ou para os outros, associando-se, a uma resposta intensa de medo, desamparo ou horror. A segunda característica central, trata

da tríade psicológica que o evento acarreta, onde é desenvolvido três dimensões de sintomas, a re-experimentação consecutiva do evento; o evitamento de estímulos a ele associados; e por fim, a presença de sintomas de hiperestimulação automática (Beck & Emery, 1985; Figueira e Mendlowicz, 2003).

A re-experimentação não é observada noutro tipo de perturbação, podendo apresentar a forma de sonhos vividos, pensamentos ou sentimentos incontroláveis, pesadelos e flashback's. Este tipo de fenómenos apresentam-se de forma extremamente dolorosa para o sujeito tentando, repetidamente, tornarem-se conscientes e dominar a sua atenção (Câmara Filho & Sougey, 2001; Figueira & Mendlowicz, 2003).

O evitamento a estímulos associados a esse evento traumático, faz com que os indivíduos utilizem várias estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais para minimizar o sofrimento e o terror vivido através da revivência do evento, e a dor causada pela hiperestimulação autónoma. O evitamento pode assumir diversas formas subtis. tais como, o uso de drogas para anestesiar o sofrimento psicológico, utilizar mecanismos dissociativos mantendo fora da consciência os pensamentos e sentimentos penosos, a redução do interesse ou da participação em atividades que anteriormente eram interessantes para o indivíduo, e por fim, o embotamento psíquico (também denominado de *numbing*) que através de mecanismos psicológicos se"anestesia" de forma a fugir do pânico e terror acarretados pelos sentimentos de revivência do trauma. O Problema deste último é que o sujeito não fica apenas desligado dos sentimentos negativos, passando à indiferença de sentimentos positivos que se mostravam prazerosas anteriormente (Câmara Filho & Sougey, 2001; Figueira e Mendlowicz, 2003).

A Hiperestimulação autónoma consiste na presença de irritabilidade, insónias, sobressaltos excessivos e na hipervigilância. Assim, mesmo que o sujeito seja bem

sucedido no controlo da revivência do evento traumático através do embotamento emocional, o seu corpo pode hiper-reagir a certo estímulos externos como se fosse ameaçado de morte. O estado de alerta permanente afeta a concentração, e consequentemente, o desempenho em tarefas cognitivas, como o estudo e a leitura. A agressividade e a irritabilidade podem ser características presentes num sujeito que anteriormente era calmo, tornando-o irreconhecível (Câmara Filho & Sougey, 2001; Figueira e Mendlowicz, 2003).

Existem fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de perturbação de *stress* pós-traumático. Entre os fatores de risco encontram-se, o tipo, a intensidade e duração da ameaça, a velocidade do início do acontecimento, o número de acontecimentos simultâneos, a existência de reprimendas, a impossibilidade de escape, e características individuais como saúde frágil, ou a existência prévia de eventos traumáticos. Os fatores de proteção correspondem ao suporte social e familiar existente, recursos para lidar com uma situação de crise, existência de competências de confronto eficazes e, a conceção do significado do acontecimento que o torne aceitável (Sandeman, 2000, cit. por Fernandes & Maia, 2000).

Davidson (1995, cit. por Van der Linden, Danion & Agniel, 2000) afirma que existem numerosos sistemas psicofisiológicos e neuroquímicos que estão implicados no desenvolvimento da PSPT. Esta hipótese refere uma estimulação através do traumatismo de modificações funcionais e estruturais destes sistemas a curto e médio prazo. A ativação paralela de certas regiões cerebrais e de sistemas neuroquímicos representam uma resposta adequada à sobrevivência. No caso dos portadores de PSPT, existem múltiplos mecanismos neurobiológicos que podem ser accionados de seguida, que podem provocar sintomas primários desta perturbação, como, a síndrome de

repetição, a síndrome de evitamento e ativação neurovegetativa (Charney et al., 1993; Southwick et al., 1994; cit. por Van der Linden, Danion & Agniel, 2000).

A fisiopatologia do problema implica as mais variadas estruturas cerebrais como, o sistema límbico, a amigdala, locus coeruleus, hipocampo, os sistemas neuroquímicos noradrenérgicos, dopaminérgicos, opiáceos e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (Baker et al, 1999; Charney et al., 1993; Southwick et al., 1994; Yehuda, 1998; cit. por Van der Linden, Danion & Agniel, 2000). Rauch et al. (1996, cit. por Van der Linden, Danion & Agniel, 2000) confirmaram que as modificações dos fluxos sanguíneos das regiões cerebrais, que apresentam as emoções associadas à PSPT estão relacionados com o funcionamento do sistema límbico e paralimbico a nível do hemisfério direito. Por outro lado, a ativação do córtex visual corresponde à componente visual da revivência do evento traumático (Van der Linden, Danion & Agniel, 2000).

As maiores sequelas das experiências traumáticas (revivência, evitamento e hiperestimulação autónoma) e a PSPT são atribuídos aos fenómenos de condicionamento aversivo (Charney et al., 1993; Southwick et al., 1994; cit. por Van der Linden, Danion & Agniel, 2000).

Segundo o DSM-V (APA, 2013), PSPT (309.81 (F43.10)) encontra-se dentro das perturbações relacionadas com trauma e fatores de *stress*, tendo vários critérios de diagnóstico. O indivíduo terá de ser exposto a uma ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual perante as seguintes formas: exposição direta a acontecimento(s) traumático(s); testemunhar, presencialmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas, ou; tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) a familiares ou amigos próximos. Nos casos de ameaça de morte ou morte real de um familiar ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido

violento(s) ou acidental(is); e/ou, exposição repetida ou extrema a promenores aversivos do(s) acontecimento(s) traumático(s).

O segundo critério, critério B, refere a presença de 1 (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s) aos quais estão associados: lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes; sonhos perturbadores recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s); reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente; mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s); e/ou, reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) Traumático(s) (APA, 2013).

O critério C afirma a existência de evitamento persistente dos estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como indicado por 1 ou ambas das seguintes formas: evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente relacionados; e/ou, evitamento ou esforço para evitar estímulos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados (APA, 2013).

O critério D descreve alterações negativas nas cognições e no humor associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou com agravamento após o(s)

acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por duas (ou mais) das seguintes formas: incapacidade para lembrar um aspeto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (tipicamente devido a amnésia dissociativa e não devido a outros fatores como traumatismo cranioencefálico, álcool ou drogas); crenças ou expectativas sobre o próprio, os outros ou o mundo, exageradamente negativas e persistentes; cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do(s) acontecimento(s) traumático(s) que levam a pessoa a culpar-se a si própria ou aos outros; estado emocional negativo persistente; interesse, ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos; e/ou, sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros; incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (APA, 2013).

O critério E afirma a existência de alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s), como é indicado por duas (ou mais) das seguintes formas: comportamento irritável ou acessos de raiva (com a mínima ou mesmo sem provocação) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos; comportamento imprudente ou autodestrutivo; hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada; dificuldade de concentração; perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer, manter o sono ou sono agitado). O Critério F refere que a duração da perturbação (Critérios B, C, D, E) é superior a um mês (APA, 2013).

De acordo com o critério G, a perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante. No que diz respeito ao critério H, a perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (APA, 2013).

Para o trabalho descrito neste documento, será necessário explicitar esta perturbação com início tardio, já que os critérios completos de diagnóstico não são

preenchidos até pelo menos 6 meses após o acontecimento fator de *stress* ocorrer, embora alguns sintomas estejam presentes imediatamente (APA, 2013).

Os indivíduos portadores de PSPT apresentam com extrema frequência algumas comorbilidades. Estes pacientes apresentam duas a quatro vezes maior probalidade de serem portadores de transtornos da ansiedade comparativamente a pessoas sem este tipo de perturbação (Kessler et al, 1995, cit. por Margis, 2003). Estes sujeitos quando comparados a outros pacientes portadores de perturbação de pânico, os sujeitos com PSPT demonstram com maior frequência o diagnóstico de depressão e fobia social (Zayerft et al, 2002, cit. por Margis, 2003). Outra observação de elevada importância é a interferência que a PSPT apresenta no tratamento da terapia comportamental para a perturbação obsessivo-compulsiva (Gershuny et al, 2002, cit. por Margis, 2003). Indivíduos portadores desta patologia também apresentam duas a três vezes maior probabilidade de desenvolvimento de uma perturbação de abuso de substâncias, apresentando um pior prognóstico para a PSPT (Kessler et al, 1995, cit. por Margis, 2003). Os pacientes portadores deste transtorno podem tentar até seis vezes mais o suicídio, sendo a patologia de ansiedade (inserido mais recentemente nas perturbações relacionadas com o trauma e fatores de *stress*) com maior relação com o suicídio (Kessler, Borges & Walters, 1999, cit. por Margis, 2003). Para finalizar, um dos sintomas mais frequentes nestes pacientes é a dissociação (Kolk et al, 1996, cit. por Margis, 2003).

Para estes pacientes, o objetivo final da terapêutica é colocar o trauma no passado e, para que tal aconteça, será imperativo modificar três áreas: a memória do trauma necessita de ser elaborada e integrada no contexto da experiência anterior e as experiências consequentes em ordem, para que se torne possível a redução da revivência intrusiva; as apreciações problemáticas do trauma e/ou as sequelas que mantêm a

ameaça viva têm de ser alteradas; e, para finalizar, modificar e descartar as estratégias cognitivas e comportamentais disfuncionais que impedem a elaboração da memória, exarcebam sintomas ou impedem a reavaliação da problemática (Ehlers & Clark, 2000).

A possibilidade de terapia varia desde a individual até à terapia de grupo, sendo que algumas situações específicas devem ser tratadas individualmente dependendo da história de vida do sujeito, no entanto, a terapia de grupo também apresenta algumas vantagens (1- diminuição da sensação de isolamento; 2- fornecimento de apoio social; 3- ajuda na confirmação e normalização de sentimentos em relação ao trauma; 4- partilha de técnicas de manuseamento e de confronto; 5- proporcionar um ambiente seguro para o desenvolvimento de vinculação afetiva; 6- poder ajudar os participantes a atribuir significados diferentes aos eventos traumáticos). Contudo, independentemente da modalidade individual ou grupal do tratamento, a terapia cognitiva apresenta, modelos com elevados índices de eficácia, permitindo replicar, com facilidade, os achados, preservando uma atitude científica e ética para os pacientes portadores de um dos distúrbios primários mais debilitantes dos processos cognitivos e comportamentais (Knapp & Caminha, 2003).

O modelo de intervenção psicoterapêutico para a PSPT apresenta cinco fases. A primeira consiste na avaliação, procurando um primeiro relato da experiência traumática, dos fatores de risco e os fatores protetores e a avaliação do funcionamento atual do sujeito. Na segunda fase, é construída a confiança necessária para a criação de segurança e recursos necessários para o trabalho terapêutico acerca do trauma. A terceira fase procura a criação de estratégias que permitam a aprendizagem para saber lidar com sintomas depressivos, ansiolíticos e/ou perturbações psicofisiológicas, caso estas existam. Na quarta fase, será trabalhada a integração da experiência traumática na vida do sujeito. E por último, na quinta fase, solidificam-se as aprendizagens e

implementam-se projetos pessoais para o futuro, de forma, a libertar a pessoa (Fernandes & Maia, 2000).

O estudo da PSPT , do ponto de vista político, permitiu o reconhecimento dos direitos e das necessidades das vítimas que tinham sido, anteriormente, estigmatizadas, incompreendidas ou mesmo ignoradas pela saúde mental (Yehuda, 1995, cit. por Figueira & Mendlowicz, 2003).

Objetivos de Estágio

Após uma reunião com o coordenador do Estágio, o Coordenador da Unidade de Neuropsicologia do CHPL, foram definidos alguns objetivos a serem cumpridos ao longo do estágio.

Este estágio permitiu uma aprendizagem aprofundada das técnicas de diagnóstico e intervenção neuropsicológicas, utilizadas na unidade, abrangendo aplicação e cotação das provas neuropsicológicas utilizadas, a construção de um relatório de avaliação, a familiarização com as técnicas de reabilitação computorizadas e de papel e lápis. Além do contacto verbal não só com pacientes como também com os familiares que muitas vezes se sentem a parte e perdidos, sendo a cada passo explicado aos vários intervenientes o que é feito dentro da unidade e ensinado todo o tipo de estratégias que podem ser utilizadas em casa reforçando o nosso trabalho para uma melhoria mais rápida e eficaz do doente.

Método

De seguida, serão descritos, a amostra, os instrumentos e os procedimentos desenvolvidos no local de estágio, onde se inserem os estudos de caso A e B, cuja a avaliação e intervenção se desenrolaram na unidade de neuropsicologia do CHPL.

Participantes

A amostra apresentada neste relatório encontra-se subdividida em duas partes: em primeiro lugar, encontram-se dois sujeitos que constituiram os estudos de casos (A e B) sendo a sua avaliação e intervenção descritas de uma forma mais exaustiva, em segundo lugar, serão apresentados os resultados de acordo com os utentes que se apresentam diariamente para consulta neuropsicológica e, pelos quais, me responsabilizei.

Os estudos de caso (A e B) descritos em seguida, referem-se, um ao sexo feminino, outro ao sexo masculino, com 27 e 67 anos de idade, respetivamente. O caso A descreve a avaliação e o acompanhamento psicológico de uma jovem com uma Perturbação depressiva devido a Afasia com episódio do tipo depressivo major e afasia, e o caso B, descreve a avaliação de um homem portador de uma perturbação relacionada com trauma e fatores de *stress*, nomeadamente, perturbação de *stress* pós-traumático e humor depressivo.

A segunda parte segunda parte da amostra, fará uma referência à média de casos avaliado e acompanhado por mim, ao longo do estágio curricular, apresentando maioritariamente, adultos e idosos, com patologias como, Demências, Défices Cognitivos ligeiros (DCL), Avc’s, Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE’s), Depressão e Ansiedade.

Tabela 2. *Amostra/ Estudos de Caso*

Casos/ Nome	**Idade**	**Motivo/Pedido**	**Avaliação Psicológica/ nº de sessões**	**Problema Inicial**	**Instituição**
Caso A Juliana	27	Afasia Global Dificuldades na atenção sustentada/ concentração	Entrevista Clínica e Avaliação Neuropsicológica 1 sessão	Quadro afásico	Hospital
Caso B Abílio	67	Avaliação das funções psicológicas superiores	Entrevista Clínica e Avaliação Neuropsicológica1 sessão	Perturbação de *Stress* Pós-Traumático	Hospital

Nota. Estes dois casos serão devidamente explorados neste documento devido, não só, à sua riqueza a nível de informação, como também, ao seu interesse clínico.

Tabela 3. *Intervenção Terapêutica nos Estudos de Caso*

Casos/Nome	**Provas de Avaliação**	**Nº de Sessões de Acompanhamento**	**Resultados Terapêuticos**
Caso A Juliana	Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica; MD01	30 sessões	Verificaram-se melhorias significativas ao nível da compreensão da linguagem escrita e falada, da compreensão de ordens complexas,da repetição, da nomeação e da fluência do discurso. Melhoria ligeira do estado de humor depressivo. Sugere-se a continuação da intervenção terapêutica.
Caso B Abílio	Mini-Mental State; MD01-R; Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica	_____	_____

Nota. Estes dois casos serão devidamente explorados neste documento devido, não só, à sua riqueza a nível de informação, como também, ao seu interesse clínico.

Tabela 4. *Avaliações/ Reabilitações realizadas durante o Estágio*

Avaliações/ Reavaliações	Reabilitação Neuropsicológica	Problemáticas mais frequentes
± 50	± 25	TCE's; Avc's; Demências; DCL; Depressão; Ansiedade

Nota. A Reabilitação neuropsicológica é realizada de forma alternada entre os vários profissionais disponíveis para o acompanhamento dos casos no momento.

Instrumentos

Serão descritos de seguida, os instrumentos utilizados na avaliação dos dois estudos de casos escolhidos para desenvolver neste trabalho.

Entrevista Clínica

Como a base teórica utilizada na instituição diz respeito à teoria Cognitiva, o modelo de entrevista clínica utilizado é a entrevista segundo o modelo cognitivo de Aaron Beck, que nos permite adquirir informação acerca das múltiplas áreas da experiência atual e passada do paciente e, assim, desenvolver uma boa relação terapêutica, guiando o paciente na definição de objetivos para a intervenção terapêutica, criando um plano mais adequado para cada utente (Beck, 2013).

Observação Clínica

A observação clínica demonstrou-se como um dos instrumentos mais poderosos na prática da psicologia clínica, recolhendo dados valiosos para o desenvolvimento de planos terapêuticos que são posteriormente analisados através dos mais variados métodos. Não estando restrito ao sentido da visão, mas sim, servindo-se dos demais sentidos para a obtenção mais alargada dos dados de pesquisa, permite um "retrato" fiel do que se pretende procurar, através da observação direta (Ferreira & Mousquer, 2004).

Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica – ISN

O ISN é uma entrevista de recolha exaustiva de informação acerca da história pessoal e familiar do indivíduo, acerca do historial clínico pessoal e familiar, e do funcionamento global do sujeito criado pelo Coordenador da unidade de neuropsicologia.

MD01 e MD01-Revisto

São exames neuropsicológicos utilizados para a avaliação do indivíduo consistindo numa compilação de várias provas, tais como, Kettler Laurent Thirreau (KLT) que permite avaliar a atenção sustentada; 15 perguntas que permitem avaliar a orientação auto-psíquica, temporal e espacial, apresentando 5 perguntas para cada orientação; uma prova de cálculo mental; Escala Clínica de Memória de Weschler (ECMW) que permite avaliar a memória imediata, com interferência, associativa e visual; Três papéis de Pierre Marie, que permite a avaliação da compreensão áudio-verbal para ordens simples; Token Test, que avalia a compreensão áudio-verbal para ordens complexas; Nomeação, onde são apresentados 8 objetos e pede-se para a pessoa os nomear; Repetição, onde se pede que a pessoa repita 9 palavras; Prova de Linguagem escrita, onde se pede que a pessoa leia em voz alta a frase escrita numa olha e que de seguida faça o que o papel diz, e pedimos que escreva uma frase completa com sujeito, predicado e complemento; Provas de avaliação das áreas pré-frontais, constituído pelas Séries de Lúria (avaliando a programação grafomotora) e Crítica a Situações Absurdas; Provas para a avaliação de Práxias e Gnosias, sendo que o exame *MD01-Revisto*, apresenta provas mais extensas permitindo uma avaliação mais aprofundada; Prova do relógio (Clock Drawing Test), que avalia a capacidade de organização visuo-grafo-espacial; e para finalizar, a análise do discurso.

O *MD01-Revisto* apresenta ainda algumas provas complementares tais como, a Prova de Dígitos, que avalia a atenção áudio-verbal através da repetição verbal da ordem direta e indireta; a avaliação de Praxias visuo-construtivas; houve um aumento de ordens para a avaliação das Praxias Buco-Linguo-Faciais, Ideomotora e Ideativa; Autopognosia; Gnosia para Cores; Gnosias Somestésicas (Estereognosia, Grafestesia, Digitognosia e *Transfer*); nas Provas de Cálculo, acrescentou-se, a Identificação de algarismos e sinais, a Noção de quantidade, e o Cálculo escrito; e para finalizar, uma prova que avalia a Dinâmica verbal semântica.

Kettler Laurent Thirreau (KLT)

Esta prova tem como objetivo avaliar a atenção sustentada e faz parte do *Screening* neuropsicológico da unidade de Neuropsicologia do CHPL. Apresenta-se ao indivíduo uma folha A4 composta por 12 linhas com 20 quadrados cada uma, estes quadrados são distinguidos pela orientação de um traço exterior, podendo estar direcionado para uma das oito direções da rosa dos ventos, existindo em cada uma delas, cinco quadrados de cada tipo. É pedido ao paciente, que risque o maior número possível de quadrados iguais aos três apresentados na parte superior da folha de prova (três simbolos), sempre linha a linha, da esquerda para a direita, apresentando um tempo limite de quatro minutos. É contabilizado o número de quadrados assinalados corretamente (C), o número de quadrados omitidos (O) e o número de quadrados assinalados incorretamente (E).

Cotação= C - (E+O) / 90 x 100, avaliando o índice de dispersão através da subtração do valor do rácio a 100%.

Escala Clínica da Memória de Weschler (ECMW)

Prova construída por David Weschler em 1945, destina-se a avaliar com rapidez a capacidade mnésica, aplicando-se individualmente e a sujeitos a partir dos 20 anos.

Apresentando-se como uma escala simples e de rápida administração, permite uma avaliação extremamente satisfatória do plano cognitivo do sujeito. É composta por 7 subtestes que avaliam dimensões, tais como, informação geral, orientação imediata, controlo mental, memória lógica, memória de dígitos, memória visual e memória associativa. Na unidade de neuropsicologia foram retiradas três provas desta escala para incluírem o *MD01/MD01-Revisto*, a memória verbal com interferência, em que são ditas ao sujeito 5 palavras (Gato/Bola/Maçã/Blusa/Cravo), de seguida realiza-se uma tarefa de interferência (contar de 20 até 0), por cada palavra certa são atribuídos 3 pontos, sendo que esta prova tem um total de 15 pontos, no caso de ser necessário se dar uma primeira pista (por exemplo, a primeira palavra era um animal) serão dados apenas 2 pontos, caso se tenha de recorrer à segunda ajuda (por exemplo, a primeira palavra era um Pombo/Cão/Gato) será apenas atribuído 1 ponto, se mesmo assim a pessoa não se conseguir recordar serão dados 0 pontos; na prova de memória associativa, são lidas 3 vezes uma lista de pares de palavras, seis pares considerados fáceis visto as palavras fazerem ligação (por exemplo, Metal-Ferro), e 4 pares considerados difíceis (por exemplo, Acidente-Escuridão), além de avaliar a memória associativa, avalia também a existência ou não do efeito de aprendizagem, Total = (Fáceis/2)+Difíceis, sendo que o total máximo corresponde a 21 pontos; para finalizar, temos a memória visual em que se pede à pessoa que preste atenção à figura e explicamos que de seguida será escondida e que terá de desenhá-la através da memória, o *score* máximo desta prova são 5 pontos.

Três papéis de Pierre Marie

Nesta prova são colocados em frente ao sujeito três papéis, um pequeno, um médio e um grande. É dito ao paciente que será pedido a realização de três instruções, em primeiro lugar é pedido que ponha o maior de lado, de seguida é pedido que dê o médio ao técnico, e por último que o paciente guarde para si o pequeno. Cada instrução vale 1 ponto, sendo que o total da prova corresponde a 3 pontos.

Token Test

O Token Test apresenta várias variantes, e é utilizado para a avaliação da compreensão verbal e execução de ordens complexas, permitindo o despiste de distúrbios do desenvolvimento ou adquidas que afetem esta dimensão da fala. O paciente tem à sua frente 20 peças quadrados e circulos grandes e pequenos que variam entre o preto, branco, amarelo, vermelho e verde. Adaptando as instruções da prova consoante o tipo de linguagem que o sujeito apresenta será pedido a execução de várias ordens em que o sujeito fornecerá uma resposta gestual, podendo variar do mais simples "Aponte um círculo" para algo mais complexo como "Ponha o círculo branco sobre o quadrado vermelho".

Caso a pessoa execute a ordem à primeira tentativa obtém 1 ponto, caso isso aconteça à segunda tentativa tem 0,5 pontos, se não conseguir realizar a ordem obtém 0 pontos. A pontuação máxima desta prova é de 22 pontos.

Séries de Lúria

As séries de Lúria permitem a avaliação do estado da programação grafo-motora do sujeito onde é apresentado ao paciente um início de sequência, por exemplo, triângulo-quadrado-triângulo-quadrado, e é pedido que continue a sequência até ao fim da linha sem que movimente a folha, caso a sequência esteja toda correta é dado 1 ponto, caso apresente alguma falha é dado 0 pontos, porque não foi capaz de programar ao longo do tempo.

Prova do Relógio – Clock Drawing Test

Esta prova é aplicada em adultos e permite a avaliação das capacidades visuo-espaciais, visuo-construtivas e pode, também, contribuir para a avaliação da função executiva e memória. Existem várias versões desta prova, variando na natureza das instruções dadas ao paciente, no sistema de cotação e na quantidade de estrutura fornecida pelo material.

Na Unidade de Neuropsicologia é utilizado o seguinte procedimento, é pedido ao examinado que desenhe o mostrador do relógio em forma de círculo e que coloque todas as horas no mesmo, assinalando de seguida, com os ponteiros 11h e 10 min.

A pontuação é distribuída da seguinte forma: desenho do mostrador (1 ponto); número 12 no topo (3 pontos); colocação dos ponteiros (2 pontos); os restantes números na posição correta (2 pontos); e para finalizar, sinalização da hora correta (2 pontos), apresentando um total de 10 pontos. Uma pontuação entre 0 e 6 indica a presença de uma disfunção cognitiva, e de 7 a 10 indica uma função cognitiva normal. Terá de se ter em atenção a escolaridade e a idade do paciente.

Mini Mental State - MMSE

O Mini Mental State é criado em 1975 por Folstein com o objetivo de avaliar o estado mental do sujeito, maioritáriamente, em sujeitos com mais idade. Esta prova consiste numa pequena bateria de avaliação cognitiva constituída por vários itens que avaliam a orientação espaço-temporal, a capacidade de retenção de 3 palavras (Pêra/Gato/Bola), a atenção e o cálculo, a capacidade de evocação de 3 palavras, a linguagem e a habilidade construtiva. É um teste de fácil aplicação e cotação muito utilizado na avaliação de demências, porém, não pode, por si só, servir de diagnóstico, não susbtituindo o exame neurospicológico conducente à obtenção de um diagnóstico. A nota máxima é de 30 pontos e os resultados obtidos encontram-se relacionados com fatores como a idade e a escolaridade do sujeito.

Considera-se que o indivíduo apresenta defeito cognitivo se:

Tabela 5. *Avaliação da presença ou não de Defeito Cognitivo do MMSE*

Escolaridade	Valor obtido
Analfabetos	≤ 15
1 a 11 anos de escolaridade	≤ 22
com escolaridade superior a 11 anos	≤ 27

Nota. Relação entre o nível de escolaridade e o valor obtido para se avaliar a presença ou não de defeito cognitivo

Procedimentos

O estágio foi inciado a 29 de Outubro de 2014 na unidade de neuropsicologia do CHPL, através de uma reunião onde foi descrito todo o funcionamento interno da mesma.

Em primeiro lugar, foi recebido um exemplar de todos as provas aplicadas dentro da unidade para a avaliação neuropsicológica e psicológica dos pacientes, foi disponibilizado também, todas as cotações para que se ficasse a conhecê-las de uma forma mais aprofundada.

Em segundo lugar, o coordenador exemplificou como se aplicávam e que tipo de pacientes se poderia colocar à nossa frente, dando também algumas estratégias de aplicação e explicação das provas para que o resultado do paciente fosse sempre o mais fidedigno possível. De seguida, os estagiários mais antigos disponibilizaram-se para fazerem *role-playings* de forma a que os mais novos podessem treinar tanto a aplicação como as cotações das provas, para que no primeiro dia em que se desse alguma consulta, tudo corresse da melhor forma possível. Também foi entregue um modelo de relatório, para haver um treino de execução.

Nos primeiros dias foi elaborada uma leitura exaustiva dos processos dos pacientes para se compreender de que forma seriam descritas as sessões, avaliações e reavaliações com relatórios já elaborados e todo o tipo de técnicas de papel e lápis usadas para cada caso para estimulação dos problemas cognitivos de cada paciente.

Aos pacientes com maior abertura, foi pedido a autorização para que se assistisse às sessões de reabilitação e às reavaliações, permitindo, a uma visão mais realista e prática do processo. E foi também disponibilizado tempo para explorar o programa computorizado *Rehacom* utilizado na reabilitação neropsicológica.

Quando o coordenador observou que a estagiária estava preparada foi-lhe dada a oportunidade de realizar, com supervisão, primeiras avaliações, em que a maior parte, pertencia a internados do Centro Hospitalar, que eram enviados ao serviço para uma ANP, e os respetivos relatórios que, posteriormente, eram analisados em conjunto com o coordenador, de forma a, compreender alguns erros ainda dados e a sua correção. Ao mesmo tempo, também se começou a realizar, com alguma ajuda, as sessões de reabilitação, utilizando o programa computorizado, ou, criando exercícios de papel e lápis que permitissem, ao paciente, treinar essas mesmas alterações. Conseguindo, compreender que cada caso é um caso, criando, juntamente com os colegas e supervisão do coordenador, planos de reabilitação específicos para cada utente e ensinar estratégias que pudessem levar para casa de forma a reforçar o trabalho realizado dentro da unidade.

Para além deste trabalho, foram entregues alguns casos de reabilitação que foram passados de antigos estagiários, dando continuidade a processos terapêuticos de colegas anteriores. O dia-a-dia começou a ser organizado consoante as consultas marcadas à responsabilidade da estagiária, reuniões de equipa para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos, elaboração de relatórios, criação de exercícios de estimulação para os seus casos e planeamento, segundo o decorrer do caso, de tarefas a elaborar durante a semana pelo paciente. Para além disso, a estagiária ainda teve a oportunidade, através do coordenador de estágio, assistir a aulas dos internos de psiquiatria, no anfiteatro do hospital, a assistir a reuniões com a neuropsiquiatria, em que a partilha de conhecimentos era a questão base, e a observação de profissionais com métodos diferentes de trabalho.

No que diz respeito à intervenção clínica dos participantes seleccionados para integrarem este relatório, foram utilizadas algumas técnicas diferentes.

Concluindo, ao longo do tempo, sempre que vinha algum estagiário novo, começou também, quando solicitado, a dar algumas explicações de como se procediam as várias atividades e a auxiliar outros colegas mais novos, tirando dúvidas. Dentro dos procedimentos utilizados na unidade, apesar de pedir sempre opinião, começou a sentir-se mais autónoma, mais confiante das suas capacidades, e mais à vontade para dar a sua opinião quando necessário, sentindo um crescimento não só profissional como pessoal. As formações complementares e sessões de partilha de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas, permitiram-lhe alargar os seus conhecimentos.

Outras Atividades desenvolvidas

- Frequência de uma formação complementar disponibilizada pelo orientador de estágio, Professor Doutor Manuel Domingos, denominada "Formação Intensiva de Psicofarmacologia" pelo Instituto CRIAP.
- Apresentação de uma comunicação científica, em formato poster, com o título "Psicologia do Cérebro" no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente que se realizou na Universidade Lusíada de Lisboa em Abril de 2015 (Apêndice 2).
- Participação no Primeiro Congresso de Neuropsicologia Português que se realizou dias 16, 17 e 18 de Outubro de 2014.

Tabela 6

Tabela 6. *Atividades desenvolvidas/ Carga Horária*

Atividades	**Horas**
Intervenção Clínica	1034h
Relatório	350h
Congressos	25h
Formação Complementar	13h
Comunicação Científica "Poster"	5h
Reuniões	7h
Total	**1434h**

Resultados

Relativamente à intervenção clínica, serão apresentados, dois casos clínicos, um de intervenção, outro de avaliação num Hospital Psiquiátrico de Lisboa. De acordo com o Código deontológico (Lei 57/2008), respeitando a confidencialidade e o sigilo profissional, os nomes são fictícios.

Estudo de Caso A

Identificação

Juliana (nome fictício), de 27 anos, solteira, nascida a 19 de Abril de 1988, é de nacionalidade portuguesa e reside em Lisboa. Mestre em gestão, até à data do AVC trabalhava numa Multi-Nacional de Informática e encontra-se de baixa há 2 anos.

Desde o AVC que voltou da Irlanda e regressou para casa dos pais, de forma a receber toda a ajuda e suporte necessário. A paciente vem à consulta com os pais.

Proveniência

A Juliana após ter ouvido falar na Unidade de Neuropsicologia e do coordenador da unidade, pediu à sua médica de família para que lhe passasse uma requisição para o serviço.

Pedido por: Médica de Família

Motivo

A paciente queixa-se de dificuldades no discurso e de articulação devido a Afasia global, dificuldades na compreensão de ordens complexas, falta de concentração, dificuldade de execução de múltipas tarefas em simultâneo e de acompanhar conversas. Refere que não consegue ler (perdendo-se várias vezes sentindo necessidade frequente de voltar ao início), ver televisão e ouvir música, tarefas que faziam parte do seu quotidiano afiguram-se agora impossíveis de poder realizar.

Momento "Zero"

A Paciente apresenta-se com uma aparência cuidada.

O seu discurso é coerente, embora apresentando lentificação de tipo disfásica com múltiplas pausas anómicas devido à afasia global, com ausência de segmentos psicóticos ou confusionais.

O seu humor encontra-se deprimido e mostra-se muito ansiosa.

A paciente apresenta uma atitude positiva face à consulta neuropsicológica apresentando esperança nesta sua nova aposta terapêutica.

Antecedentes Pessoais e Familiares

Percurso escolar

Teve um percurso regular na escola, boa aluna, interessada e com vontade de procurar e adquirir mais conhecimentos e competências.

Estrutura e dinâmica familiar

Até à sua mudança para a Irlanda (convite profissional para trabalhar para a empresa Google), a paciente viveu sempre com os seus pais e com o seu irmão mais velho com quem sempre manteve uma boa relação apesar das "zangas" pontuais como é normal em qualquer família. Refere que teve uma infância e adolescência normal sem grandes sobressaltos. A Juliana e o seu irmão foram diagnosticados na infância com Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, que se caracteriza por uma mutação homozigótica do canal de Zinco com perda de função do gene SLC39A13 (autossómica recessiva) apresentando baixa estatura, hiperlaxidão ligamentar e fragilidade cutânea. Já na idade adulta o seu irmão sofreu um AVC Hemorrágico e a Juliana um AVC Isquémico.

Percurso Profissional

Após terminar o curso, ainda em Portugal, a Juliana começou a trabalhar numa empresa nacional onde refere que trabalhava imensas horas seguidas e a sua vida era stressante, descreve-se como uma pessoa que adora aquilo que faz e muito prefeccionista. Após algum tempo nessa empresa, a Juliana é contratada pela Multi-Nacional de informática e muda-se para a Irlanda, onde, referido pela própria, vivia extremamente feliz, dividindo a casa com um casal amigo, e usufruindo de um excelente ambiente de trabalho onde fazia o que mais gostava e sentia-se realizada. Foi perguntado à paciente se estava a viver um período stressante na altura em que sofreu o AVC, ao que esta respondeu prontamente que não. A Juliana refere que tinha óptimas condições de trabalho, em que não podia fazer horas extras, referindo que todos os apoios se encontravam à sua disposição.

Antecedentes Clínicos

Após o AVC a paciente iniciou um acompanhamento psicológico disponibilizado pelo Hospital em que se encontrava internada mas como não conseguia falar, rapidamente desistiu das consultas.

Realizou um exame à visão, devido a um trombo seco que provocou uma hemorragia levando o mesmo à perda da visão periférica que demorou mais ou menos uma semana a absorver onde recuperou a visão.

Depois do AVC também realizou TAC crânio-encefálica (uma em 29/10/2013; outra em 23/12/2013), Ressonância magnética (23/12/2013), Eletroencéfalograma e PEV.

História da Doença

A 28/08/2013 a paciente sofre um AVC Isquémico do território da Artéria Cerebral Média Esquerda. Apresentando sequelas tais como, afasia Global (perdendo totalmente a fala temporáriamente) e hemiparésia direita grau 4. Apresentando melhorias e com um quadro estável a paciente regressa a Portugal sozinha, e como refere a sua mãe *"pelo próprio pé"*.

Já em Portugal, a paciente dá entrada num Hospital Central de Lisboa apresentando um quadro de movimentos involuntários do membro superior direito do tipo mioclónico, com o aumento dos níveis de ansiedade devido à situação. Foi decidido colocar a paciente em coma induzido durante dois dias, período este, que ficou marcado na sua memória como traumático, referindo que conseguia ouvir tudo o que a equipa falava sem conseguir no entanto comunicar para o exterior. Já fora do coma, refere igualmente que alguns profissionais não mostraram qualquer sensibilidade para com a sua situação e que foram extremamente impacientes com ela.

Após a saída deste internamento a Juliana continua a ser seguida na terapia da fala, a fazer fisioterapia na mão direita e a ser seguida pelo seu médico neurologista devido ao episódio de AVC.

A Juliana dá entrada no Serviço de Neuropsicologia a 08/01/2015 onde foi realizada uma entrevista semi-estruturada e uma avaliação neuropsicológica através da utilização do MD01, um Exame Neuropsicológico, constituído por um conjunto de provas e sub-provas, criada e validada pelo Coordenador da Unidade, que visa uma avaliação mais aprofundada e eficaz das funções superiores.

Terapia Psicofarmacológica

Quando a Juliana chegou à Unidade de neuropsicologia tomava:

Lacozamina 75mg

Clonazepam 2mg (3x ao dia), que já reduziu

Devido aos Antiepiléticos que tomava por causa das mioclonias no braço direito a Juliana sentia-se sempre com muito sono, especialmente no período da tarde. Hoje, a Juliana já reduziu a dosagem esperando conseguir retirar por completo assim que for indicado pelo seu médico.

Observação Clínica

Quando a paciente chega à nossa Unidade já consegue falar apesar das suas dificuldades, apresentando-se muito ansiosa em iniciar uma nova terapêutica, porém apresenta também um discurso deprimido ao falar do seu percurso desde o AVC. Falando das experiências menos boas que teve ao longo das várias terapêuticas e por não ter alcançado os objetivos pretendidos durante o ano e meio que passou. O fato de não ter conseguido ultrapassar a Afasia fez com que a Juliana se afastasse de qualquer ambiente que a obrigasse a comunicar, principalmente com estranhos devido a vergonha que sente. Na sua opinião quem não a conhece pensa que é *"atrasada mental"* e por achar que os próprios amigos não tinham paciência de conversar mais devagar , repetir o que disseram e esperar que ela conseguisse compreender e expressar a sua opinião evita estar com eles.

Neste momento deixa também a terapêuta da fala que a segue num hospital central de Lisboa por não sentir empatia com a mesma e por não ver melhorias significativas no seu estado.

O fato de estar em Portugal a viver com os pais e da sua condição não lhe permitir regressar para a Multi-Nacional de informática também a deixa muito deprimida.

Referindo muitas vezes que assim *"não quero viver", "Assim não vale a pena", "Se não melhoro não quero viver", "eu quero morrer"*.

Criadora de um blog sobre Rap bastante requisitado, também se sente triste por não conseguir mais compreender a música que a fazia feliz e consequentemente não conseguir criticar a música nem escrever corretamente deixa-a muito embaixo (habilidade que possuía desde pequena que era a sua vida) citando *"podia ser pequena, ter o problema que tenho, mas nunca me afetou porque tinha a escrita, esta era a minha arma, sempre que tentavam meter-se comigo eu tinha a resposta na ponta da língua", "sempre utilizei a ironia como resposta, hoje nem compreendê-la consigo".*

Hipótese Diagnóstica

A Juliana apresenta graves alterações ao nível da atenção sustentada, moderadas alterações ao nível da compreensão de ordens complexas causado pela lentificação presente no processamento de informação que a leva à incompreensão de ideias em conversas, sendo necessário falar-se de forma lenta, repartindo as ideias expressas numa frase e falando uma pessoa de cada vez para que não se perca na conversa.

Através da Observação clínica foi possível averiguar-se a depressão em que a Juliana vivia após o AVC (Perturbação depressiva devido a Afasia com episódio do tipo depressivo major [293.83(F06.32)], segundo DSM-V (APA,2013)), que lhe impede de trabalhar no que gosta; obrigou-a a voltar para Portugal para casa dos pais quando já tinha conquistado a sua independência; deixando os seus colegas e a sua casa na Irlanda e passando os seus dias entre terapias diferentes. Assiste-se a um prejuízo na motivação para Juliana enfrentar novas estratégias propostas.

Plano de Intervenção

Após elaborada a avaliação e estruturada a história clínica da paciente, a equipa do Serviço de Neuropsicologia reuniu-se de forma a elaborar um plano de reabilitação o

mais completo possível que fosse de encontro com as áreas afetadas da paciente. Assim, foi decidido trabalhar a questão da atenção sustentada através da utilização da nossa técnica computorizada *Rehacom*, foi criado um plano através de técnicas de papel e lápis para trabalhar a compreensão de ordens complexas usando provérbios, textos e música, criados conforme o gosto da paciente para que esta não desmotivasse. E por fim, foi disponibilizado apoio psicológico. A Juliana iniciou então o seu percurso na Unidade, inicialmente, foram marcadas duas sessões semanais onde numa se iam treinar as questões da atenção e da compreensão de ordens complexas e outra para apoio psicológico.

Objetivos a curto-prazo:

A) Estabelecimento da relação terapêutica;

B) Estabelecimento de pequenas metas;

C) Diminuição da rigidez e inflexibilidade;

D) Promoção da valorização de objetivos cumpridos;

E) Desenvolvimento da capacidade de insight;

F) Facilitar a expressão emocional.

Objetivos a longo-prazo:

A) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal;

B) Integração da paciente num grupo de apoio constituído por doentes afásicos;

C) Diminuição das pausas anómicas resultantes da Afasia;

D) Aumento da fluência do discurso;

E) Aumento da compreensão de ordens complexas;

F) Adaptação ao novo "EU".

Estratégias:

A) Empatia, confiança;

B) Desdramatização:

C) Exploração do mundo da Juliana (gostos/interesses/necessidades);

D) Inserção da perspetiva do outro;

E) Técnicas de negociação;

F) Encenar e simbolizar as principais problemáticas da vida de Juliana recorrendo ao *role-playing*.

Prognóstico

A Paciente apresenta um diagnóstico favorável.

Análise e progressão das sessões

Inicialmente foi um pouco complicado trabalhar a parte emocional com a Juliana porque não conseguia aceitar a sua condição. A Afasia era tudo o que lhe importava e era incapaz de reconhecer as conquistas que já tinha feito ao longo do percurso de recuperação. Assim, a frustração que sentia era enorme e a depressão assolava cada vez mais a sua vida. A Juliana começou a perder o apetite, referia que acordar de manhã era *"um sacrifício",* e começou a perder o interesse em todas as terapias que frequentava dizendo muitas vezes *"estou farta de lutar, não quero viver assim, para isto, prefiro morrer!".*

Após ter sido iniciado o estabelecimento da relação terapêutica, foi discutido com a paciente o plano de intervenção que a unidade teria construído para o seu caso, onde

foram explicados todos os objetivos idealizados para a melhoria do seu funcionamento, em que a mesma aceitou. Assim, as primeiras 2 sessões tiveram como objetivos, traçar juntamente com a Juliana pequenas metas para que o processo de recuperação se tornasse mais motivador, e exploraram-se os gostos da paciente para que fosse possível criar instrumentos de intervenção que permitissem treinar as suas dificuldades usufruindo da motivação da paciente ao trabalhar através dos seus interesses, para que o processo terapêutico não fosse, mais uma vez, padronizado e rotineiro. As pequenas metas traçadas permitiram auxiliar na diminuição da rigidez e da inflexibilidade da paciente que ao princípio, se focava apenas na recuperação total.

Nas sessões delimitadas para o treino das dificuldades neuropsicológicas iniciou-se o treino de fluência, memória, processamento de raciocínio, atenção e concentração através do uso de provérbios, em primeiro lugar foram usados provérbios mais pequenos como por exemplo "Não há duas sem três" que em caso de dificuldade, eram divididos em duas partes: A cada provérbio era descrito na tabela se tinha completado sozinha, se tinha repetido todo de uma vez só, se tinha repetido ao dividir o provérbio e quais eram as suas maiores dificuldades. Assim que demonstrava melhorias o nível de dificuldade ia aumentando para provérbios mais complexos como "Laranja de manhã é ouro, à tarde é prata e à noite mata" e sempre que desanimava, a psicóloga fazia um resumo juntamente com a paciente de como tinha chegado, o que tinha melhorado e em que nível se encontrava agora.

Nas sessões de apoio psicológico iniciais a psicóloga aproveitou para explorar a parte emocional da paciente, como se sentia, quais os seus medos, as suas angústias, permitindo à paciente a utilização da expressão emocional, dando sempre ênfase às suas qualidades e reforçando sempre o caminho já percorrido e as melhorias já alcançadas, assim, promovia-se a valorização de objetivos cumpridos. Quando a paciente se

apresentava mais rígida e prefeccionista, onde só conseguia visualizar um "quadro negro" era utilizado muitas vezes a estratégia de desdramatização, que funcionava muito bem, permitindo desanuviar o ambiente e fazer com que a paciente por vezes risse e brincasse com a situação, tirando a conotação negativa que impunha perante aquele cenário.

Ao fim de quatro meses de acompanhamento, já não era necessário falar lentamente com a Juliana, repartir as frases quando se queria transmitir uma ideia e ouvir a Juliana a dizer *"não percebo"* tornára-se cada vez mais raro. Nesta altura, sessão número 19, foi proposto à paciente que, até à data dessa sugestão, sentia uma vergonha e receio imenso de comunicar com pessoas desconhecidas, convidasse os seus pais para lanchar num estabelecimento comercial e que, fosse ela mesma a realizar o pedido ao empregado de mesa, de forma a estimular uma maior independência e autonomia na mesma. A sua primeira reação foi *"Nem pensar, não sou capaz, ele vai pensar que sou atrasada mental".* Pequenas tarefas de casa como esta foram permitindo o desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal e para que tudo funcionasse pelo melhor, eram realizados *role-playings* de forma a treinar e antecipar o os possíveis cenários e técnicas de negociação para que o trabalho fosse realizado. Na semana seguinte, sessão 20, chegou ao gabinete e assim que viu a psicóloga começou a rir, quando esta lhe perguntou o porquê respondeu *"Enchi-me de coragem e convidei os meus pais para lanchar, admito que estava a tremer e super nervosa mas estou orgulhosa de mim porque consegui, apesar de ter sido difícil o empregado compreender-me senti que não me julgou, também estava muito barulho".* Outra das atividades para que começasse a reconquistar a sua vida social, que havia perdido após o AVC, por sentir vergonha e dizer que as pessoas não tinham paciência para estar com ela, foi ficar responsável para convidar uma amiga mais chegada para se encontrarem de

vez em quando e passar mais tempo com o seu primo que a fazia rir, retirando-a da rotina de terapias e do sentimento depressivo em que se encontrava.

Na sessão número 21 a Juliana chega com uma nova preocupação à sessão, a possibilidade de poder não voltar ao seu trabalho começa a transtorná-la, nesta situação, a psicóloga começa a abrir caminho para hipótese de encontrar novos interesses.

No final de Maio, sessão número 25, a Juliana informa a psicóloga que se inscreveu numa escola que tem como objetivo desenvolver as habilidades cognitivas dos seus alunos. Para além disso, após a demonstração de uma aplicação móvel («Neuronation») por parte da psicóloga, a paciente instala-a no seu smartphone, permitindo o treino de raciocínio lógico, abstrato, atenção, concentração e memória. Esta aplicação permite a verificação da evolução feita por níveis alcançados pelo utilizador.

Juliana, que tende a desistir com facilidade dos projetos em que se envolve quando não assiste a resultados rápidos, acaba por sair da escola acima referida num espaço de pouco mais de um mês, informando a psicóloga na sessão número 29, justificando a desistência por cansaço, desmotivação e carácter repetitivo dos exercícios. Contudo, a paciente manifesta motivação para continuar a utilização da aplicação móvel.

Até à data da elaboração deste documento, tendo como referência até à última sessão realizada, número 30, Juliana apresenta momentos em que perduram grandes oscilações de humor, motivação e capacidade de iniciativa, tratando-se de um caso cuja necessidade de acompanhamento é contínua e prolongada no tempo. Apesar dos altos e baixos que este caso apresenta, devido ao estado depressivo presente, conseguiu-se alcançar quase todos os objetivos colocados a curto-prazo, através do mérito da paciente que apesar de pensar muitas vezes em desistir, conseguiu nunca o fazer. Assim sendo,

conseguiu se criar uma boa relação terapêutica, onde mesmo em momentos de fúria a terapeuta conseguiu trazer a Juliana de volta ao gabinete e acalmá-la. O estabelecimento de pequenas metas permitiu a promoção da valorização de pequenos objetivos cumpridos, relembrando mesmo nos momentos mais difíceis que se encontrava num bom caminho para a reabilitação, e consecutivamente, diminuiu a inflexibilidade e rigidez pessoal da paciente. O apoio emocional e a diminuição da rigidez levou a que a paciente conseguisse expressar emocionalmente e melhorar a fluência e a compreensão verbal e escrita resultantes da afasia. A nível neuropsicológico, verificaram-se melhorias significativas, como foi referido anteriormente, a nível da atenção e da compreensão de ordens complexas.

A nível dos objetivos a longo prazo, a Juliana está a evoluir a passos largos na diminuição das pausas anómicas resultantes da afasia, na compreensão de ordens complexas e no aumento da fluência do discurso. Também se está a trabalhar o desenvolvimento de competência de relacionamento interpessoal, quando este objetivo estiver cumprido, será possível integrar a paciente num grupo de apoio de doentes afásicos resultando, num todo, na adaptação final ao novo “Eu”.

Discussão do caso

Tal como Nobre (2004) refere, Juliana ao sofrer o AVC isquémico da artéria cerebral média apresenta alguns dos síndromes clínicos descritos. Como a lesão afetou todo o seu hemisfério esquerdo (hemisfério dominante para a habilidade da linguagem) a paciente adquiriu uma afasia. Outra das síndromes apresentadas inicialmente foi a hemiparésia contralateral de grau 4, apresentando 75% da sua força muscular, que posteriormente regrediu para monoparésia. Como o hemisfério afetado foi o hemisfério esquerdo, a hemiparésia verificada foi direita.

Assim, como descrevemGarman (1990), Holden (1995), Pourmand (1999), Rolak (1993), Sims (2003), Siksou (2008) e Vendrell (2001) a afasia foi causada por uma lesão cerebral consequente de uma doença vascular. Coeli Carr (2011) e Osman Sinanovic (2010) descrevem e explicam a divisão das afasias, assim sendo, a afasia global adquirida pela Juliana pertence às afasias não fluentes, apresentando um discurso parado, lento, arrastado e trabalhado.

Juliana apresentava alterações graves da pronuncia, ritmo da fala, conteúdo, repetição, compreensão da linguagem escrita e falada, nomeação e escrita, tal como Loren e Rolak (1993) e Royden e Jones (2006) descreveram nas suas obras.

Gil (2007) refere que quando as lesões são contínuas nas áreas de Broca e Wernicke, encontram-se muitas vezes relacionadas com embolia cerebral, não apresentam hemiplegia, tal como o sucedido com a paciente.

O Neurologista Dr. Rapcsak (cit. por Carr, 2011) afirma que os técnicos mais apropriados nestes casos são os terapeutas da fala, porém, devido ao tratamento inevitávelmente lembrar aquilo de que já não são capazes, os pacientes acabam por desistir, e no caso de Juliana não foi exceção, o sentimento de que já há muito tempo não melhorar, e principalmente, por não ter atingido ainda a recuperação a 100%, levou a desistir da terapia.

Após ter sido descrito a forma como decorreu o AVC e que síndromes clínicos a paciente adquiriu, será relevante descrever que a terapia de apoio utilizada na intervenção de Juliana, corresponde à observação clínica e a técnicas de entrevista semi-diretiva. Sendo que, no início, a observação clínica permitiu a recolha de dados, tais como, aparência, postura, discurso e comportamento verbal e não verbal, e a entrevista teve como finalidade a recolha de dados anamnésicos, passando, mais tarde, a desempenhar funções diagnósticas e terapêuticas. Neste caso, a primeira consulta foi

realizada na presença dos pais, a pedido da paciente, por ter dificuldades em se expressar, necessitando do auxílio dos mesmos para explicar a sua história, o que sentia, e o que queria melhorar. A segunda consulta, foi feita apenas com a paciente com o intuito de criar uma boa relação terapêutica.

A empatia estabelecida foi quase que instantânea, talvez por a terapeuta ser uma pessoa mais nova, a conversa tornou-se, para a paciente, mais fácil permitindo criar mais rapidamente a relação terapêutica.

Visto ser uma pessoa perfeccionista, um pouco rígida, e já cansada de todo o percurso realizado até então, a frustração criada por não conseguir alcançar a melhoria a 100% estava a desmotivá-la cada vez mais. Assim, as primeiras sessões serviram para a criação de pequenas metas para que Juliana visualizasse todo o caminho percorrido desde o AVC e que, lentamente, ganhasse novamente motivação para continuar a lutar pela sua recuperação. Inicia-se então um processo de diminuição da inflexibilidade.

Através da observação clínica foi possível averiguar a depressão em que Juliana se encontrava devido à questão da afasia consequente do AVC, o fato de ter alterado toda a sua vida, não conseguir realizar tarefas que anteriormente se demonstravam inatas e prazerosas, e a demora no alcance da melhoria total. Esta questão é abordada por Vendrell em 2001, sublinhando também que o tratamento deste estado depressivo necessitava de uma atenção através da reabilitação funcional motora, reeducação da linguagem e suporte à rede social da paciente. Terapias estas que, Juliana completou quando iniciou o seu percurso na nossa unidade.

Vendrell (2011) também refere a importância da atenção dada em retorno familiar, ajudando e colaborando na adaptação da paciente à nova situação pessoal, familiar e social, esta foi outras das preocupações da equipa aquando da chegada da

Juliana à unidade. Inicou-se um processo de correção do envolvimento dos pais, e reforçou a importância do não isolamento das suas redes sociais.

A paciente, que inicialmente apenas referia a conotação negativa da afasia, começa a referir, perante a psicóloga, a tristeza em que vivia devido à persistência da perda da linguagem, da duração do problema e o carácter invasivo na sua rotina, conferindo uma tonalidade negativa e péssimista perante o presente e o futuro, este acontecimento é referente à depressão vivida pela paciente e explicada por Bastos, Ferreira e Guerra (2014).

A paciente preenche todos os critérios descritos pelo DSM-V (APA, 2013) para perturbação depressiva devido a outra condição médica. Ao nível do critério A, a paciente apresenta humor deprimido e diminuição de interesse em todas as suas atividades, referindo inicialmente que so lhe apetecia chorar; acordar de manhã tinha-se tornado um sacrifício; as terapias não funcionavam; e mesmo com os amigos tinha se afastado porque achava que eles não tinham paciência para a sua condição. Esta problemática deriva do AVC isquémico da artéria cerebral média que lhe alterou a habilidade da linguagem, adquirindo uma afasia global (Critério B). A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação mental e a perturbação não ocorre exculsivamente de um *delirium* (Critério C, Critério D). E tal como o Critério E define, estes sintomas causam mal-estar clinicamente significativo, bloqueando a sua melhoria e criando défice social, fazendo com que a Juliana se afastasse da maior parte dos seus amigos.

Outra questão relevante consiste na especificação da perturbação, neste estudo será com episódio depressivo major, em que a paciente preenche todos os critérios para a perturbação depressiva major, menos o Critério C. A paciente apresenta mais de cinco sintomas do critério A, como, humor deprimido, a maior parte do dia, quase todos os

dias; diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição do apetite; hipersónia; perda de energia; diminuição da concentração; e por fim, ideação suicida. Toda esta sintomatologia criou um défice não só no funcionamento social e o cupacional como em outras áreas de Juliana (Critério B). Sendo que esta sintomatologia não é melhor explicada por outras perturbações (Critério D) e nunca existiu um episódio maníaco ou hipomaníaco (Critério E).

Relativamente ao processo terapêutico é importante referir que é um processo moroso, apresentando muitos altos e baixos, devido ao estado depressivo em que Juliana se encontrava e que ainda se encontra, apesar de se observarem melhorias. Um estudo realizado por Barbosa, Medeiros, Duarte e Menezes (2011) descreve que de todos os fatores preditivos estudados, apenas a afasia apresentou uma relação estatística significativa.

Estudo de Caso B

Identificação

Abílio (nome fictício), de 67 anos, divorciado, nascido a 23 de Janeiro de 1948, residente numa zona periférica de Lisboa. Com o 12º ano de escolaridade, foi primeiro cabo paraquedista e neste momento exerce funções de empresário comercial. Vem sozinho à consulta.

Proveniência: O Paciente vem à consulta a pedido da sua médica neurologista.

Pedido por: Dra. X (Neurologista)

Motivo

Pedido de Exame das funções nervosas superiores no contexto de Síndrome Depressivo crónico com distúrbio de Ansiedade crónica e Défice de atenção / DCL –

para quantificação dos défices e diagnóstico diferencial entre Pseudodemência VS Quadro de etiologia Demencial.

Momento "Zero"

O paciente apresenta-se com uma aparência cuidada, cooperante, com sinais de humor estabilizado e comportamento assertivo.

O Discurso é fluente, organizado e coerente, sem pausas anómicas, sem segmentos psicóticos e sem alterações disártricas ou disfásicas.

Antecedentes Pessoais e Familiares

Percurso Escolar

Abílio refere que sempre foi um aluno dentro da média e que nunca teve problemas na escola.

Estrutura e dinâmica familiar

O paciente refere que teve uma infância feliz, sempre se deu bem tanto com os pais como com os seus irmãos.

Atualmente existem alguns problemas que o têm afetado a nível emocional, nomeadamente o divórcio com a sua mulher.

Percurso Profissional

Com 20 anos torna-se moço de forcados na zona Ribatejana.

Em 1970 realiza um ano de instrução para vir a ser Primeiro Cabo Paraquedista onde consecutivamente inicia o serviço militar.

Parte para a Guiné durante 24 meses onde realizou o diário de guerra e refere ter visto muitos colegas morrerem, época que viria a ficar marcada na sua memória para sempre devido à conotação emocional marcada.

Quando chega a Portugal começa a trabalhar num escritório de contabilidade onde finalizou os seus estudos.

Em 1979 sai desse escritório e decide abrir um negócio de peles mantendo as escrituras que já anteriormente realizava e torna-se sócio de uma outra empresa investindo na mesma que se encontrava quase falida (vende a sua parte em 1987).

No Verão de 1988 forma uma nova empresa de artigos de plástico.

No ano de 1997 vende a sua cota da empresa a concorrentes da área e vai viver para a Angola onde funda uma funerária e outra empresa de plásticos.

Em finais de 1999 regressa a Portugal.

De Setembro de 2000 a 2008 forma uma empresa de construção, trabalhando com alumínios e madeiras de interiores.

Em 2008 abre uma loja de roupa com uma senhora. Esta fecha em julho de 2009.

Antecedentes Clínicos e História da doença

O Sr. Abílio sempre foi saudável tal como a sua família mais próxima. Porém, algum tempo depois de regressar da Guerra, sentiu que algo não estava bem com ele, e após ter procurado a ajuda necessária, é diagnosticado com uma Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT).

Em 2010 realizou uma avaliação neuropsicológica que apresentava uma perda ligeira de eficiência nas funções executivas tais como, velocidade de processamento, atenção sustentada, abstração e ao nível das funções mnésicas. Enquanto a tendência depressiva se mantinha.

Em 2013 realizou uma TAC Crânio-Encefálica que refere o alargamento de alguns sulcos e do espaço sub-aracnóideu, provavelmente sem significado, a valorizar de acordo com a clínica. A observação neuropsicológica realizada no mesmo dia apresentou alterações ligeiras com incidência na memória verbal, atenção sustentada, velocidade de processamento, iniciativa e na função visuo-grafo-espacial, acompanhada de afetação emotiva/depressiva.

Em 2014 realizou um eletroencéfalograma que registou ausência de alterações, apesar de apresentar excesso de ritmos rápidos.

Em 2015 realiza uma Ressonância Magnética Encefálica (RME) que salientou uma involução/atrofia dos lobos temporais e das regiões temporo-mesias de predomínio à esquerda; por critérios qualitativos, atribuiu-se grau 3-4 da classificação de Sheltens à esquerda e grau 2-3 à direita. A avaliação neuropsicológica realizada apresenta um quadro de predomínio cortical caracterizado pela diminuição dos processos atencionais para tarefas de longos períodos de tempo ou de atenção-dividida, defeito ligeiro da memória verbal-interferida, defeito ligeiro a moderado da memória imediata e defeito acentuado da memória verbal-associativa.

Terapia psicofarmacológica

Victan (para dormir)

Lamotrigina 2mg

Simbalta 60mg

Tricticum 200mg (1 ao jantar/1 ao deitar)

Observação Clínica

O Sr. Abílio chegou à Unidade de Neurospicologia com uma boa aparência, um discurso fluente e organizado. Desde o início que se mostra muito colaborante, referindo com datas exatas tudo o que se passou na sua vida desde jovem adulto (altura em que ultrapassou uma fase complicada da sua vida de onde derivou a PSPT).

Apesar dos vários relatórios referindo o humor depressivo devido ao seu diagnóstico, o Sr. Abílio apresentou sinais de humor estabilizado e um comportamento assertivo.

Hipótese Diagnóstica

A nível neuropsicológico, após a análise das provas aplicadas, verificou-se que o Sr. Abílio apresentou alterações marcadas ao nível da atenção sustentada, da atenção áudio-verbal, da memória verbal associativa e da dinâmica verbal semântica.

A nível psicológico, o Sr. Abílio já apresentava vários relatórios que referiam a existência de uma perturbação relacionada com trauma e fatores de *stress*, nomeadamente, perturbação de *stress* pós-traumático, que segundo a DSM-V, apresenta o código 309.81 (F43.10) com início tardio.

Discussão do caso

No caso B, foi procedido a uma avaliação com o intuito de responder ao pedido efetuado pelo médico, utilizando uma entrevista semi-estruturada, para a criação de uma anamnese, apesar do paciente já trazer muita informação consigo, utilizou-se a observação clínica de forma a avaliar o componente verbal e não verbal do sujeito e foram utilizadas algumas provas neuropsicológicas de forma a avaliar o paciente nas suas várias dimensões.

O Sr. Abílio chega a unidade na posse de vários relatórios com o diagnóstico de perturbação de *stress* pós-traumático. Beck e Emery (1985) e Figueira e Mondlowicz (2003) afirmam que existem duas caraterísticas centrais nesta perturbação, em primeiro lugar terá de haver exposição a um evento traumático que, no caso do Sr. Abílio foram os dois anos em que esteve na guerra e viu muitos colegas a morrerem à sua frente, experienciando medo intenso e horror. A segunda caraterística corresponde à tríade psicológica presente na vida do sujeito após o evento traumático. Esta última abrange três tipos de sintomas (reexperimentação do trauma, evitamento de estímulos associados e sintomas de hiperestimulação). Câmara Filho e Sougey (2001) e Figueira e Mendlowicz (2003) afirmam que a reexperimentação do evento traumático posso ser

vivido de várias formas como, pensamentos, sentimentos, sonhos vividos, pesadelos e *flashbacks*, o mesmo aconteceu com o Sr. Abílio, após voltar da guerra, começou a ter pesadelos constantes e sentimentos que não podia controlar, revivendo a guerra todos os dias. Como Fernandes e Maia (2000) afirmam para aqueles que participam na guerra, esta nunca acaba, e este foi o sentimento transmitido pelo Sr. Abílio. O segundo sintoma consiste no embotamento emocional, também denominado de *numbing*, como referiram Câmara Filho e Sougey (2001) e Figueira e Mendlowicz (2003) onde o sujeito utiliza mecanismos psicológicos para se anestesiar fugindo dos sentimentos de pânico e terror acarretados pelo sentimento de revivência do trauma, o paciente refere a utilização destes mesmos mecanismos, quando afirma que se refugiou no trabalho durante muitos anos, de forma a não se conectar emocionalmente a nada ou ninguém. Por último, os mesmo autores salientam a existência de sintomas de hiperestimulação automática, onde o Sr. Abílio se identificou, referindo que após a guerra se tornou uma pessoa totalmente diferente, fácilmente irritável, começou a sofrer de insónias e sentindo-se demasiado alerta a maior parte do tempo, diminuindo-lhe a atenção, a concentração e o desempenho de outras funções cognitivas. Alterações que foram verificadas ao longo do tempo nas avaliações neuropsicológicas realizadas, e confirmadas na avaliação realizada na unidade.

Relativamente aos fatores de risco, Sandeman (2000, cit. por Fernandes & Maia, 2000) descrevem o tipo de evento, a intensidade, a duração, a velocidade do início do acontecimento, número de acontecimentos simultâneos, existência de reprimendas e impossibilidade de escape. Analisando estes fatores, podemos observar que o período de 24 meses em que o paciente esteve na guerra elevou muitos destes fatores de risco.

O Sr. Abílio, apresentou também alguns relatórios em que se referiam à presença de humor depressivo, porém, apesar de referir que desde o divórcio se tem sentido

muito embaixo, refere também que há uns meses foi medicado e que isto lhe tem regularizado a situação, e de fato, quando chega à unidade, o paciente demonstra um humor estabilizado. Zayerft et al (2002, cit. por Margis, 2003) afirmam que indivíduos portadores desta perturbação quando comparados a grupos de controlo, adquirem com maior frequência depressão.

Apesar do caminho já percorrido pelo paciente durante todos estes anos, seria benéfico a realização de uma psicoterapia de modelo cognitivo, isto porque, estudos elaborados, como por exxemplo, o estudo realizado por Knapp & Caminha (2003), afirmam que esta é o tipo de terapia que apresenta um maior índice de eficácia.

Através desta terapia, também descrita por Ehlers e Clark (2000), será possível colocar o trauma no passado, de forma a libertar o presente e o futuro do paciente, modificando três áreas, em primeiro lugar, integra-se e elabora-se a memória traumática como uma experiência anterior, reduzindo as experiência intrusivas; em segundo lugar, redefinir as apreciações problemáticas e as sequelas do trauma para que a ameaça viva deixe de estar presente; e por último, descarta-se e modifica-se as estratégias cognitivas e comportamentais disfuncionais que impedem a memória, exarcebam os sintomas e a reavaliação da problemática.

A avaliação neuropsicológica realizada na Unidade confirmaram o que relatórios anteriores já mencionávam e que foram corroborados por estudos feitos anteriormente, como os de Câmara Filho e Sougey (2001) e Figueira e Mendlowicz (2003), relativos à diminuição das funções cognitivas devido ao permanente estado de alerta em que estes pacientes vivem. Assim, foi visível as alterações ao nível da atenção sustentada e concentração, da atenção áudio-verbal de ordens diretas e inversas, memória verbal associativa e da dinâmica verbal semântica. Com os resultados apresentados, seria proveitoso, a inserção do paciente no programa de reabilitação da unidade utilizando

estímulos computorizados, técnicas de papel e lápis, e o uso de estratégias de forma a melhorar a vida do paciente na realização das atividades de vida diárias.

Conclusão

Ao longo destes 10 meses de estágio foi possível crescer não só, a nível pessoal, como também, a nível profissional. Durante todos estes meses, foi possível alcançar todos os objetivos propostos pelo estágio, não só a nível de aplicação de conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, como também a aprendizagem das técnicas de avaliação e intervenção utilizadas na unidade de neuropsicologia.

Outra área importante desenvolvida foi a relação terapêutica com os vários pacientes e familiares que recorreram aos serviços da unidade, que sem terem a mínima noção contribuíram para a evolução durante todo este processo, e que permitiram o desenvolvimento enquanto profissional.

O desenvolvimento de exercícios personalizados consoante as necessidades dos pacientes e o apoio dado aos familiares para que a vida do doente melhorasse, tentando diminuir as suas dúvidas e angústias, permitindo a observação real da vida profissional do psicólogo clínico, foi outro ponto positivo do estágio académico.

Ter também, como primeira experiência este estágio académico, onde se recebeu todo o apoio dos vários profissionais, colegas e orientador que permitiram a evolução durante todo o percurso tornou-se uma mais valia, preparando a estagiária para o futuro.

Concluindo, este estágio permitiu adquirir conhecimentos e prática que servirão de base para o futuro, dando todas as ferramentas necessárias para continuar este caminho, para além disso, contribuiu para o crescimento do interesse por esta área.

Reflexão Final

Após uma reunião com o coordenador do Estágio, o Coordenador da Unidade de Neuropsicologia do CHPL, disponibilizou-se para me ensinar tudo o que sabia, para uma experiência positiva e enriquecedora, não só a nível profissional, como também pessoal, onde me colocou desde o primeiro minuto completamente à vontade para colocar todas as questões necessárias.

Este estágio permitiu desenvolver não só os conhecimentos anteriormente leccionados, como também averiguá-los de uma nova perspetiva, utilizando técnicas e estratégias mais práticas. Aprendi a olhar mais para o outro, sem a intenção inata do ser humano de julgamento, observando a pessoa numa perspetiva holística e sem preconceitos.

Assim, posso afirmar o privilégio que tive em integrar a instituição e a unidade em que fui inserida. A oportunidade de trabalhar com profissionais de excelência, permitiu a aquisição de um vasto leque de conhecimentos. Outro ponto de extrema importância foi, as formações, aulas e reuniões que tive a oportunidade de usufruir enquanto membro estagiário desta instituição, através do convite do coordenador da unidade, possibilitaram a aprendizagem de novos conhecimentos e a troca de ideias com os vários técnicos que tornam a evolução possível.

Outro benefício de estagiar nesta unidade foi a diversidade de casos que tive a oportunidade de observar e de acompanhar, não só pela faixa etária, como também pela diversidade de diagnósticos, e de vivências.

Globalmente, não poderia considerar esta etapa mais positiva, daqui levo ensinamentos para a vida profissional, e um grupo de profissionais que se demonstraram ser, além de ótimos profissionais, pessoas de excelência que me ajudaram sempre e que acreditaram em mim, mesmo quando eu duvidei.

Referências

American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatítica das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Anzieu, D. (1983) " Possibilités et limites du recours aux points de vue psychanalytiques par le psychologue clinicien", *Connexions*, 40, pp. 31-37.

Araújo, L. F., & Carvalho, V. A. (2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Revista de Humanidades*, *6*(13), 1-9.

Barbosa, A. C., Medeiros, L. S., Duarte, N., & Meneses, C. (2011). Factores preditivos de depressão pós-acidente vascular cerebral: estudo retrospectivo numa unidade de reabilitação. *Acta Medica Portuguesa*, *24*(S2), 175-180.

Bastos, L., Ferreira, D., & Guerra, A. (2014). Perturbação depressiva. Em *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 53-77). Lisboa: Lidel.

Beck, A. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Artmed Editores.

Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disordes and phobias: A cognitive perspective*. United States of America: Basic Books.

Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed Editores.

Bee, H., & Mitchel, S. (1984). *A pessoa em desenvolvimento*. São Paulo: Harbra.

Berg, A., Lonnqvist, J., Palomaki, H., & Kaste, M. (2008). Assessment of depression after stroke: A comparison of different screening instruments. *Journal of the American Heart Association*, *40*, 523-529.

Brito, S. (2008). A psicologia clínica – procura de uma identidade. *Revista de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68.

Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17-31.

Crawford, J. (1996). *The blackwell dictionary of neuropsychology.* Beaumont, J., Kenealy, P., Rogers, M. (Eds.). Blackwell Publishers, Ltd, 108.

Câmara Filho, J., & Sougey, E. (2001). Transtorno de e*stress*e pós-traumático: Formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *23*(4), 221-228.

Cancela, D. (2008). O acidentes vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação. *O Portal dos Psicólogos*, 1-18.

Carr, C. (2011). The ABCs of Aphasia: Understanting aphasia is crucial to recovery – for patients and caregivers. *Neurology Now*, *7*(3), 35-37.

Diário da República (2011). Código deontológico e princípios éticos. *Ordem dos Psicólogos*, 2(78).

Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic *stress* disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*, 319-345.

Fernandes, E., & Maia, A. (2000). Quando a guerra parece não ter fim: Uma intervenção psicoterapêutica em perturbação *stress* pós-traumático de guerra. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *1*(2), 380-387.

Ferreira, V., & Mousquer, D. (2015). Observação em psicologia clínica. *Revista de Psicologia da UnC*, *2*(1), 54-61.

Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de e*stress*e pós-traumático. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *25*(1), 12-16.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Garman, M. (1990). *Psycholinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gil, R. (2007). *Neuropsicolgía*. Barcelona: Elsevier Masson.

Gonçalves, O. (2014). *Terapias Cognitivas: Teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.

Greenberger, D., & Padesky, C. (1999). *A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre: Artmed.

Harvey, P. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessments. *Dialogues in Clinical Neurocience*, *14*(1), 91-99.

Holden, U. (1995). *Ageing, Neuropsychology and the 'New' Dementias: Defenitions, explanations and practical approaches*. London: Chapman & Hall.

Hollon, S., Jarrett, R., Nierenberg, A., Thase, M., Trivedi, M., & Rush, A. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment?. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(4), 455-468.

Houdé, O. (2008). *Les 100 mts de la Psychologie*. Paris: Puf.

Ischemic Strokes (clots). American Stroke Association (Julho de 2013). http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/IschemicClots/Ischemic-Strokes-Clots_UCM_310939_Article.jsp

Jacambé, I., & Auclair, L. (2008). *Introduction à la neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte*. Paris: Éditions Belin.

Jesuino, J. (2002). *Psicologia*. Lisboa: Quimera.

Jung, C. (1993). *The Practice of Psychotherapy*. London: Routledge.

Kaplan & Sadock's (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry (volume1)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kaplan & Sadock's (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry (volume2)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kapp, P., & Caminha, R. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de e*stress*e pós-traumático. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *25*(1), 31-36.

Leal, I. (2008). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.

Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (n.d). *Porto: Porto Editora, 2003-2015*. *Web site*. Acedido março 13, em http://www.infopedia.pt/$psicologia-clinica

Luísa, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.

Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.

Manning, L. (2012). *A neuropsicologia clínica: uma abordagem cognitiva.* (2ª. ed.). Epigénese Desenvolvimento e Psicologia. Editora: Instituto Piaget.

Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de e*stress*e pós-traumático: regra ou exceção?. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *25*(1), 17-20.

Mattle, M. & Taub, E. (2004). *Neurology*. Stuttgart: Clinical Sciences.

Mausner, J., & Bath, A. (1999). *Introdução à epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Mendes, T. (2014). Avaliação neuropsicológica. Em *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 19-42). Lisboa: Lidel.

Mineiro, A., Caldas, A., Rodrigues, I., & Leal, G. (2008). Revisitando as Afasias na PALPA-P. *Cadernos de Saúde, 1*(2), 135-146.

Miranda, A. (2013). O que é a psicologia clínica?. *Psicologado*.

Nobre, M. (2004). Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Terapia Ocupacional. Web site.* Acedido junho 17, em http://ocupacional.no.sapo.pt/AVC.htm

Pedinielli, J. L. (1999). *Os objetos teóricos da Psicologia Clínica*. Introdução à

Psicologia Clínica (1ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Pieron, H. (1968). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.

Psychology and Aging: Psychologists Make a Significant Contribution. American Psychological Association (Janeiro de 2010). http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/psychology-and-aging.aspx

Pourmand, R. (1999). *Practicing Neurology: What you need to know, What you need to do*. Woburn: Butterworth-Heinemann.

Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental na depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *30*(II), 73-80.

Revault D'Allones, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris: Dunot.

Robinson, R., & Spalletta, G. (2010). Poststroke depression: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(6), 341-349.

Rohkamm, R. (2011). *Neurología: texto y atlas*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, *4*(XIV), 589-599.

Rolak, L. (1993). *Neurology Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus.

Royden, H., & Jones, J. (2006). *Neurologia de Netter*. Philadelphia: Artmed.

Sá, M. (2009). *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Siksou, M. (2008). *Introdução à neuropsicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sims, A. (2003). *Symptoms in the Mind: An Intruduction do Descriptive Psychopathology*. London: Saunders.

Sinanovic, O. (2010). Neuropsychology of acute stroke. *Psychiatria Danubina*, *22*(2), 278-281.

Van der Linden, M., Danion, J.-M., & Agniel, A. (2000). *La psychopathologie: Une approche cognitive et neuropsychologique*. Marseille: Solar Éditeurs.

Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista Neurología*, *32*(10), 980-986.

Widlocher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi editores.

APÊNDICES

Lista de Apêndices

Apêndice 1 – *Caracterização da Instituição*.....

Apêndice 2 – *Comunicação científica em formato Poster*… .....

APÊNDICE 1

Caracterização da Instituição

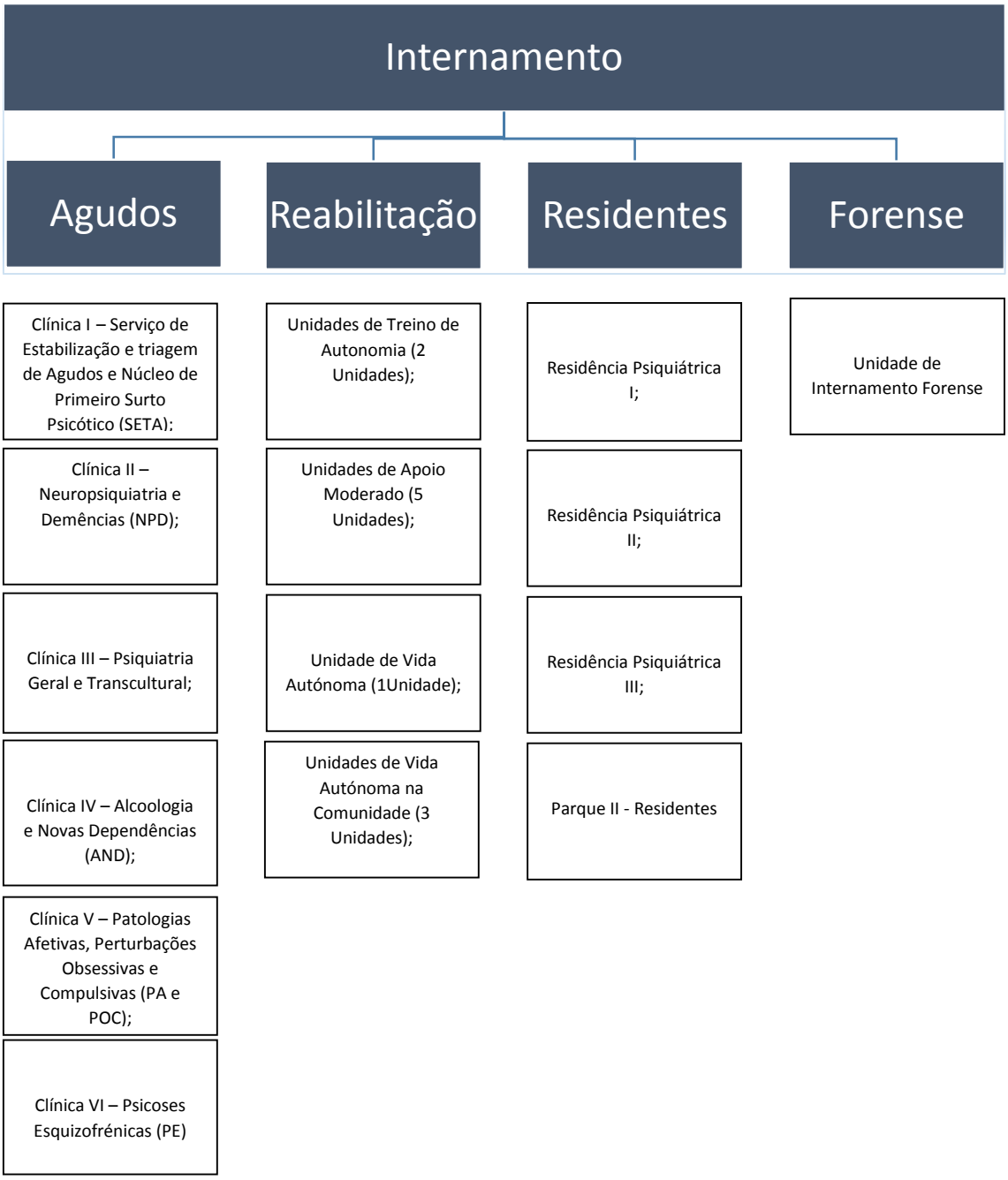
Regime de Internamento:

1. Internamento de agudos: São realizados internamentos de doentes agudos em 6 clínicas assistenciais orientados por patologia;

2. Reabilitação: São desenvolvidos programas de Reabilitação Psicossocial, designadamente de Treino de Atividades de vida diária, Formação Profissional, terapia Ocupacional e de Emprego Protegido.

3. Residentes: É realizada resposta aos diversos graus de dependência e comorbilidades registadas por cada doente internado;

4. Forense: Dispõe de 32 camas, para tratamento, sob cutódia, de doentes inimputáveis, a cumprir medidas de segurança por sentença judicial. Cabe ainda a este serviço, a realização de exames e pericias médico-legais solicitadas pelos Serviços Judiciais.


Internamento
Agudos
Reabilitação
Residentes
Forense
Clínica I – Serviço de Estabilização e triagem de Agudos e Núcleo de Primeiro Surto Psicótico (SETA);
Clínica II – Neuropsiquiatria e Demências (NPD);
Clínica III – Psiquiatria Geral e Transcultural;
Clínica IV – Alcoologia e Novas Dependências (AND);
Clínica V – Patologias Afetivas, Perturbações Obsessivas e Compulsivas (PA e POC);
Clínica VI – Psicoses Esquizofrénicas (PE)
Unidades de Treino de Autonomia (2 Unidades);
Unidades de Apoio Moderado (5 Unidades);
Unidade de Vida Autónoma (1Unidade);
Unidades de Vida Autónoma na Comunidade (3 Unidades);
Residência Psiquiátrica I;
Residência Psiquiátrica II;
Residência Psiquiátrica III;
Parque II - Residentes
Unidade de Internamento Forense

Regime de Ambulatório:

1. Estruturas Comunitárias: São realizadas consultas externas de Psiquiatria, Alcoologia e Cessação Tabágica, Atendimentos Complementares (Enfermagem, Psicologia e Serviço Social), bem como visitas domiciliárias e reuniões com os parceiros/comunidade, promovendo sobretudo intervenções no âmbito da desinstitucionalização do doente;

2. Hospital de Dia: Centra a sua atividade na prestação de cuidados após o internamento, com atividades psicoterapêuticas abertas ao exterior, psicologia clínica, grupos de apoio a familiares de doentes, grupo de treino de aptidões sociais, entre outras.

3. Áreas de dia: São desenvolvidas atividades em várias áreas através de grupos de apoio, grupos de auto-ajuda, grupos de treino de aptidões, organização e dinamização de diversos ateliers;

4. Consultas Externas: São realizadas consultas de especialidade médica, Neuropsiquiatria, Endocrinologia, Psiquiatria geriátrica, Neurologia, entre outras… e consultas de especialidade não médica tais como, Sexologia, Neuropsicologia, Nutrição/Dietética, Psicologia Clínica, entre outras.

5. Intervenção Domiciliária: São realizadas visitas domiciliárias com equipas de intervenção multidisciplinar, tendo como principal objetivo contribuir para a promoção de saúde mental da população residente nas freguesias abrangidas.

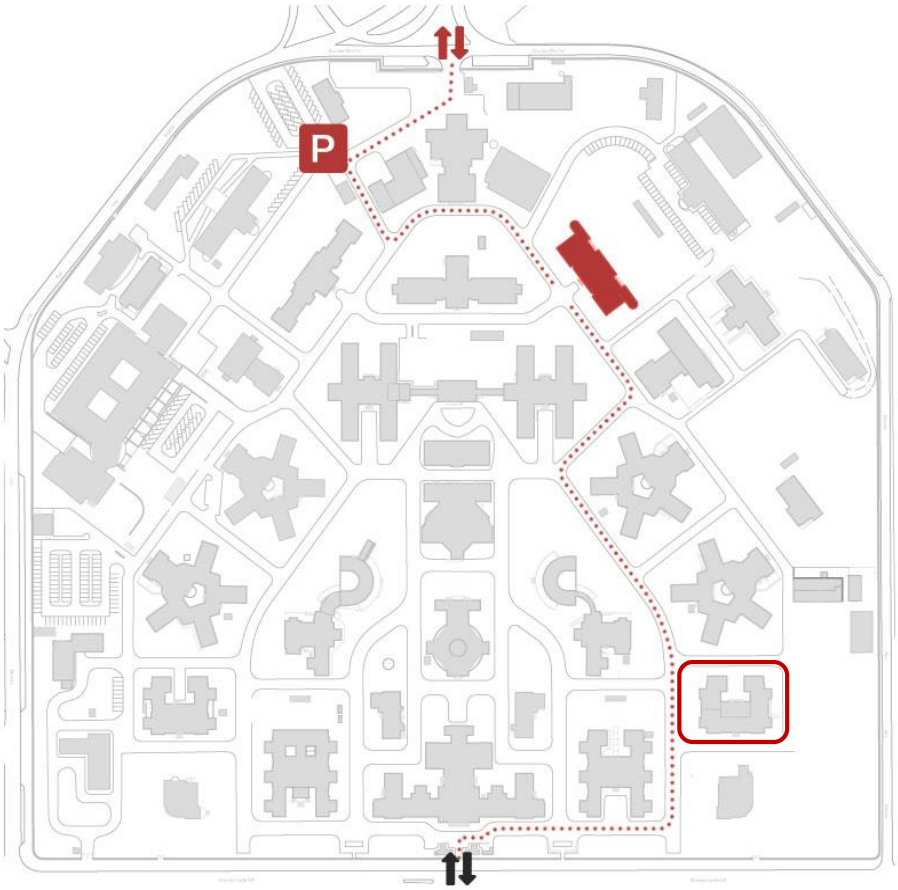
6. Urgência: São realizadas consultas de urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central no (Hospital de São José), sendo as equipas constituídas por recursos humanos do CHPL.

7. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica: São realizados exames complementares de Patologia Clínica, eletroconvulsivoterapia, eletroencefalografia e radiologia.

Ambulatório

Estruturas Comunitárias	Hospital de Dia	Áreas de Dia	Consultas Externas	Intervenção Domiciliária	Urgência	Meios Complementares de diagnóstico e terapêutica
UCCPO – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas	Hospital de Dia (1 Unidade)	Área de Dia na Comunidade (4 Unidades)	Médicas	Intervenção Domiciliária – Equipa Multidisciplinar	Urgência Psiquiátrica – H. São José	UCCPO – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas
CINTRA – Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório de Sintra		Área de Dia na Instituição (2 Unidades)	Não - Médicas			CINTRA – Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório de Sintra
ETC – Espaço Terapêutico Comunitário de Vila Franca de Xira			↕			ETC – Espaço Terapêutico Comunitário de Vila Franca de Xira
Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos dos Olivais			Unidade de Neuropsicologia			Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Torres Vedras
Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Torres Vedras						Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos dos Olivais
Fórum Sócio Ocupacional – Casa da Graça						Fórum Sócio Ocupacional – casa da Graça
MESMO – Mafra Espaço de saúde Mental e Ocupacional						

Planta do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa



PAVILHÃO 17-A

ENTRADA AUTOMÓVEL - RUA DAS MURTAS

PARQUE DE ESTACIONAMENTO PÚBLICO

PERCURSO PEDONAL

APÊNDICE 2

Comunicação científica em formato Poster

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – *Instrumentos de Avaliação Caso A* .....

Anexo B – *Instrumentos de Intervenção Caso A*… .....

Anexo C – *Instrumentos de Avaliação Caso B*… .....

ANEXO A

Instrumentos de Avaliação Caso A

Guião de Entrevista

Unidade de Neuropsicologia

Nº Processo:_____ Data da Entrevista:___/___/___

Dados Pessoais

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Género: M ◯ F ◯

Morada:_____

Escolaridade:_____ Língua Materna:_____

Profissão:_____ Estado civil:_____

Com quem vem à consulta:_____

Motivo da Consulta

Pedido por:_____ em ___/___/___

Motivo:_____

_____

Motivo segundo o paciente (O que sente, quando tiveram inicio os sintomas, sente que têm progredido como é que os sintomas interferem no seu dia-a-dia?):

Momento “ZERO”

Apresentação global do paciente (Apresentação e aparência, discurso, pensamento, humor e afetividade, atitude face à consulta neuropsicógica e situação atual):

Antecedentes Pessoais e Familiares:

Percurso escolar (Que idade tinha quando foi para a escola, reprovações, sentimentos em relação a escola, dificuldades de aprendizagem, porque motivo abandonou a escola?):

Estrutura e dinâmica familiar (Por quem é composto o núcleo familiar, com quem viveu durante a infância e adolescência, quanto irmãos tem, doenças hereditárias):

Percurso Profissional (Satisfação e ritmo de alternância entre trabalhos, relações interpessoais no local de trabalho, em caso de reforma há quanto tempo está reformado e como lida com a reforma?):

Hábitos de consumo (Bebe ou fuma, há quanto tempo iniciou/deixou, outras substâncias, alterações dos hábitos e/ou preferências alimentares?):

Antecedentes Clínicos:

Já alguma vez recorreu a consulta de Neurologia, Psiquiatria, Psicologia ou Neuropsicologia? Sim ◯ Não ◯

Qual o motivo?

Alguma vez realizou/ Já teve ou tem?:

1.1 Exame de visão? Sim ◯ Não ◯

1.2 Vê bem das duas vistas? Sim ◯ Não ◯ Qual?_____

1.3 Usa óculos? Sim ◯ Não ◯ Traz os óculos para a consulta?___

1.4 Visão enevoada? Sim ◯ Não ◯

1.5 Visão dupla? Sim ◯ Não ◯

1.6 Perda de visão? Sim ◯ Não ◯

1.7 Visão com pontos negros? Sim ◯ Não ◯

1.8 Visão com "flashes" (estrelinhas) Sim ◯ Não ◯

1.9 Ver coisas estranhas? Sim ◯ Não ◯

2.1 Exame de audição? Sim ◯ Não ◯

2.2 Ouve bem dos dois ouvidos? Sim ◯ Não ◯ Qual?_____

2.3 Aparelho de audição? Sim ◯ Não ◯

2.4 Perda de audição? Sim ◯ Não ◯

2.5 Sensação de ouvir campainhas? Sim ◯ Não ◯

2.6 Sensação de ouvir sons estranhos? Sim ◯ Não ◯

3.1 Perda de sentido do cheiro? Sim ◯ Não ◯

3.2 Alteração do sentido do cheiro? Sim ◯ Não ◯

3.3 Sensação de cheiros esquisitos? Sim ◯ Não ◯

3.4 Perda do sentido do gosto? Sim ◯ Não ◯

3.5 Alteração do sentido do gosto? Sim ◯ Não ◯

3.6 Sensação de gostos desagradáveis? (mesmo não estando a comer nada?)

Sim ◯ Não ◯

Durante a sua infância teve?

1.1 Doenças graves? Sim ◯ Não ◯

1.2 Traumatismos Crânio-Encefálicos? Sim ◯ Não ◯

1.3 Perturbações psicológicas/ nervosismo? Sim ◯ Não ◯

1.4 Febres altas? Sim ◯ Não ◯

Já sentiu ou sente?

1.1 Dores no corpo? Sim ◯ Não ◯

1.2 Dores de Cabeça? Sim ◯ Não ◯ Frequência?_____

1.3 Cansaço e "moleza" permanente? Sim ◯ Não ◯

Em que altura do dia? Manhã ◯ Tarde ◯ Noite ◯

1.4 Paralisias? Sim ◯ Não ◯

1.5 Fraquezas musculares? Sim ◯ Não ◯

1.6 Alterações da marcha? Sim ◯ Não ◯

1.7 Problemas de coordenação dos membros? Sim ◯ Não ◯

2.1 Sensação de "vazio da cabeça"? Sim ◯ Não ◯

2.2 Crises epiléticas? Sim ◯ Não ◯

2.3 Desmaios? Sim ◯ Não ◯

2.4 Períodos de desorientação? Sim ◯ Não ◯

2.5 Perde-se com frequência? Sim ◯ Não ◯

2.6 Esquecer-se de onde está? Sim ◯ Não ◯

2.7 Não saber qual é o dia? Sim ◯ Não ◯

2.8 Dificuldade em memorizar nomes ou caras? Sim ◯ Não ◯

2.9 Dificuldade em se lembrar da palavra exata que quer dizer? Sim ◯ Não ◯

Sente que:

1.1 Já não é capaz de pensar como antes? Sim ◯ Não ◯

1.2 Tem dificuldades em raciocinar com clareza? Sim ◯ Não ◯

1.3 Distrai-se com facilidade? Sim ◯ Não ◯

1.4 Não se consegue concentrar? Sim ◯ Não ◯

1.5 Dificuldades em acompanhar uma conversa simples? Sim ◯ Não ◯

1.6 Sentimentos e/ou pensamentos estranhos? Sim ◯ Não ◯

1.7 Tristeza ou mesmo depressão? Sim ◯ Não ◯

1.8 "Stress" ou ansiedade? Sim ◯ Não ◯

1.9 Grande irritabilidade? Sim ◯ Não ◯

1.10 Preocupação ou sentimentos de culpa? Sim ◯ Não ◯

1.11 Muda de atitudes sem justificação objetiva? Sim ◯ Não ◯

1.12 Perda de interesse pelas coisas? Sim ◯ Não ◯

Sente que:

1.1 Dorme bem? Sim ◯ Não ◯

1.2 Tem insónia? Sim ◯ Não ◯

Inicial ◯ Intermédia ◯ Terminal ◯

1.3 Acordares Frequentes? Sim ◯ Não ◯

1.4 Pesadelos? Sim ◯ Não ◯

Já sofreu ou sofre:

1.1 Infeções graves? Sim ◯ Não ◯

1.2 Diabetes? Sim ◯ Não ◯

1.3 Doença de fígado? Sim ◯ Não ◯

1.4 Doença dos rins? Sim ◯ Não ◯

1.5 Doenças circulatórias? Sim ◯ Não ◯

1.6 Acidentes Vasculares Cerebrais? Sim ◯ Não ◯

1.7 Hipertensão? Sim ◯ Não ◯

1.8 Doenças do coração? Sim ◯ Não ◯

1.9 Doenças de sangue? Sim ◯ Não ◯

1.10 Cancro? Sim ◯ Não ◯

Já fez?

TC? RM? PEV? Exame Psicológico? Exame Neuropsicológico?

Sim ◯ Não ◯ Qual?_____

Relatório de Exame:

Terapêutica medicamentosa, cirúrgica ou psicoterapêutica

Observações/ Informações facultadas pelo acompanhante:

Data:_____

Exame Neuropsicológico

Dados Biográficos:

Nome: _____

Idade: _____ Anos (Data de nascimento:_____)

Escolaridade: _____ / Profissão _____ / Telf. _____

Morada: _____

Predominância Manual para a Escrita:_____

1ª Consulta__/Controlos: 1º Mês__ 3º Mês__ 6º Mês__ 9º Mês__ 12ª Mês__ 24º Mês__ Outros__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

Exploração Clínica

1. **Análise do discurso**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Orientação auto-psíquica, temporal e espacial

Como se chama?	_____/1
Que idade tem?	_____/1
Qual a sua nacionalidade?	_____/1
Qual a sua profissão?	_____/1
Qual o seu estado civil?	_____/1
Em que ano estamos?	_____/1
Em que mês estamos?	_____/1
Em que dia do mês estamos?	_____/1
Em que dia da semana estamos?	_____/1
Em que estação do ano estamos?	_____/1
Em que país estamos?	_____/1
Em que distrito vive?	_____/1
Em que terra vive?	_____/1
Em que casa estamos?	_____/1
Em que andar estamos?	_____/1

Total: ____/15

3. Atenção (KLT em anexo)

$$\frac{C-(E+O)}{90} \times 100 =$$

4. Cálculo

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 3 e depois ao valor encontrado volta a tirar 3, repetindo até eu dizer-lhe para parar".

97__/1 94__/1 91__/1 88__/1 85__/1

Total: ____/5

5. Memória

5.1. Memória com interferência

"Vou dizer-lhe cinco palavras que vai ter de decorar, e que mais tarde vou-lhe pedir para me as dizer."

Gato Bola Maçã Blusa Cravo

5.1.1. Repetição Imediata:

_____/_____/_____/_____/_____ Total = _____/15

5.1.2. Tarefa de interferência

"Agora, conte os números de 20 até 0 (por ordem decrescente)."

5.1.3. Evocação

"Recorda-se de alguma das palavras que lhe disse há pouco?"

Evocação espontânea		1ª Ajuda		2ª Ajuda	
Gato	_____/3	Animal	_____/2	Pombo/Cão/Gato	_____/1
Bola	_____/3	Serve p/jogar	_____/2	Berlinde/Bola/Pião	_____/1
Maçã	_____/3	Fruto	_____/2	Maçã/Pêra/banana	_____/1
Blusa	_____/3	Vestuário	_____/2	Blusa/Camisa/Calças	_____/1
Cravo	_____/3	Flor	_____/2	Malmequer/Cravo/Rosa	_____/1

Total: ____/15

1ª Evocação	Fácil	Difícil
Norte	_____	
Fruto	_____	
Obedecer		_____
Rosa	_____	
Bebé	_____	
Alto	_____	
Couve		_____
Metal	_____	
Escola		_____
Acidente		_____

2ª Evocação	Fácil	Difícil
Couve		_____
Bebé	_____	
Metal	_____	
Escola		_____
Alto	_____	
Rosa	_____	
Obedecer		_____
Fruto	_____	
Acidente		_____
Norte	_____	

3ª Evocação	Fácil	Difícil
Obedecer		_____
Fruto	_____	
Bebé	_____	
Metal	_____	
Acidente		_____
Escola		_____
Rosa	_____	
Norte	_____	
Couve		_____
Alto	_____	

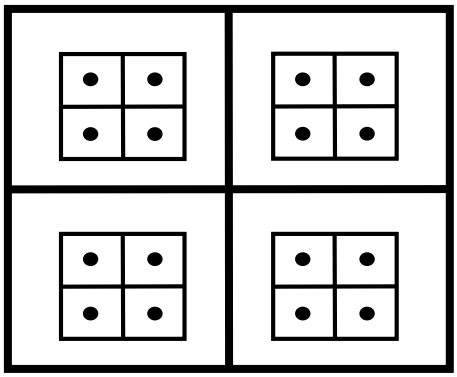
5.2 Memória associativa "Vou ler-lhe uma lista de pares de palavras. Quando terminar irei dizer uma das palavras e peço-lhe que me diga qual a palavra que fazia par com essa."

1ª Apresentação	2ª Apresentação	3ª Apresentação
Metal – Ferro	Rosa – Flor	Bebé – Choro
Bebé – Choro	Obedecer – Avançar	Obedecer – Avançar
Acidente – Escuridão	Norte – Sul	Norte – Sul
Norte – Sul	Couve – Pena	Escola – Mercearia
Escola – Mercearia	Alto – Baixo	Rosa – Flor
Rosa – Flor	Fruto – Maçã	Couve – Pena
Alto – Baixo	Escola – Mercearia	Alto – Baixo
Obedecer – Avançar	Metal – Ferro	Fruto – Maçã
Fruto – Maçã	Acidente – Escuridão	Acidente – Escuridão
Couve – Pena	Bebé – Choro	Metal – Ferro

Total: (Fáceis ÷ 2) + Difíceis = _____/21

5.2. Memória visual (ver anexo)

"Vou-lhe pedir que preste atenção a esta figura, porque depois vou escondê-la e pedir-lhe que desenhe o que se lembrar."



F= _____ + _____ + _____ + _____ + _____ Total: _____/5

6. Linguagem oral

6.1. Compreensão verbal – I ("Três Papeis de Pierre Marie")

"Tem aqui três papéis: um pequeno, um médio e um grande. Vou-lhe dar algumas instruções e pedir-lhe que faça o que eu disser."

a) Ponha o maior de lado. _____/
b) Dê-me o médio. _____/
c) Guarde o pequeno. _____/

Cotação: 3 correctas/2 pontos; 2 correctas/1 ponto; e, < que 2 correctas/0 pontos

Total _____/3

6.2. Compreensão verbal – II

(Teste Token em anexo) Total: ___/22

6.3. Nomeação

"Vou mostrar-lhe alguns objectos e pedir-lhe que os identifique."

a) Relógio _____/1
b) Caneta _____/1
c) Lápis _____/1
d) Colher _____/1
e) Chave _____/1
f) Moeda _____/1
g) Nota _____/1
h) Óculos _____/1

Total: _____/8

6.4. Repetição verbal

"Vou ler-lhe algumas palavras que deve repeti-las logo depois de eu as dizer."

a) Lápis _____/1
b) Garfo _____/1
c) Botão _____/1
d) Cigarro _____/1
e) Pente _____/1
f) Janela _____/1
g) Tesoura _____/1
h) Ratazana _____/1
i) Automóvel _____/1

Total: _____/9

7. Linguagem escrita

7.1. Leitura e execução de ordem

"Leia o que está escrito neste cartão e faça o que nele disser: FECHE OS OLHOS." _____/1

7.2. Frase

"Escreva uma frase completa."

× _____/1

Total: _____/2

8. Provas pré-frontais

8.1. Séries de Luria (em anexo) _____/1

8.2. Crítica a uma situação absurda

"Vou ler-lhe duas frases e peço-lhe que me diga o que lhe parece de cada uma delas. Se acha que estão correctas ou erradas e porquê."

a) Um homem subiu a correr pelas escadas abaixo. _____/1

b) O João tem uns pés tão grandes, mas tão grandes, que quando veste as calças veste-as pela cabeça. _____/1

Total: _____/3

9. Praxias

"Vou dar-lhe algumas instruções e pedia-lhe que fizesse o que lhe disser."

a) Encha as bochechas com ar. _____/1

b) Dê estalinhos com os dedos. _____/1

c) Diga adeus com a mão. _____/1

d) Finja que está a martelar um prego. _____/1

Total: _____/4

10. Gnosia para cheiros

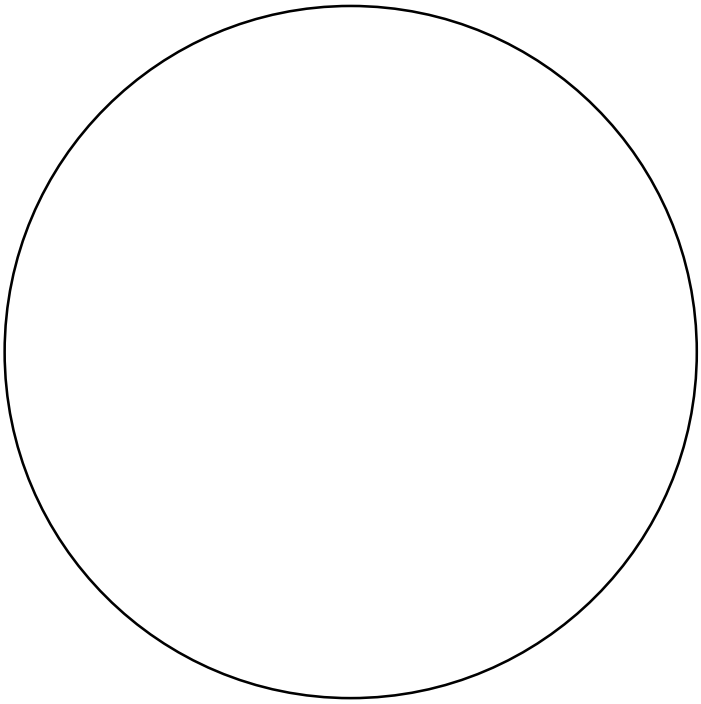
"Vou-lhe dar a cheirar três cheiros e de seguida, peço-lhe que me diga ao que é que lhe cheira."

Recuperação Espontânea		**Ajudas**					
		(1)		**(2)**		**(3)**	
(1) Vinagre	___/3	Maçã	___/0	Rosas	___/0	Banana	___/0
(2) Álcool	___/3	Limão	___/0	Mentol	___/0	**Perfume**	___/0.5
(3) Perfume	___/3	**Vinagre**	___/0.5	Morango	___/0	Amendoim	___/0
		Coca-Cola	___/0	**Álcool**	___/0.5	Tinta	___/0

Total: _____/9

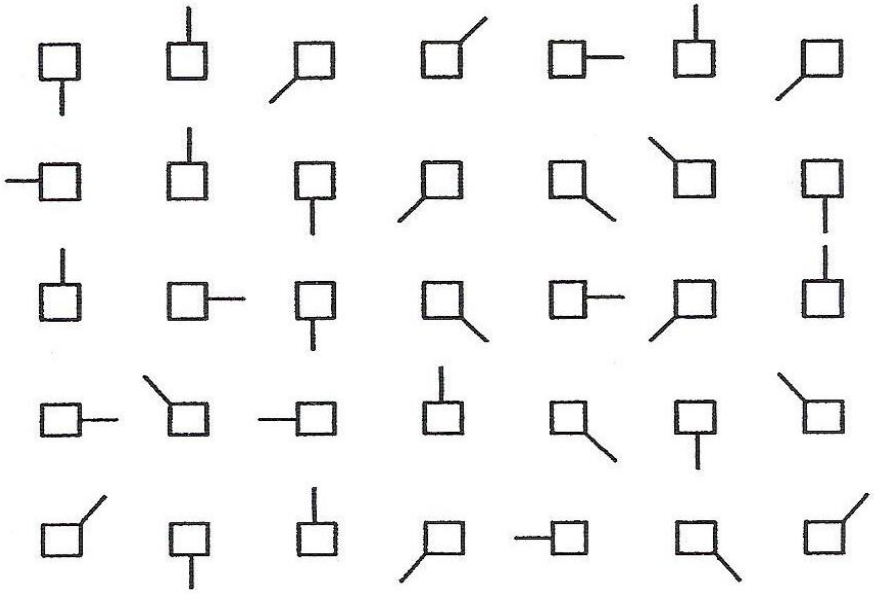
11. Prova do relógio

"Vou-lhe pedir que desenhe um relógio. Aqui já está o mostrador, peço-lhe que coloque os números de 1 a 12, e os ponteiros do relógio a marcarem 11h e 10m."

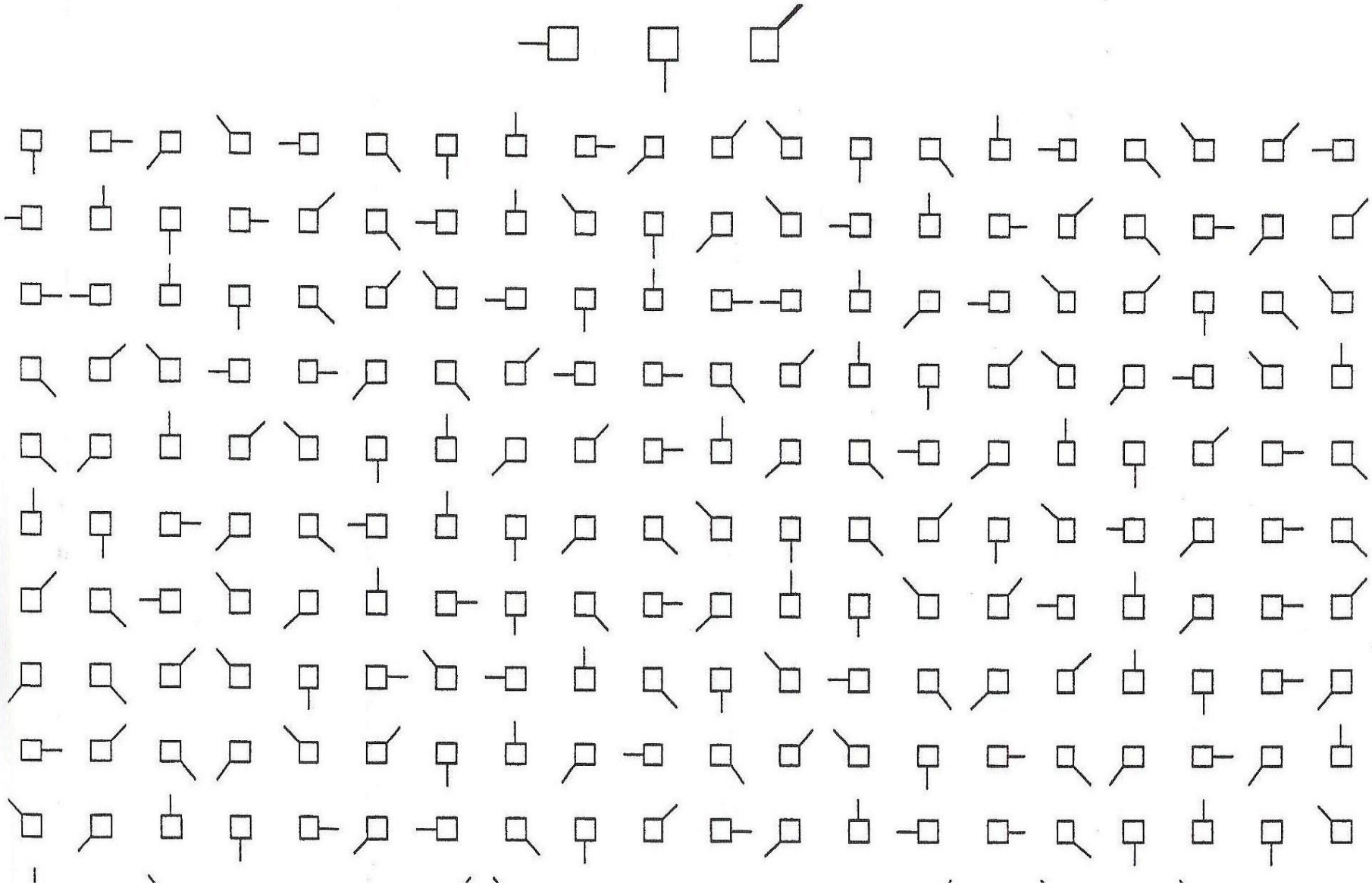


Total: _____/9

KLT



C = ____ E = ____ O = ____



Memória Visual (Figura B – WMS)

Desenho

Teste *Token*

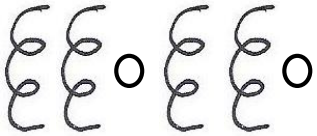
(Compreensão e execução de ordens verbais)

Todas as peças	
	Cotação
Aponte um círculo	(1) (0.5)
Aponte um quadrado	(1) (0.5)
Aponte um círculo verde	(1) (0.5)
Aponte um quadrado amarelo	(1) (0.5)
Aponte o círculo pequeno e branco	(1) (0.5)
Aponte o quadrado grande e amarelo	(1) (0.5)
Pegue no quadrado grande e verde e no círculo pequeno e branco	(1) (0.5)
Pegue no círculo pequeno e vermelho e no círculo pequeno e branco	(1) (0.5)
Pegue no quadrado grande e branco e no círculo pequeno e verde	(1) (0.5)
Pegue no círculo pequeno e amarelo e no quadrado grande e preto	(1) (0.5)

Só as peças grandes	
Pegue no quadrado branco e no círculo verde	(1) (0.5)
Toque no quadrado verde com o círculo preto	(1) (0.5)
Toque no círculo branco com o quadrado verde	(1) (0.5)
Toque em todos os quadrados menos no verde	(1) (0.5)

Toque no quadrado verde ou no círculo amarelo	(1)	(0.5)
Toque em todos os círculos menos no amarelo	(1)	(0.5)
Pegue no círculo branco e no círculo amarelo	(1)	(0.5)
Pegue no quadrado verde ou no quadrado branco	(1)	(0.5)
Ponha o quadrado amarelo sobre o círculo branco	(1)	(0.5)
Toque no círculo branco com o quadrado vermelho	(1)	(0.5)
Pegue no círculo preto ou no quadrado vermelho	(1)	(0.5)
Ponha o círculo branco sobre o quadrado vermelho	(1)	(0.5)

Séries de Luria



CONCLUSÕES E DIAGNÓSTICO

PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO/REABILITAÇÃO/REINTEGRAÇÃO

O/ A Neuropsicólogo/a

Nome: Juliana

Idade: 27 anos

Exame Pedido Por:

Relatório

A Sra. Juliana foi submetida a um Exame Neuropsicológico, que revelou:

1. Discurso lentificado e afásico com ausência de segmentos psicóticos, confusionais ou alterações.
2. Manutenção da compreensão áudio-verbal para ordens simples (P. "Três Papéis de Pierre Marie" = 3/3). Nomeação e repetição sem alterações (Nomeação = 8/8; Repetição verbal = 9/9). Alterações moderadas da compreensão de ordens complexas (Token Test = 17/22).
3. Ausência de alterações da orientação auto-psíquica, espacial e temporal (ECMW = 15/15).
4. Atenção sustentada, caracterizada por um grave grau de dispersão (KLT – N.D. = 44,44%, V. Norm > 50%; ID = 55,55%, V. Norm = 0% a 14%).
5. Capacidade de cálculo mental mantida (5/5).
6. Capacidade mnésica caracterizada por:
   Ausência de alterações da memória verbal imediata (Prov. 5 Pal. = 15/15), da memória associativa (20/21), da memória verbal com interferência (Prov. 5 Pal. = 15/15) e da memória visual (WMS – fig. = 5/5),
7. Sem alterações gnósicas e práxicas (4/4).
8. Actividade pré-frontal caracterizada por ausência de alteração na componente dorso-lateral (capacidade de sequenciação da acção/Séries de Lúria = 1/1; e da capacidade visuo-grafo-espacial/ Prova do relógio = 9/9). Sem alteração da componente orbitária (Crítica a Situações Absurdas=2/2).

Conclusão:

Quadro neuropsicopatológico caracterizado por graves alterações da capacidade de atenção/concentração e moderadas alterações ao nível da compreensão de ordens complexas.

Sugere-se a inserção no Programa de estimulação Neuropsicológica desta Unidade.

Lisboa, 14 de janeiro de 2014

O Coordenador

ANEXO B

Instrumentos de Intervenção Caso A

Treino de Provérbios

Provérbios	Completou	Repetiu	Dificuldades
Não há duas sem três			
Cão que ladra não morde			
Quem não deve, não teme			
Quem tudo quer, tudo perde			
Filho de peixe sabe nadar			
Mulher previnida, vale por duas			
A união faz a força			
Quem não chora, não mama			
Corta-se o mal pela raiz			
O seguro morreu de velho			
Olho por olho, dente por dente			
Casa roubada, trancas à porta			
A ocasião faz o ladrão			
No poupar é que está o ganho			
O bom filho a casa retorna			
Quem espera sempre alcança			
Quem corre por gosto não cansa			
Quem feio ama, bonito lhe parece			
O saber não ocupa lugar			
Devagar se vai ao longe			
O sol quando nasce é para todos			
Quem vê caras, não vê corações			
Antes só que mal acompanhado			
Enquanto há vida, há esperança			
Quem tem boca vai a Roma			
Quem ri por último, ri melhor			
Água do rio corre para o mar			
A fome é o melhor tempero			
Nem tudo o que luz é ouro			
Patrão fora, dia santo na loja			
Quem conta 1 conto, acrescenta 1 ponto			

Se a esmola é grande, o pobre desconfia			
Deus dá nozes a quem não tem dentes			
Quem não tem cão, caça com gato			
Quando um burro fala, o outro baixa as orelhas			
Entre marido e mulher não se mete a colher			
Burro velho não aprende línguas			
A pressa é inimiga da perfeição			
Em tempo de guerra não se limpam armas			
Quem muito fala, pouco acerta			
De pequenino se torce o pepino			
Quem canta seus males espanta			
A fruta proíbida é a mais apetecida			
A cavalo dado não se olha o dente			
Quem não trabuca não manduca			
Quem sabe faz, quem não sabe critica			
Diz-me com quem andas, dir-te-ei quem és			
Com vinagre não se apanham moscas			
Deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer			
Em terra de cegos, quem tem olho é rei			
A mulher é como a sardinha, quer-se pequena			
No São Martinho vai à adega e prova o vinho			
Mais vale um pássaro na mão do que dois a voar			
Mais vale cair em graça do que ser engraçado			
Amigos dos meus amigos, meus amigos são			
Gato escaldado de água fria tem medo			
Gaivotas em terra, sinal de tempestade no mar			
Mais depressa se apanha um mentiroso do que um coxo			
A galinha do vizinho é sempre melhor do que a minha			
Ladrão que rouba ladrão, tem 100 anos de perdão			
Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura			
Deus quando fecha uma porta, abre sempre uma janela			
Juntam-se as comadres, descobrem-se as verdades			

Deus quer, o homem pensa e a obra nasce			
Quem vai ao mar perde o lugar, quem vai ao vento perde o assento.			
De Espanha, nem bons ventos, nem bons casamentos			
Não deixes para amanhã o que podes fazer hoje			
Laranja de manhã é ouro, à tarde é prata e à noite mata			

Como a paciente gostava de poesia foram utilizados alguns poemas para treino da compreensão da linguagem escrita, da leitura e da memória

Não Tenho Pressa

Não tenho pressa. Pressa de quê?

Não têm pressa o sol e a lua: estão certos.

Ter pressa é crer que a gente passa adiante das pernas,

Ou que, dando um pulo, salta por cima da sombra.

Não; não sei ter pressa.

Se estendo o braço, chego exactamente aonde o meu braço chega -

Nem um centímetro mais longe.

Toco só onde toco, não aonde penso.

Só me posso sentar aonde estou.

E isto faz rir como todas as verdades absolutamente verdadeiras,

Mas o que faz rir a valer é que nós pensamos sempre noutra coisa,

E vivemos vadios da nossa realidade.

E estamos sempre fora dela porque estamos aqui.

Alberto Caeiro, in "Poemas Inconjuntos"

Sentes, Pensas e Sabes que Pensas e Sentes

Dizes-me: tu és mais alguma cousa
Que uma pedra ou uma planta.
Dizes-me: sentes, pensas e sabes
Que pensas e sentes.
Então as pedras escrevem versos?
Então as plantas têm idéias sobre o mundo?

Sim: há diferença.
Mas não é a diferença que encontras;
Porque o ter consciência não me obriga a ter teorias sobre as cousas:
Só me obriga a ser consciente.

Se sou mais que uma pedra ou uma planta? Não sei.
Sou diferente. Não sei o que é mais ou menos.

Ter consciência é mais que ter cor?
Pode ser e pode não ser.
Sei que é diferente apenas.
Ninguém pode provar que é mais que só diferente.

Sei que a pedra é a real, e que a planta existe.
Sei isto porque elas existem.
Sei isto porque os meus sentidos mo mostram.
Sei que sou real também.
Sei isto porque os meus sentidos mo mostram,
Embora com menos clareza que me mostram a pedra e a planta.
Não sei mais nada.

Sim, escrevo versos, e a pedra não escreve versos.
Sim, faço idéias sobre o mundo, e a planta nenhumas.
Mas é que as pedras não são poetas, são pedras;
E as plantas são plantas só, e não pensadores.
Tanto posso dizer que sou superior a elas por isto,

Como que sou inferior.
Mas não digo isso: digo da pedra, "é uma pedra",
Digo da planta, "é uma planta",
Digo de mim, "sou eu".
E não digo mais nada. Que mais há a dizer?

Cansaço

O que há em mim é sobretudo cansaço —
Não disto nem daquilo,
Nem sequer de tudo ou de nada:
Cansaço assim mesmo, ele mesmo,
Cansaço.

A subtileza das sensações inúteis,
As paixões violentas por coisa nenhuma,
Os amores intensos por o suposto em alguém,
Essas coisas todas —
Essas e o que falta nelas eternamente —;
Tudo isso faz um cansaço,
Este cansaço,
Cansaço.

Há sem dúvida quem ame o infinito,
Há sem dúvida quem deseje o impossível,
Há sem dúvida quem não queira nada —
Três tipos de idealistas, e eu nenhum deles:
Porque eu amo infinitamente o finito,
Porque eu desejo impossivelmente o possível,
Porque quero tudo, ou um pouco mais, se puder ser,
Ou até se não puder ser...

E o resultado?
Para eles a vida vivida ou sonhada,
Para eles o sonho sonhado ou vivido,
Para eles a média entre tudo e nada, isto é, isto...
Para mim só um grande, um profundo,

E, ah com que felicidade infecundo, cansaço,

Um supremíssimo cansaço,

Íssimno, íssimo, íssimo,

Cansaço...

A Melhor Maneira de Viajar é Sentir

Afinal, a melhor maneira de viajar é sentir.
Sentir tudo de todas as maneiras.
Sentir tudo excessivamente,
Porque todas as coisas são, em verdade, excessivas
E toda a realidade é um excesso, uma violência,
Uma alucinação extraordinariamente nítida
Que vivemos todos em comum com a fúria das almas,
O centro para onde tendem as estranhas forças centrífugas
Que são as psiques humanas no seu acordo de sentidos.

Quanto mais eu sinta, quanto mais eu sinta como várias pessoas,
Quanto mais personalidade eu tiver,
Quanto mais intensamente, estridentemente as tiver,
Quanto mais simultaneamente sentir com todas elas,
Quanto mais unificadamente diverso, dispersadamente atento,
Estiver, sentir, viver, for,
Mais possuirei a existência total do universo,
Mais completo serei pelo espaço inteiro fora.
Mais análogo serei a Deus, seja ele quem for,
Porque, seja ele quem for, com certeza que é Tudo,
E fora d'Ele há só Ele, e Tudo para Ele é pouco.

Cada alma é uma escada para Deus,
Cada alma é um corredor-Universo para Deus,
Cada alma é um rio correndo por margens de Externo
Para Deus e em Deus com um sussurro soturno.

Sursum corda! Erguei as almas! Toda a Matéria é Espírito,

Porque Matéria e Espírito são apenas nomes confusos

Dados à grande sombra que ensopa o Exterior em sonho
E funde em Noite e Mistério o Universo Excessivo!
Sursum corda! Na noite acordo, o silêncio é grande,
As coisas, de braços cruzados sobre o peito, reparam

Com uma tristeza nobre para os meus olhos abertos
Que as vê como vagos vultos noturnos na noite negra.
Sursum corda! Acordo na noite e sinto-me diverso.
Todo o Mundo com a sua forma visível do costume
Jaz no fundo dum poço e faz um ruído confuso,

Escuto-o, e no meu coração um grande pasmo soluça.

Sursum corda! ó Terra, jardim suspenso, berço
Que embala a Alma dispersa da humanidade sucessiva!
Mãe verde e florida todos os anos recente,
Todos os anos vernal, estival, outonal, hiemal,
Todos os anos celebrando às mancheias as festas de Adônis
Num rito anterior a todas as significações,
Num grande culto em tumulto pelas montanhas e os vales!
Grande coração pulsando no peito nu dos vulcões,
Grande voz acordando em cataratas e mares,
Grande bacante ébria do Movimento e da Mudança,
Em cio de vegetação e florescência rompendo
Teu próprio corpo de terra e rochas, teu corpo submisso
A tua própria vontade transtornadora e eterna!
Mãe carinhosa e unânime dos ventos, dos mares, dos prados,
Vertiginosa mãe dos vendavais e ciclones,
Mãe caprichosa que faz vegetar e secar,
Que perturba as próprias estações e confunde
Num beijo imaterial os sóis e as chuvas e os ventos!

Sursum corda! Reparo para ti e todo eu sou um hino!
Tudo em mim como um satélite da tua dinâmica intima
Volteia serpenteando, ficando como um anel
Nevoento, de sensações reminescidas e vagas,
Em torno ao teu vulto interno, túrgido e fervoroso.
Ocupa de toda a tua força e de todo o teu poder quente
Meu coração a ti aberto!
Como uma espada traspassando meu ser erguido e extático,
Intersecciona com meu sangue, com a minha pele e os meus nervos,
Teu movimento contínuo, contíguo a ti própria sempre,

Sou um monte confuso de forças cheias de infinito
Tendendo em todas as direções para todos os lados do espaço,
A Vida, essa coisa enorme, é que prende tudo e tudo une
E faz com que todas as forças que raivam dentro de mim
Não passem de mim, nem quebrem meu ser, não partam meu corpo,
Não me arremessem, como uma bomba de Espírito que estoira
Em sangue e carne e alma espiritualizados para entre as estrelas,
Para além dos sóis de outros sistemas e dos astros remotos.

Tudo o que há dentro de mim tende a voltar a ser tudo.
Tudo o que há dentro de mim tende a despejar-me no chão,
No vasto chão supremo que não está em cima nem embaixo
Mas sob as estrelas e os sóis, sob as almas e os corpos
Por uma oblíqua posse dos nossos sentidos intelectuais.

Sou uma chama ascendendo, mas ascendo para baixo e para cima,
Ascendo para todos os lados ao mesmo tempo, sou um globo
De chamas explosivas buscando Deus e queimando
A crosta dos meus sentidos, o muro da minha lógica,

A minha inteligência limitadora e gelada.

Sou uma grande máquina movida por grandes correias
De que só vejo a parte que pega nos meus tambores,
O resto vai para além dos astros, passa para além dos sóis,
E nunca parece chegar ao tambor donde parte...

Meu corpo é um centro dum volante estupendo e infinito
Em marcha sempre vertiginosamente em torno de si,
Cruzando-se em todas as direções com outros volantes,
Que se entrepenetram e misturam, porque isto não é no espaço
Mas não sei onde espacial de uma outra maneira-Deus.

Dentro de mim estão presos e atados ao chao
Todos os movimentos que compõem o universo,
A fúria minuciosa e dos átomos,
A fúria de todas as chamas, a raiva de todos os ventos,
A espuma furiosa de todos os rios, que se precipitam,

A chuva com pedras atiradas de catapultas
De enormes exércitos de anões escondidos no céu.

Sou um formidável dinamismo obrigado ao equilíbrio
De estar dentro do meu corpo, de não transbordar da minh'alma.
Ruge, estoira, vence, quebra, estrondeia, sacode,
Freme, treme, espuma, venta, viola, explode,
Perde-te, transcende-te, circunda-te, vive-te, rompe e foge,
Sê com todo o meu corpo todo o universo e a vida,
Arde com todo o meu ser todos os lumes e luzes,
Risca com toda a minha alma todos os relâmpagos e fogos,
Sobrevive-me em minha vida em todas as direções!

MGDRV cascavel

(Utilização de músicas de hiphop, interesse da paciente, para treino de leitura e compreensão)

[Intro] Agora, ele vai se vingar, a Cobra, vai fumar

[Verse 1: Skillaz]
Estou coberto de cobras, com uma espada de cobre
Arma no coldre, gatilho na língua pois tenho fome, FOME
Medieval chama-me Conan o Bárbaro
Vingança serve-se fria e eu só sirvo bife tártaro
Eu só sirvo bife tártaro, cobras
Elas só comem bife tártaro

Hey Hey Hey Hey
O que eu não digo e não faço por não pensar em mim
Hey hey hey hey
O que eu não amo e não abraço por sorrir assim (x2)

Querem quê? Querem quê? Querem quê?
Querem que eu desca para o vosso nível dê por onde dê
E querem quê, querem como e querem quando
Querem cortar as duas pernas com que eu ando
Mas eu também sou louco
Também possuo veneno e aviso não é pouco
Percorre um canal no dente, por dentro é seco e ouco
E vou gritar enquanto subo até estar rouco

Eu tenho a solução para quem rasteja e é nefasto
Provar o seu coração e quão amargo é o seu rasto
Cada prego no caixão deles como um prego no tasco
Eu capuz preto, caneta, carrasco

[Hook: Skillaz]

Cobras sem fél
Partem mandíbulas nesta folha de papel
Cobras sem fél, camuflagem não esconde a cascavel (x2)
Camuflagem não esconde

[Verse 2: Yo:Cliché]

Poema insuficiente, microfone ingrato
Preocupo-me eu com o que essa gente pensa sobre o pensativo cigarro
Que acaba, nem ao fim do primeiro bafo
Inspiração profunda, sobre o olhar atento
Nem que seja à segunda, foge com esse veneno
Que não atinge o que esta caneta tinge

A palavra é um escudo contra essa espada infeliz

Não se podem esconder, por isso correm
Correm (x3)
Cobras que morrem quando mordem
Mordem (x3)

Fiel ao que me corre na veia
Alheio à vida alheia
à mesa com doze judas, numa última ceia
A história fica feia, as trinta moedas não dão todos os créditos para jogarem a vida inteira

[Hook: Skillaz]

Cobras sem fél
Partem Mandíbulas nesta folha de papel
Cobras sem fél, camuflagem não esconde a cascavel (x2)
Camuflagem não esconde

[Outro] A cobra, a cobra, a cobra está fumando

Treino de Ordens Complexas

Treino elaborado para que os pais treinassem com a paciente em casa

<u>Para este exercício serão necessários os seguintes objetos:</u>

- ✓ Lápis
- ✓ Caneta
- ✓ Relógio
- ✓ Óculos
- ✓ Borracha
- ✓ Mola
- ✓ Anel

<u>(Colocá-los em linha à frente da Juliana antes de iniciar o treino)</u>

Siga as seguintes ordens:

- Toca no relógio e aponta para os óculos
- Pega no lápis e na borracha
- Guarda para ti os óculos e o relógio e dá-me a mola
- Põe a caneta e o anel à tua esquerda
- Dá-me a mola e o lápis e guarda para ti a borracha
- Aponta para todos os objetos menos o lápis e a caneta
- Toca na borracha, no lápis e no anel
- Toca na mola e na borracha com a caneta
- Pega nos óculos e toca na caneta e no relógio
- Guarda para ti a mola e o anel e dá-me os óculos e o lápis
- À tua direita coloca o lápis, a caneta, a mola e a borracha, à tua esquerda coloca o relógio, os óculos e o anel.

ANEXO C

Instrumentos de Avaliação Caso B

Guião de Entrevista

Unidade de Neuropsicologia

Nº Processo:_____ Data da Entrevista:___/___/___

Dados Pessoais

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Género: M ◯ F ◯

Morada:_____

Escolaridade:_____ Língua Materna:_____

Profissão:_____ Estado civil:_____

Com quem vem à consulta:_____

Motivo da Consulta

Pedido por:_____ em ___/___/___

Motivo:_____

_____

Motivo segundo o paciente (O que sente, quando tiveram inicio os sintomas, sente que têm progredido como é que os sintomas interferem no seu dia-a-dia?):

Momento "ZERO"

Apresentação global do paciente (Apresentação e aparência, discurso, pensamento, humor e afetividade, atitude face à consulta neuropsicógica e situação atual):

Antecedentes Pessoais e Familiares:

Percurso escolar (Que idade tinha quando foi para a escola, reprovações, sentimentos em relação a escola, dificuldades de aprendizagem, porque motivo abandonou a escola?):

Estrutura e dinâmica familiar (Por quem é composto o núcleo familiar, com quem viveu durante a infância e adolescência, quanto irmãos tem, doenças hereditárias):

Percurso Profissional (Satisfação e ritmo de alternância entre trabalhos, relações interpessoais no local de trabalho, em caso de reforma há quanto tempo está reformado e como lida com a reforma?):

Hábitos de consumo (Bebe ou fuma, há quanto tempo iniciou/deixou, outras substâncias, alterações dos hábitos e/ou preferências alimentares?):

Antecedentes Clínicos:

Já alguma vez recorreu a consulta de Neurologia, Psiquiatria, Psicologia ou Neuropsicologia? Sim ◯ Não ◯

Qual o motivo?

Alguma vez realizou/ Já teve ou tem?:

1.1 Exame de visão? Sim ◯ Não ◯

1.2 Vê bem das duas vistas? Sim ◯ Não ◯ Qual?_____

1.3 Usa óculos? Sim ◯ Não ◯ Traz os óculos para a consulta?__

1.4 Visão enevoada? Sim ◯ Não ◯

1.5 Visão dupla? Sim ◯ Não ◯

1.6 Perda de visão? Sim ◯ Não ◯

1.7 Visão com pontos negros? Sim ◯ Não ◯

1.8 Visão com "flashes" (estrelinhas) Sim ◯ Não ◯

1.9 Ver coisas estranhas? Sim ◯ Não ◯

2.1 Exame de audição? Sim ◯ Não ◯

2.2 Ouve bem dos dois ouvidos? Sim ◯ Não ◯ Qual?_____

2.3 Aparelho de audição? Sim ◯ Não ◯

2.4 Perda de audição? Sim ◯ Não ◯

2.5 Sensação de ouvir campainhas? Sim ◯ Não ◯

2.6 Sensação de ouvir sons estranhos? Sim ◯ Não ◯

3.1 Perda de sentido do cheiro? Sim ◯ Não ◯

3.2 Alteração do sentido do cheiro? Sim ◯ Não ◯

3.3 Sensação de cheiros esquisitos? Sim ◯ Não ◯

3.4 Perda do sentido do gosto? Sim ◯ Não ◯

3.5 Alteração do sentido do gosto? Sim ◯ Não ◯

3.6 Sensação de gostos desagradáveis? (mesmo não estando a comer nada?)

Sim ◯ Não ◯

Durante a sua infância teve?

1.1 Doenças graves? Sim ◯ Não ◯

1.2 Traumatismos Crânio-Encefálicos? Sim ◯ Não ◯

1.3 Perturbações psicológicas/ nervosismo? Sim ◯ Não ◯

1.4 Febres altas? Sim ◯ Não ◯

Já sentiu ou sente?

1.1 Dores no corpo? Sim ◯ Não ◯

1.2 Dores de Cabeça? Sim ◯ Não ◯
Frequência?_____

1.3 Cansaço e "moleza" permanente? Sim ◯ Não ◯

Em que altura do dia? Manhã ◯ Tarde ◯ Noite ◯

1.4 Paralisias? Sim ◯ Não ◯

1.5 Fraquezas musculares? Sim ◯ Não ◯

1.6 Alterações da marcha? Sim ◯ Não ◯

1.7 Problemas de coordenação dos membros? Sim ◯ Não ◯

2.1 Sensação de "vazio da cabeça"? Sim ◯ Não ◯

2.2 Crises epiléticas? Sim ◯ Não ◯

2.3 Desmaios? Sim ◯ Não ◯

2.4 Períodos de desorientação? Sim ◯ Não ◯

2.5 Perde-se com frequência? Sim ◯ Não ◯

2.6 Esquecer-se de onde está? Sim ◯ Não ◯

2.7 Não saber qual é o dia? Sim ◯ Não ◯

2.8 Dificuldade em memorizar nomes ou caras? Sim ◯ Não ◯

2.9 Dificuldade em se lembrar da palavra exata que quer dizer? Sim ◯ Não ◯

Sente que:

1.1 Já não é capaz de pensar como antes? Sim ◯ Não ◯

1.2 Tem dificuldades em raciocinar com clareza? Sim ◯ Não ◯

1.3 Distrai-se com facilidade? Sim ◯ Não ◯

1.4 Não se consegue concentrar? Sim ◯ Não ◯

1.5 Dificuldades em acompanhar uma conversa simples? Sim ◯ Não ◯

1.6 Sentimentos e/ou pensamentos estranhos? Sim ◯ Não ◯

1.7 Tristeza ou mesmo depressão? Sim ◯ Não ◯

1.8 “Stress” ou ansiedade? Sim ◯ Não ◯

1.9 Grande irritabilidade? Sim ◯ Não ◯

1.10 Preocupação ou sentimentos de culpa? Sim ◯ Não ◯

1.11 Muda de atitudes sem justificação objetiva? Sim ◯ Não ◯

1.12 Perda de interesse pelas coisas? Sim ◯ Não ◯

Sente que:

1.1 Dorme bem? Sim ◯ Não ◯

1.2 Tem insónia? Sim ◯ Não ◯

Inicial ◯ Intermédia ◯ Terminal ◯

1.3 Acordares Frequentes? Sim ◯ Não ◯

1.4 Pesadelos? Sim ◯ Não ◯

Já sofreu ou sofre:

1.1 Infeções graves? Sim ◯ Não ◯

1.2 Diabetes? Sim ◯ Não ◯

1.3 Doença de fígado? Sim ◯ Não ◯

1.4 Doença dos rins? Sim ◯ Não ◯

1.5 Doenças circulatórias? Sim ◯ Não ◯

1.6 Acidentes Vasculares Cerebrais? Sim ◯ Não ◯

1.7 Hipertensão? Sim ◯ Não ◯

1.8 Doenças do coração? Sim ◯ Não ◯

1.9 Doenças de sangue? Sim ◯ Não ◯

1.10 Cancro? Sim ◯ Não ◯

Já fez?

TC? RM? PEV? Exame Psicológico? Exame Neuropsicológico?

Sim ◯ Não ◯
Qual?_____

Relatório de Exame:

Terapêutica medicamentosa, cirúrgica ou psicoterapêutica

Observações/ Informações facultadas pelo acompanhante:

MINI-MENTAL STATE - MMS

NOME: _____
IDADE:_____Anos DATA: _____ de _____ de _____ _____

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos _____
Em que andar estamos _____ Nota:

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).
"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cór".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____ Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)
"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __ Nota:

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)
"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____ Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).
a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:
Relógio _____
Lápis _____ Nota:

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" Nota:

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.
Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____ Nota:

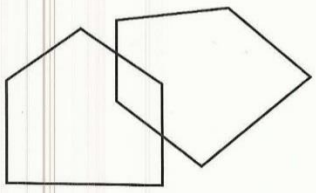
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.
Fechou os olhos Nota:

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

Folstein, Folstein e McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hosp. Sta. Maria

6. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)
Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos) | TOTAL:

Pontos de Corte
(População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

FECHE OS OLHOS

Nome: Sr. Abílio

Idade: 67 anos

Exame Pedido Por: Médica Neurologista

Relatório

O Sr. Abílio foi submetido a uma Avaliação Neuropsicológica, que revelou:

1. Discurso fluente e organizado com ausência de segmentos psicóticos, confusionais, alterações disártricas ou disfásicas.
2. Manutenção da compreensão áudio-verbal para ordens simples (P. "Três Papéis de Pierre Marie" = 3/3) e da compreensão de ordens complexas (Token Test = 22/22). Nomeação, repetição e linguagem escrita sem alterações (Nomeação = 8/8; Repetição verbal = 9/9; Linguagem Escrita = 2/2). Alterações marcadas da dinâmica Verbal Semântica (11/20).
3. Ausência de alterações da orientação auto-psíquica, espacial e temporal (ECMW = 10/10, sendo utilizado o questionário da Prova Mini-Mental State).
4. Atenção sustentada, caracterizada por um moderado grau de dispersão (KLT – N.D. =38,88%, V. Norm > 50%; ID = 61,11%, V. Norm = 0% a 14%). Atenção áudio-verbal directa e indirecta caracterizadas por um moderado grau de dispersão (Ordem Directa = 4/7; Ordem Inversa = 3/7).
5. Ausência de alterações na capacidade de cálculo mental (4/4), do cálculo escrito (3/3). Identificação de algarismos e sinais mantidas (10/10; 4/4). Ausência de alterações na noção de quantidade (3/3).
6. Capacidade mnésica caracterizada por:
   Alterações moderadas da memória verbal imediata (Prov. 3 Pal. = 3/3), da memória verbal com interferência (Prov. 3 Pal. = 3/3), sendo utilizado os item's de retenção e evocação da prova Mini-Mental State, e da memória visual (WMS – fig. = 5/5). Marcadas alterações ao nível da memória associativa (10,5/21).

7. Alterações moderadas ao nível das praxias visuo-construtivas (Prova da Flor = 1/3; Prova de Intersecção dos Losangos = 3/3). Ausência de alterações das práxias buco-linguo-facial, Ideomotora e Ideativa (9/9). Ausência de alterações ao nível da Autopognosia (4/4).

8. Actividade pré-frontal caracterizada por ausência alterações na componente dorso-lateral (capacidade de sequenciação da acção/Séries de Lúria = 2/2; e da capacidade visuo-grafo-espacial/ Prova do relógio = 10/10). Sem alteração da componente orbitária (Crítica a Situações Absurdas=2/2). Ausência de alterações ao nível do Planeamento (1/1).

Conclusão:

Quadro neuropsicopatológico caracterizado por alterações da dinâmica verbal semântica, da atenção sustentada, da atenção áudio-verbal directa e indirecta, e da memória verbal associativa.

Sugere-se a inserção do paciente no Programa de estimulação Neuropsicológica desta Unidade.

Lisboa, 07 de Junho de 2015

O Coordenador