



## Universidades Lusíada

Augusto, Mário Rui Ribeiro, 1974-

### **A psicologia clínica em contexto de reabilitação neuropsicológica**

<http://hdl.handle.net/11067/3624>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2017
<b>Resumo</b>	O presente relatório tem como objetivo 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. Ser...
<b>Palavras Chave</b>	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e estudo (Estágio), Psicologia clínica - Prática profissional
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T08:52:13Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**A psicologia clínica em contexto de reabilitação  
neuropsicológica**

**Realizado por:**

Mário Rui Ribeiro Augusto

**Supervisionado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Orientado por:**

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

**Constituição do Júri:**

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos

Relatório aprovado em:

30 de Novembro de 2017

Lisboa

2017



**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

**A psicologia clínica em contexto de reabilitação  
neuropsicológica**

Mário Rui Ribeiro Augusto

Lisboa

Setembro 2017



**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

**A psicologia clínica em contexto de reabilitação  
neuropsicológica**

**Mário Rui Ribeiro Augusto**

Lisboa

Setembro 2017

Mário Rui Ribeiro Augusto

## A psicologia clínica em contexto de reabilitação neuropsicológica

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.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

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

Lisboa

Setembro 2017

## Ficha Técnica

<b>Autor</b>	Mário Rui Ribeiro Augusto
<b>Coordenadora de mestrado</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
<b>Supervisora de estágio</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
<b>Orientador de estágio</b>	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
<b>Título</b>	A psicologia clínica em contexto de reabilitação neuropsicológica
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2017

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

AUGUSTO, Mário Rui Ribeiro, 1974-

A psicologia clínica em contexto de reabilitação neuropsicológica / Mário Rui Ribeiro Augusto ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2017. - 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.A94 2017







## **Agradecimentos**

Devo destacar e agradecer a pronta disponibilidade, acompanhamento e partilha de conhecimentos e ensinamentos prestados pelo Professor Doutor Manuel Domingos nas duas áreas de referência do Serviço de Neuropsicologia (Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica), Unidade de Neuropsicologia na qual é Coordenador.

À Professora Doutora Túlia Cabrita gostaria de deixar uma palavra especial na sua qualidade de supervisora do Estágio, pelo excelente acompanhamento dado na aulas e fora delas, mostrando-se sempre disponível para ajudar e orientar todos os alunos da melhor maneira para que o objetivo final se tornasse o sucesso desejado por todos.

No meu caso pessoal, tenho igualmente que lhe agradecer toda a paciência e compreensão que teve para comigo nos vários momentos de mais esta etapa.

Tenho finalmente de expressar o meu profundo agradecimento e estima ao Dr. Mário Antão, meu primo e amigo de sempre, por todo o apoio e incentivo ao longo de todo o curso e de uma vida, sem ele provavelmente nada disto se tornaria possível, não esquecendo a parte essencial e efetiva da minha vida composta por família e amigos.

A todos, o meu sincero agradecimento por sempre me terem incentivado mesmo nos momentos de menor motivação, a percorrer o caminho que me trouxe até aqui.

A todos vós, o meu muito obrigado.



*“O ego é dotado de um  
poder, de uma força criativa,  
conquista tardia da humanidade, a  
que chamamos vontade”.*

*Carl Jung*

## **Psicologia Clínica em contexto de Reabilitação Neuropsicológica**

Mário Rui Ribeiro Augusto

### Resumo

O presente relatório tem como objetivo 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 usados na avaliação e reabilitação dos pacientes nesta unidade, bem como os modelos teóricos pelos quais esta se orienta, olhando para o paciente de uma forma holística, reduzindo o seu sofrimento, otimizando a sua autonomia, e dando apoio aos seus familiares, que por vezes se sentem sozinhos e perdidos perante este tipo de problemáticas, sem saber como atuar em conformidade perante a situação.

Por último, são ainda expostos de forma detalhada dois estudos de caso sobre a doença vascular cerebral, afasia, depressão e perturbação de *stress* pós-traumático.

### **Palavras-chave:**

Psicologia clínica, neuropsicologia, avaliação psicológica e neuropsicológica, intervenção, reabilitação

## **Clinical Psychology in the context of Neuropsychological Rehabilitation**

Mário Rui Ribeiro Augusto

### **Abstract**

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

In this document, there will be presented a description of the institution, a characterization of the unity, 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 unity's instruments used for 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

### **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



Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Breve apresentação histórica e caracterização da Instituição.....</b>	<b>3</b>
<b>Unidade de neuropsicologia.....</b>	<b>7</b>
<b>Caracterização da População.....</b>	<b>8</b>
<b>Enquadramento Teórico.....</b>	<b>13</b>
<b>Psicologia clínica.....</b>	<b>13</b>
<b>Psicologia clínica – resenha histórica.....</b>	<b>13</b>
<b>Definição de psicologia clínica.....</b>	<b>16</b>
<b>Objetivos da psicologia.....</b>	<b>19</b>
<b>Definição de Neuropsicologia.....</b>	<b>20</b>
<b>Atividades do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico.....</b>	<b>23</b>
<b>A atividade do psicólogo clínico e ética.....</b>	<b>24</b>
<b>Intervenção psicológica.....</b>	<b>27</b>
<b>Psicoterapia de Apoio.....</b>	<b>28</b>
<b>Terapia cognitiva.....</b>	<b>29</b>
<b>Avaliação psicológica – ênfase neuropsicológica.....</b>	<b>30</b>
<b>Reabilitação neuropsicológica.....</b>	<b>31</b>
<b>Patologias seguidas no âmbito da realização do estágio.....</b>	<b>33</b>



<b>Acidente Vascular Cerebral.....</b>	<b>33</b>
<b>Afasia.....</b>	<b>38</b>
<b>Depressão.....</b>	<b>42</b>
<b>Perturbação de stress pós-traumático.....</b>	<b>46</b>
<b>Objetivos do Estágio.....</b>	<b>55</b>
<b>Método.....</b>	<b>56</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>56</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>56</b>
<b>Procedimentos.....</b>	<b>64</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>68</b>
<b>Estudo de Caso A.....</b>	<b>68</b>
<b>Discussão do Caso.....</b>	<b>75</b>
<b>Estudo de Caso B.....</b>	<b>78</b>
<b>Discussão do Caso.....</b>	<b>82</b>
<b>Outras atividades desenvolvidas.....</b>	<b>85</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>86</b>
<b>Reflexão Final.....</b>	<b>87</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>89</b>



## **Introdução**

A escolha e oportunidade em realizar o Estágio Curricular no CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa devem ser classificadas como um dos marcos mais importantes e ricos da minha vida enquanto profissional e pessoa.

Além das vertentes teórica e prática, principais objetivos do Estágio, acrescentaria ainda, e igualmente a vertente humana, vertente essa que se revelou fundamental em todo este processo na minha permanência na Unidade de Neuropsicologia do CHPL.

Durante este Estágio Curricular tomei uma consciência mais real e profunda de que, ter em conta o fator humano em relação direta com a teoria e a prática é vital na melhoria e evolução/recuperação de cada paciente que por nós é acompanhado e orientado.

Pude ainda obter, aprofundar e melhorar conhecimentos sobre as várias patologias neurológicas e psiquiátricas. Aprendi como se devem aplicar algumas provas neuropsicológicas, além de efetuar o respetivo acompanhamento no contexto de reabilitação.

Este relatório destina-se a apresentar o trabalho realizado. Em primeiro lugar, será dado a conhecer o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, a Unidade de Neuropsicologia, será caracterizada a população alvo que recorre todos os dias a este centro e serão apresentados os objetivos definidos para este estágio.

Em segundo lugar, será apresentado o enquadramento teórico dentro do qual foi desenvolvido todo o trabalho.

Em terceiro lugar, serão descritas todas as técnicas de avaliação e intervenção usadas nos dois estudos de casos escolhidos. Os estudos de casos são apresentados com a história clínica, avaliação, plano terapêutico, análises e progressão das sessões e respetiva discussão.

Por último encontra-se uma reflexão final acerca desta experiência vivida durante o estágio curricular no CHPL.

## **Breve apresentação histórica e caracterização da Instituição**

O Hospital Júlio de Matos, atual CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, foi aberto ao público a 2 de Abril de 1942, as suas origens remontam ao ano de 1912, quando se deu início ao projeto de construção do “Novo Manicómio de Lisboa, sendo neste particular uma alternativa ao Hospital Miguel Bombarda.

Considerado como um dos melhores da Europa aquando da sua inauguração, trouxe consigo algumas inovações, entre as quais a 1ª Unidade de Psicocirurgia em Portugal, onde se desenvolveu o método cirúrgico leucotomia, inovação essa da responsabilidade do Professor Egas Moniz. Outra das inovações foi a forma de abordagem de tratamento dos doentes psiquiátricos.

### **Enquadramento Geral**

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa é um hospital especializado no domínio da saúde mental e psiquiátrica, através da prestação de cuidados integrados de prevenção e reabilitação psicossocial.

Criado pela portaria nº 1373/2007 de 19 de Outubro, integrando os Hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda. Estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, enquadrado no sector público administrativo, sendo dotado de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Foi criado com o objetivo de prestar cuidados especializados ao nível da psiquiatria e da saúde mental a todos os cidadãos adultos, participando igualmente na preservação do património arquitetónico e da memória documental que representam testemunhos importantes e marcantes 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, estabelecido na quinta de Rilhafoles. Dirigido para cerca de 300 pacientes, foi neste local que teve lugar 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. Este Hospital acolhia os internamentos compulsivos de jovens que eram condenados pelo Santo Ofício devido a crimes contra a moral e os bons costumes.

O Hospital Júlio de Matos nasce a partir do Hospital Miguel Bombarda tendo na sua criação dois Grandes impulsionadores, o Médico Psiquiatra Júlio de Matos e o empresário António Higinio Salgado de Araújo. Este empresário tinha sido internado à força pelos seus sócios no Hospital de Rilhafoles, e a sua experiência de internamento mostrou ao empresário as condições em que viviam os doentes mentais ali institucionalizados. Perante tal situação, 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. Com a doação feita pelo empresário, a ambição e determinação que já tinha em construir um novo hospital, inicia-se assim, esse novo projeto, o Hospital Júlio de Matos, iniciando-se as obras em 1913, 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 fundamental, o atendimento de indivíduos com patologia psiquiátrica, sendo na altura, considerado como um dos melhores hospitais da Europa. Atingindo cada vez mais uma maior dimensão relativamente ao desenvolvimento da medicina, e transformando-se mesmo 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, galardão esse que lhe seria atribuído em 1949.

Outro dos avanços evidentes deste hospital, reconhecido a nível internacional, foi uma inovadora abordagem no tratamento dos doentes psiquiátricos, que proporcionava uma maior liberdade a alguns doentes, permitindo-lhes a circulação 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 norteia-se por valores de humanização e personalização na prestação de cuidados, utilizando como máxima o respeito e dignidade individual de cada doente, 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.

### **Estrutura Organizacional**

As respostas dadas pelo CHPL são elaboradas através de dois regimes, o regime de ambulatório e o regime de internamento. O regime de internamento junta 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, permitindo 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 de intervenções domiciliárias; um serviço de urgência; e por fim, seis meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O CHPL é composto por cinco áreas clínicas assistenciais:

- Unidade para tratamento de doentes com problemas de abuso e dependência de álcool;  
Serviço de Doentes de Evolução Prolongada; Serviço de Reabilitação Psicossocial;  
Serviço de Psiquiatria Geriátrica e Hospital de Noite e Serviço de Psiquiatria Forense.

Contempla ainda um serviço de Psicologia e Psicoterapias, bem como de Unidades de Neurofisiologia, de Electroconvulsivoterapia, de Patologia Clínica e de Radiologia.



### **Unidade de Neuropsicologia**

A Unidade de Neuropsicologia é criada em 2005 com o objetivo de apoiar de forma mais correta e direta 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 (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 estando focalizada em dois aspetos fundamentais, são eles, a clínica e a investigação, sendo que o aspeto clínico se apresenta como 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 inclui 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 provenientes dos cuidados de saúde primários ou de outros Hospitais Gerais.

A principal tarefa 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, os cuidadores informais, e os familiares, podem utilizar como suporte facilitador às tarefas e a independência do paciente. Desta forma, assim que o paciente é avaliado, é realizado um relatório e tendo em atenção as características do mesmo, as suas possibilidades, intelectuais e económicas, e as suas dificuldades, são criados 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 aprendizagem de estratégias que possam facilitar o dia-a-dia. Desta forma, ao ser efetuada uma reabilitação tão vasta, pretende-se, não só, a melhoria dos défices cognitivos como também das alterações emocionais e comportamentais consequentes, tendo como objetivo final um aumento na qualidade de vida do paciente e daqueles que o rodeiam.

### **Caracterização da População**

A população-alvo é constituída por pacientes provenientes das consultas externas, dos cuidados de Saúde primários, de outros Hospitais Gerais, dos internos do CHPL (agudos e crónicos residentes), do Serviço de Psiquiatria Forense (pedidos de exames periciais médico-legais) e do Serviço de Eletroconvulsivoterapia (nomeadamente no contexto de avaliação neuropsicológica pré e pós tratamento por ECT).

Os quadros mais frequentes ao nível psiquiátrico são as Psicoses, as Perturbações de Humor, de Ansiedade e outras Perturbações Cognitivas. Na área da neurologia estão presentes as Demências, a Doença de Parkinson, Epilepsia, Tumores cerebrais, Acidentes Vasculares Cerebrais e Traumatismos crânio-encefálicos.

A preocupação primeira do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa é assegurar à população adulta, tanto na sua área 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 prestada por equipas multidisciplinares qualificadas, garantindo respostas indispensáveis aos indivíduos 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).

### **Atividades Diárias**

As atividades diárias da unidade de neuropsicologia abrangem fundamentalmente: a) leitura dos processos dos pacientes a consultar nesse dia; b) discussão dos casos; c) reabilitação e estimulação cognitiva dos pacientes regulares; d) reuniões do *staff*; e) realização de avaliações neuropsicológicas; f) elaboração de relatórios neuropsicológicos; g) reavaliações neuropsicológicas; h) apoio aos cuidadores e familiares dos pacientes.

A leitura dos processos dos pacientes a consultar diariamente, é fundamental. Estes contêm todas as informações relevantes de cada paciente, assim como o programa de reabilitação proposto e o seu progresso em cada sessão.

A atividade diária principal na unidade de neuropsicologia, pode dividir-se em dois momentos: a avaliação neuropsicológica e a intervenção neuropsicológica.

A avaliação neuropsicológica realiza-se em três contextos: a) o paciente é encaminhado para a unidade de neuropsicologia, por um psiquiatra ou pelo médico de família, através de um pedido para realização de uma avaliação neuropsicológica; b) quando se pretende verificar a evolução dum paciente já integrado na unidade de neuropsicologia (reavaliação neuropsicológica); c) doentes internados no CHPL.

Dá-se início à avaliação neuropsicológica, através da recolha de toda a informação do paciente, efetuada com o auxílio do Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica (ISNN/MD1). É normal os pacientes serem acompanhados por familiares, que em muitos casos se tornam igualmente fundamentais para a recolha total dessa informação. Posteriormente o paciente realiza um conjunto de provas (Exame Neuropsicológico MD01]) com o qual se pretende avaliar certas capacidades cognitivas, tais como: orientação auto- psíquica, temporal e espacial; a atenção; o cálculo; memória; compreensão da linguagem oral e escrita; lesões no córtex pré-frontal e existência de apraxias. Conforme as necessidades específicas de algumas problemáticas relacionadas com os pacientes, podem ser aplicadas outras provas.

Depois de realizada a avaliação neuropsicológica, é elaborado o respetivo relatório, o qual define se existe necessidade do paciente ser ou não ser inserido no programa de reabilitação neuropsicológica.

Caso o paciente seja inserido, são marcadas sessões semanais ao longo de dez semanas, sendo elaborado um programa de estimulação/reabilitação cognitiva adequado. No final das dez sessões, ou seis meses após a última avaliação é feita uma reavaliação neuropsicológica com o objetivo de se verificar se houve ou não uma evolução ao nível das dificuldades anteriormente apresentadas pelo paciente. Os resultados da reavaliação poderão determinar alterações no programa de estimulação/reabilitação cognitiva.

A intervenção neuropsicológica é, cada vez mais uma valência imprescindível no contexto da assistência a pacientes com alterações cognitivas - operativas do comportamento e/ou da esfera afetiva consequentes a compromissos encefálicos. Esta intervenção abrange a estimulação/reabilitação cognitiva, que pode ser feita por computador (*RehaCom*), usando técnicas de papel e lápis, ou ainda utilizando outras técnicas (cubos, bolas, imagens, atividades lúdicas). É o grau de capacidade de cada paciente, assim como a sua problemática, que definem a técnica a ser utilizada.

Cada sessão de estimulação/reabilitação cognitiva pode durar entre 20 e 40 minutos, dependendo da capacidade do paciente, da sua resistência à fadiga e do seu grau de concentração, pois pelo facto da maioria dos doentes sofrerem de lesões cerebrais, estas capacidades apresentam-se alteradas e diminuídas.

Tendo como base a sintomatologia do paciente é elaborado no próprio programa, um plano de exercícios para a estimulação/reabilitação cognitiva, iniciando-se com procedimentos simples que gradualmente aumentam a sua complexidade, tendo em vista a evolução contínua do treino. São analisados os dados relevantes do programa, os quais constituem a base para a mudança de nível.

O *RehaCom* permite guardar os resultados das diversas sessões realizadas por um paciente, possibilitando no final de cada sessão, caso seja necessário, através de um gráfico, obter informações referentes ao desempenho do mesmo, permitindo assim verificar se houve progresso, retrocesso ou estagnação por parte do paciente.

## **Enquadramento Teórico**

### **Psicologia clínica**

#### **Psicologia clínica – resenha histórica**

A Psicologia Clínica apareceu num contexto científico em que a noção “Clínica” tinha já uma definição e qualificava algumas práticas médicas, que serviram de suporte e de integração a esta nova disciplina.

Esta só apareceu verdadeiramente nos Estados Unidos da América depois da Segunda Guerra Mundial, sendo que o termo “psicologia clínica e algumas das suas problemáticas já estavam integradas noutras especialidades.

São três os principais fundadores da Psicologia Clínica: Witmer, Janet e Freud.

Lightner Witmer, funda em 1896, nos Estados Unidos da América a primeira Clínica Psicológica, na qual trata crianças com deficiências mentais, apresenta ainda a sua nova disciplina à Associação psicológica Americana (APA), atribuindo os termos de “Psicologia Clínica” e “Método Clínico”. Só em 1919 a APA acedeu à abertura de uma secção clínica.

Pierre Janet (1851-1947) menciona pela primeira vez o termo Psicologia Clínica em 1887, no início do volume II de Neuroses e Ideias Fixas; num sentido próximo do da psicologia médica, ela destina-se aos médicos que se ocupam de doenças mentais e seria construída pelos filósofos. Defensor da reflexão psicológica, crítica do excesso de racionalidade, mostra grande interesse pelo particular e pelos factos que implicam recurso à observação.

Por fim Sigmund Freud (1856-1939), utiliza o termo “psicologia clínica” numa carta dirigida a Fliess (Janeiro 1899), na qual ele diz ver nas relações com o conflito, com a vida, exemplos do que gostaria de chamar de psicologia clínica.

A psicologia tal como todos os outros ramos pertencentes à ciência do conhecimento, constituiu uma disciplina da filosofia, da qual se evidenciou ao longo 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 autonomia. A investigação de todas as leis que ligam o universo físico ao universo psíquico das sensações originaram 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, como anteriormente referido, pelo americano Lightner Witmer que fundou a primeira clínica de psicologia na Universidade da Pensilvânia onde eram acompanhadas algumas crianças com queixas a nível escolar (Miranda, 2013). A preocupação fundamental destes profissionais centrava-se na avaliação de crianças que apresentassem debilidade física ou mental, tendo sido criados 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 à sua atividade profissional após as lesões. Apesar de uma maior notoriedade social, a psicologia clínica continuava a necessitar encontrar o seu estatuto epistemológico que a consolidasse teoricamente e a mostrasse como ciência. Dessa forma, são criados dois conceitos fulcrais para esta área, o método clínico e o raciocínio clínico (Ribeiro & Leal, 1996).

O método clínico é o responsável pelo exame detalhado 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. Numa primeira fase, é efetuada 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. Por fim, os dados atrás recolhidos são introduzidos permitindo um conhecimento holístico do estado do paciente verificando se há necessidade de realizar mais exames ou se por outro lado, é iniciado 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 pela importância institucional que vai adquirindo ao longo do tempo, tanto nas universidades como nos locais de tratamento e de educação. Aos poucos, criam-se lugares para técnicos cujas suas competências sejam reconhecidas, acompanhados de uma diversidade de atividades consoante os métodos de intervenção dos psicólogos, correspondendo a um maior crescimento de espaços (Pardinielli, 1999; Ribeiro & Leal, 1996). Segundo Revault D'Allonnes (1989) ela inspira-se nos processos clínicos que demonstrem uma ligação estreita com a prática, que deem importância ao envolvimento, tenham 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.

Pardinielli (1999) conclui que enquanto a psicologia clínica se desenvolvia 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 marcadamente diferente, procurando modelização, articulação com os trabalhos

internacionalmente elaborados, critérios para validar as hipóteses e sensibilidade a novos modelos teóricos, tal como o connexionismo ou o cognitivismo. Desta forma, assiste-se a uma nova conceção da psicologia clínica que apresenta uma visão mais vasta, 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 perspetivas da psicologia clínica, a psicologia clínica original francesa, definida como um procedimento, usando 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).

Na atualidade, a psicologia clínica é designada como uma das três especialidades clássicas da psicologia, a par da psicologia da educação e a psicologia do trabalho, social e das organizações. Além destas, existem outras, que apresentam fundamentação suficiente para serem incluídas nas estruturas das áreas já existentes, como é o caso da neuropsicologia.

### **Definição de psicologia clínica**

Definir conceitos e criar noções ou ideias sobre atividades que apresentam tanto um espectro 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 obteve 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 facto de ter sentidos diferenciados, torna difícil obter a sua definição em poucas linhas. Autores existem 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 mais abrangente, 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 traz em si as respetivas consequências.

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) afirmou, em 1935, que a psicologia clínica tinha como objetivo definir as características e as capacidades comportamentais dos sujeitos, fazendo uso, não só de métodos de medição, mas também através da análise e de observação, de forma a fornecer recomendações que permitissem um ajustamento mais adequado à integração desses mesmos resultados com os resultantes dos exames físicos e a história social dos indivíduos.

Henri Piéron, por volta de 1968, definiu a psicologia clínica como uma ciência da conduta humana cujo foco principal se centrava na observação e na análise profunda dos casos individuais, normais e patológicos envolvendo também, os grupos. Shakow (1975, cit. por Leal, 2008) definiu esta disciplina como uma área do conhecimento e de

competências cujo objetivo seria ajudar todas as pessoas que possuíssem comportamentais inadequados ou perturbações mentais, ensinando-lhes formas mais satisfatórias de ajustamento pessoal ou de auto-expressão.

Tendo acontecido por volta dos anos 70 uma evolução ao nível da institucionalização da psicologia em geral e da psicologia clínica em particular começam a desaparecer lentamente as suas diversas definições. A American Psychology Association descreve que o campo da psicologia clínica agrupa teoria, ciência e prática de forma, não só a compreender, prever e aliviar a inabilidade, o mau estar e o desconforto, mas igualmente como fator de promoção da adaptação, do ajuste, do desenvolvimento e evolução pessoal. Preocupa-se essencialmente com os aspetos emocionais, intelectuais, psicológicos, biológicos, comportamentais e sociais durante a vida em várias culturas e em todos os níveis socioeconómicos (Ribeiro & Leal, 1996).

Foi criada por Anzieu (1983) uma definição mais alargada e de diferente visão, afirmando que a psicologia não só é individual e social, como também, normal e patológica; esta em específico diz respeito ao recém-nascido, à criança, ao adolescente, ao homem adulto e, finalmente, àquele que envelhece e morre. O psicólogo clínico baseia desta forma a sua ação em três funções: o diagnóstico, a formação e a peritagem. Apesar de receber formação especializada, não é suficiente para se tornar psicoterapeuta, necessitando de adquirir também competências a nível da experiência psicanalítica, pessoal e técnica.

A ideia de Anzieu é contraposta por Pidinielli (1999), dizendo que em vez 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 aspetos são primordiais porque tanto deve ser

considerada como um *corpus* de conhecimento autónomo, mas também como uma aplicação ao domínio clínico de conceções psicológicas gerais. A psicologia clínica designa simultaneamente, um conjunto de conhecimentos válidos e um tipo de prática.

Assim psicologia clínica é vista pelo autor 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.

O termo “clínica”, que está ligado ao de “doença”, foi associado a outros domínios, O procedimento e o método servem de base para uma nova forma de abordagem de fenómenos e de objetos bastante afastados da patologia, das dificuldades ou dos conflitos.

No âmbito da psicologia clínica, o interesse foi direcionado para objetos aparentemente sem relação com o objeto tradicional do sofrimento: o grupo, os fenómenos psicossociais, as instituições, as comunicações, foram, entre outros objetos, analisados a partir dos conceitos e das problemáticas da psicologia clínica.

A psicologia clínica orientou-se também para a utilização de métodos diferentes sendo, em alguns trabalhos do domínio clínico, as informações recolhidas com técnicas precisas (escalas de avaliação, testes). A principal preocupação destas técnicas é conseguir uma recolha de informações fiáveis e como consequência, a implementação de procedimentos de validação e de administração de prova.

### **Objetivos da psicologia**

O método clínico em Psicologia tem como objetivo o efetuar o diagnóstico da causa de uma perturbação e encontrar uma solução eficaz para o seu tratamento. Esta pesquisa é realizada, não só através de um instrumento próprio, a entrevista clínica, mas também através de uma grande variedade de técnicas reaproveitadas de ciências

vizinhas como são o exemplo, a utilização de testes psicométricos, de técnicas projetivas e de métodos de observação utilizados pelos mais diversos ramos da psicologia. Ao longo das sessões realizadas com o paciente, o psicólogo clínico deverá centrar toda a sua atenção à descrição geral do sujeito, nomeadamente, à sua aparência, às expressões faciais e corporais, a maneira como comunica e como se movimenta, às suas atitudes para com o terapeuta e ao seu estado de espírito, o seu humor, em suma, 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).

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 (Brito, 2008)

### **Definição de Neuropsicologia**

O início da Neuropsicologia, ramo da Psicologia Clínica, pode ser visto desde o passado mais longínquo da história da Humanidade, em povos como os egípcios e incas, nas culturas greco-romanas, passando pela Idade Média, através de demonstrações várias de conhecimentos, assinaláveis, ao nível da estrutura e funções do encéfalo, bem como das consequências das lesões que o atingem.

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

É sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial que a neuropsicologia se vai constituir como área disciplinar sob o impulso do renovado interesse pelo estudo da relação comportamento/cérebro e do desenvolvimento das técnicas da psicologia

experimental (Siksou, 2008), incrementadas pela necessidade de atender às várias lesões provocadas pelos confrontos bélicos.

Estuda a correlação das dinâmicas encefálicas, normais e patológicas, com os vários aspetos da atividade do aparelho psíquico.

Nesta área da Psicologia Clínica o comportamento é tomado no seu sentido mais lato, de forma a incluir o estudo das funções mentais superiores e da emoção. O seu objetivo é compreender a forma como os diferentes mecanismos cerebrais se encontram na base de funções tais como, a atenção, a resolução de problemas, a linguagem, a memória, a percepção, 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. (Manning,2012).

O presente da neuropsicologia vai desde o início do Séc. XX até aos dias de hoje.

Nesse período confirmam-se ou não descobertas anteriores, criam-se novas ideias baseadas em contínuos avanços da Psicologia e das Neurociências, irá dar-se maior ênfase às correlações anátomo-clínicas, onde se estruturam as grandes entidades nosológicas, aparecem os meios de diagnóstico (como as baterias, provas de função anátomo-cognitiva) e os primeiros programas de intervenção terapêutica, incluindo técnicas verbais, provas de papel e lápis, e, mais recentemente a estimulação e reabilitação computadorizada.

A importância da neuropsicologia deixou de estar concentrada somente no diagnóstico, papel esse, que havia adquirido após a Segunda Guerra Mundial, evoluindo no sentido de se afirmar como uma disciplina fundamental na caracterização funcional e comportamental (forças e debilidades) dos indivíduos, desempenhado ainda papel fundamental na reabilitação da patologia cerebral (Goldstein & McNeil, 2004)

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 se encontram em função do contexto de investigação e das perturbações mentais que pretendem estudar.

Estas baterias podem incluir uma entrevista semiestruturada, a avaliação de comportamento, afetos, cognição e empenho durante as provas, testes neuropsicológicos com vários domínios cognitivos; o objetivo é consolidar informação recolhida comparando a outras recolhidas através de meios de diagnósticos complementares; e por fim, avaliar o humor, a personalidade e as atividades de vida diária.

Mendes (2014) conclui que na sua origem a neuropsicologia se afirmou no contexto da evidência da lesão cerebral, tendo na atualidade uma natural aceitação da sua extensão a todos os fenómenos que resultam em alterações do estado mental.

Assim sendo, podemos afirmar que a neuropsicologia é uma área específica da psicologia que se dedica principalmente ao estudo do comportamento humano, baseado no funcionamento do cérebro. A sua criação deu-se entre duas teorias: a psicologia, que



estuda o comportamento humano, as estruturas funcionais responsáveis pelas atividades mentais superiores, o movimento, e a ação e a neurologia que estuda as alterações comportamentais causadas por lesões cerebrais (Abrisqueta-Gomes & Santos, 2006).

### **Atividades do psicólogo clínico em contexto neuropsicológico**

A intervenção do psicólogo clínico nos serviços de saúde mental, nomeadamente em hospitais, ou serviços integrados, como é o caso do CPHL é variada, podendo incluir atividades com os pacientes, com os técnicos e dentro da própria organização (Trindade & Teixeira, 2000).

O psicólogo clínico quando integrado numa Unidade de neuropsicologia acrescentará alguns objetivos ao seu trabalho. Ao realizar uma avaliação neuropsicológica terá como ponto fundamental do seu interesse e preocupação, a obtenção de medidas das funções nervosas superiores objetivas, válidas e fiáveis com impacto na gestão do processo clínico do paciente, 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. No que aos testes neuropsicológicos diz respeito, a aplicação é efetuada num contexto de avaliação amplo de forma a sintetizar os dados recolhidos na entrevista clínica, nas observações comportamentais e na história médica (Mendes, 2014).

Afirma Harvey (2012), que uma avaliação neuropsicológica tem como objetivo obter alguns resultados, tais como: criar informação diagnóstica para a deteção de défices 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 por fim, avaliar o nível de recuperação funcional.

Já Crawford (1996) descreve que uma boa avaliação neuropsicológica pretende responder a uma série de questões: qual a extensão das alterações ou mudanças no estado de humor, personalidade e comportamento; em que medida estas alterações ou mudanças verificadas são uma consequência direta ou indireta da lesão cerebral; saber quais os domínios da cognição que se encontram afetados; qual a gravidade da disfunção; quais as implicações das alterações encontradas no funcionamento do indivíduo e nas suas atividades do dia a dia; que conselhos se podem dar ao indivíduo, seus familiares e/ou cuidadores para uma melhor adaptação aos eventuais défices; e finalmente, que conselhos práticos se podem dar para um processo formal de reabilitação que se pretende mais eficaz e com sucesso;

### **A atividade do psicólogo clínico e a ética**

A palavra ética de origem grega “*ethos*” teve significados diferentes, que iam desde o lugar onde se habita, para depois dizer aquilo o homem traz em si. Designava portanto, a atitude psíquica do homem perante qualquer problema. Mais tarde a palavra grega passa a ter o significado de carácter ou modo de ser. Neste último sentido a palavra ética supõe um objeto caracterizado por continuidade, permanência ou responsabilidade, isto é, atos livres e conscientes do homem, dos quais ele possa ser responsável, porque a ele se referem, dele dependem e a ele se aplicam.

A ética pode englobar: análise do comportamento humano, notando erros e desvios; formulação de princípios fundamentais a que deve subordinar-se a vida moral e a conduta do homem; dá indicações ao homem sobre o seu dever (Magalhães, 1997).

Procura-se muitas vezes fazer a distinção entre ética e moral. Falamos de ética para designar um ponto de vista supra (ou meta), individual, moral para nos situar ao nível da decisão e da ação dos indivíduos. A moral individual, implícita ou explicitamente, depende de uma ética. Os dois termos são inseparáveis, sobrepondo-se por vezes (Morin, 2005).

A ética estuda as leis ideais da verdade moral e dita as regras mais adequadas à direção e conduta de vida, e por isso procura definir os deveres aplicáveis às várias situações da vida e da profissão. Temos também a ética profissional, que trata dos deveres relacionados com a profissão, e à qual se atribuí o nome de deontologia (Magalhães, 1997).

A existência duma lei ética para cada profissão atribui a esta, aos olhos do próprio profissional uma personalidade e uma independência favorável, psicologicamente, e uma melhor aceitação. Daí a tendência natural para dizermos: “Cumprir o meu dever”, o que significa que o homem personaliza o dever, relacionando-o consigo próprio, com a sua profissão, o que equivale a afirmar: cumprir o meu dever, dever que me competia como homem e como profissional (Morin, 2005).

Os princípios éticos provêm da consideração de princípios a dois níveis: questões de primeira ordem (como a equidade) e princípios de segunda ordem (como as condições de divulgação de informação confidencial a outros profissionais). Há igualmente princípios processuais para assegurar a consecução dos propósitos declarados (como especificar quaisquer alegações de impropriedade ética). Os seis princípios-chave de primeira ordem são os seguintes (Francis, 2004):

a) Dignidade: princípio moral baseado na finalidade do homem e não somente na sua utilização, como meio para atingir determinados fins, ou seja os interesses dos clientes (tratamentos) devem ser prevalentes aos dos cuidadores (lucros);

b) Equidade: é a justiça natural, que faz com que se reconheça imparcialmente o direito a cada um. A equidade deve ser tomada no sentido da justiça fundamentada na igualdade de oportunidades, tratamento médico, etc. Para Aristóteles a principal entre as virtudes éticas é a justiça (Abbagnano, 1969);

c) Prudência: é o procurar evitar consequências desagradáveis, tendo em vista fundamentalmente não prejudicar o cliente; é por isso importante que o psicólogo ao efetuar um tratamento, deve ponderar as possíveis consequências danosas do mesmo, bem como os benefícios dessa mesma intervenção;

d) Honestidade: é o expressar de forma clara e persuasiva, o seu ponto de vista sobre a patologia de um paciente;

e) Sinceridade: é a qualidade da pureza. Mesmo quando não é possível revelar, como nas confidências profissionais, há a sinceridade quanto à razão da sua não revelação;

f) Boa intencionalidade: um aspeto fundamental da boa intencionalidade é o sentimento de interesse e dedicação pelos outros, bem como de amor ao próximo e não no sentido de apenas tratar de si e dos seus interesses.

Embora os princípios éticos tenham a ver com as crenças e convicções de cada um, como qualquer psicólogo, o neuropsicólogo deve respeitar as regras deontológicas do seu código profissional (Siksou, 2005).

## **Intervenção psicológica**

A expressão Psicologia Clínica tem sido utilizada pelos profissionais desde os finais do século passado, dando ao termo *clínico* um sentido próximo do que lhe é dado na medicina. “ou seja o psicólogo clínico entendido como aquele que presta um serviço direto, personalizado e de “cabeceira” a um seu doente”. (Leal, I., 2000; p.83)

Nos anos 60 Pieron refere-se a ela como uma ciência da conduta humana baseada fundamentalmente na observação e análise aprofundada dos casos individuais normais e patológicos, não esquecendo a vertente coletiva e dinâmica de grupos.

Já Shakow em 1975 refere-a como a área do conhecimento visando a ajuda a pessoas com perturbações mentais e comportamentais com o objetivo primordial de alcançar níveis sociais e pessoais satisfatórios.

A intervenção em psicologia clínica, recorre ao método clínico, e acaba por ser uma interação participada entre psicólogo e indivíduo, na qual o primeiro vai construindo de forma estratégica a dinâmica interactiva suportada teoricamente mas à medida do segundo.

O método clínico pressupõe o face a face do clínico com o indivíduo, pressupondo para além do material recolhido (anamnese, exames, observação) a análise das atitudes e comportamentos através dos seus conhecimentos e experiências anteriores.

Esta intervenção está imbuída de um raciocínio clínico. Pressupõe a investigação das queixas através da análise da história do paciente e da observação; utiliza ainda técnicas de diagnóstico adequadas na recolha de dados no âmbito de avaliação psicológica, integrando todos os dados recolhidos para um adequado conhecimento do estado do paciente para estabelecimento de um projeto terapêutico.

Segundo Laplanche Pontalis, citados por Leal, I (2000) a psicoterapia será “qualquer método de tratamento das desordens psíquicas ou corporais que utilize meios psicológicos e, mais precisamente, a relação entre terapeuta e o doente”.

A Psicoterapia de Apoio, parece ser a mais antiga forma de psicoterapia conhecida, ainda que não reconhecida ou sistematizada como tal.

### **Psicoterapia de Apoio**

A resposta à procura de apoio psicológico é uma forma de intervenção psicológica fundamental na ajuda de pessoas que estão a passar por fases difíceis das suas vidas.

Existe em cada um de nós, e em determinados momentos das nossas vidas um limite na capacidade de resposta para aquilo com o qual somos confrontados, perante situações de vida com mais intensidade ou fatores de stress, como são os casos de situações de doença (do próprio ou de familiares), cansaço e situações de conflito a nível profissional, problemas familiares, etc.

Todos estes fatores são inibidores de equilíbrio corpo-mente que se pretende, e devem levar as pessoas a procurar ajuda psicológica, o apoio de um profissional.

Essa deve ser a perspetiva do paciente, a da procura de alguém que o ajude, esse profissional adotará uma postura de escuta ativa, de respeito absoluto, confidencialidade e privacidade sobre tudo aquilo que é dito em sessão.

O Psicólogo irá dessa forma tentar orientar e estruturar o pensamento e forma de agir e compreender do paciente, ajudando-o a enfrentar de uma forma mais positiva todas as situações que se lhe vão deparando ao longo deste processo Cordioli, A. (2008).

## **Terapia Cognitiva**

A terapia cognitiva é conhecida por ser uma abordagem ativa, diretiva, estruturada e de período limitado no que se refere ao tratamento de várias perturbações psiquiátricas, entre elas, fobias, depressão, queixas relacionadas a dores, ansiedade, entre outros (Beck, 1997). Esta fundamenta-se num modelo psicoterapêutico baseado no modelo cognitivo, no qual o comportamento e a emoção são influenciados pela interpretação que o sujeito faz dos acontecimentos. Foca-se na ligação existente entre o ambiente, as reações físicas, os pensamentos, os comportamentos e os estados de humor, sendo que o elemento fundamental para a compreensão dos problemas do sujeito é a cognição (Greenberger & Padesky, 1999).

O objetivo desta terapia é testar o real, identificar e corrigir anomalias conceptuais e crenças disfuncionais (esquemas) resultantes dessas mesmas cognições. O paciente aprende assim a lidar e a conviver com problemas e situações que anteriormente lhe pareceriam insuperáveis, reavaliando e corrigindo o seu pensamento e a sua atitude. O papel do terapeuta cognitivista é o de ajudar o paciente a ser mais realista, na sua forma de pensar e de agir perante problemas e situações com as quais é confrontado, respondendo de forma mais adequada, tendo sempre em atenção os seus problemas psicológicos, como consequência dessa sua ação é conseguida a diminuição dos seus sintomas (Beck, 1997).

Esta terapia trabalha essencialmente com base na relação terapeuta/paciente, na força dessa empatia, e desse trabalho conjunto, conseguindo dessa forma resultados positivos fruto dessa aliança.

## **Avaliação Psicológica – ênfase neuropsicológica**

A Avaliação Neuropsicológica é um processo que tem como objetivo investigar as funções cognitivas de pacientes, procurando explicar os distúrbios de atenção, memória e funções executivas, além de alterações cognitivas específicas como capacidade de raciocínio, cálculo, abstração, planeamento, e seus diagnósticos diferenciais.

Inclui uma entrevista prévia (pelo menos uma) com o paciente examinado, e eventualmente com a família no sentido de complementar toda a informação transmitida pelo paciente.

O método clínico em Neuropsicologia baseia-se na observação da pessoa, no seu histórico pessoal e de doença, nas informações recolhidas na entrevista, nas provas psicológicas, nas técnicas específicas de exame e nos vários relatórios de exames efetuados.

É considerada uma avaliação composta por uma vasta gama de processos, comportamentais, adaptativos e emocionais que vão indicar o funcionamento dos processos cerebrais (Maia *et al.*, 2009). Este processo consiste numa seleção de provas as quais pretendem avaliar alguns constructos como o discurso, a orientação espaço-temporal e auto-psiquica, a atenção, cálculo, memória (memória com interferência, memória visual e memória associativa) compreensão verbal, linguagem escrita, funções executivas (áreas pré-frontais), praxias, gnosias e capacidade visuo-constructiva. Esta avaliação é antecedida de um Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica que permite realizar uma recolha de dados pormenorizada acerca de dados clínicos e histórico de saúde e de possíveis dificuldades funcionais do sujeito. São ainda registados dados sociodemográficos dos sujeitos.



A avaliação neuropsicológica é fundamental em situação de diagnóstico e de elaboração de um programa de intervenção, permitindo identificar perturbações específicas, constituindo um complemento importante da avaliação psicológica.

### **Reabilitação Neuropsicológica**

A Reabilitação Neuropsicológica é definida como um tratamento que tem por objectivo manter e resgatar a qualidade de vida e autonomia da pessoa. Visa compensar, diminuir, reduzir ou contornar os défices cognitivos, além de dotar de capacidades os pacientes e familiares para dessa forma conseguirem lidar com as dificuldades funcionais decorrentes das lesões cerebrais.

Focaliza-se no tratamento das funções lesadas ou com défices, tais como a atenção, funções executivas, memória e linguagem. O processo inicia-se pelas dificuldades neurológicas que o paciente apresenta, desafiando-o nas aptidões que estão afetadas. É fundamental que os pacientes iniciem o programa de reabilitação logo após sofrer o dano cerebral, pois vários autores afirmam que nestas condições os pacientes mostraram um melhor desempenho no momento da alta, do que pacientes semelhantes, que iniciaram o programa de reabilitação três semanas após sofrerem danos cerebrais (Fuentes, Maloy - Diniz, Camargo & Consenza, 2008).

A reabilitação neuropsicológica deve ser vista como um trabalho conjunto que envolve familiares, paciente e terapeuta, com a finalidade de proporcionar ao paciente a recuperação máxima das suas funções cognitivas, promovendo o maior grau de independência, funcionalidade e qualidade de vida possível. A grande preocupação da intervenção é que o paciente consiga atingir o seu maior nível de bem-estar, assim como minimizar o impacto dos seus problemas na vida quotidiana, e assim ajudá-lo a retomar as atividades ocupacionais, recolocando-o no seu próprio ambiente. No entanto,

pacientes e família devem ter a verdadeira noção de que é praticamente impossível a reabilitação completa dum paciente com défices cognitivos. As limitações físicas, cognitivas e emocionais motivadas pela lesão cerebral podem não facilitar a volta do paciente ao seu quotidiano (Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009).

## **Patologias seguidas no âmbito da realização do estágio**

A população-alvo da consulta de Neuropsicologia é constituída por pacientes provenientes das consultas externas, apresentando como quadros mais frequentes ao nível psiquiátrico as Psicoses, as Perturbações de Humor, de Ansiedade e outras Perturbações Cognitivas. Na área da neurologia estão presentes as Demências, a Doença de Parkinson, Epilepsia, Tumores cerebrais, Acidentes Vasculares Cerebrais e Traumatismos crânio-encefálicos.

Em seguida, descrevem-se de forma mais detalhada as patologias presentes nos casos que serão discutidos.

### **Acidente vascular cerebral**

As doenças cerebrovasculares podem incluir lesões nas paredes dos vasos sanguíneos, oclusão e/ou rutura dos vasos, ou má formação. O acidente vascular cerebral (AVC) é um dos tipos mais comuns de doenças cerebrovasculares, sendo caracterizado como um quadro neurológico de etiologia vascular (Weinstein & Swenson, 2006 *in* Snyder, Nussbaun & Robins, 2008).

Os AVCs são um grave problema de saúde pública em Portugal; embora a incidência da doença vascular cerebral tenha vindo a diminuir ao longo das últimas década, ela mantém-se porém, acima dos países ocidentais da União Europeia. Distingue-se por instalação de um “*deficit*” neurológico focal repentino, decorrente de uma lesão cerebral, originada por um distúrbio vascular e não traumático. As manifestações clínicas podem incluir alterações funcionais motoras, sensitivas, cognitivas, preceptivas e da linguagem (O’Sullivan & Schmitz, 1993).

O AVC ocorre mais frequentemente em indivíduos com fatores de risco. Apesar dos fatores de risco aumentarem a probabilidade de se ter um AVC, muitos deles, podem ser atenuados com tratamento médico, ou mudança do estilo de vida (Ferro, 2013 *in* Ferro & Pimentel, 2013). A tabela II, refere os fatores de risco para AVC.

### **Fatores de Risco**

Tabela II

#### **Fatores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais**

<b>Não modificáveis</b>	<b>Modificáveis</b>
Idade	Hipertensão arterial
Género	Diabetes
Etnia	Tabagismo
	Hiperlipidemia
	Alcoolismo
	Obesidade
	Sedentarismo

---

**Fonte: Ferro, 2013 *in* Ferro & Pimentel, 2013.**

A confirmação da doença é feita após a realização de uma Tomografia Axial Computorizada, dependendo o tipo de AVC do mecanismo que o originou. Podemos ter assim dois tipos de AVC: o isquémico e o hemorrágico; o de etiologia isquémica ocorre com maior frequência, podendo corresponder a 80% dos casos, enquanto o hemorrágico compreende cerca de 20% (Rosamond et. al., 2008).

Emprega-se o termo isquemia para designar qualquer processo durante o qual o tecido não recebe nutrientes (em particular oxigénio) indispensáveis ao metabolismo das

suas células. Se essa privação é inferior a 24 horas a disfunção é considerada reversível e as alterações vão habitualmente regressar até à normalização das funções perturbadas – Acidente Isquémico Transitório – (Habib, 2000).

O encéfalo recebe sangue arterial por dois sistemas: o sistema carotídeo, do qual depende a irrigação arterial da maior parte dos hemisférios cerebrais, é constituído pela artéria carótida interna, suas colaterais e terminais (as artérias cerebrais médias, a anterior e a coroídeia anterior). A maior parte do fluxo da artéria carótida interna segue para a artéria cerebral média, sendo este o território arterial onde são mais frequentes os AVC's. (Ferro, 2013 *in* Ferro & Pimentel, 2013).

O sistema vertebrobasilar assegura a irrigação do tronco cerebral, do cerebelo e da parte pósterio-inferior dos hemisférios. A hemorragia cerebral é a extravasão de sangue para fora dos vasos, que causam um derrame intracerebral, quer circunscrito (hematoma) quer mais difuso. A hemorragia cerebral corresponde a um fator etiológico quase constante a hipertensão arterial (Habib, 2000).

Os mecanismos fisiopatológicos são segundo Ferro, 2013 (*in* Ferro e Pimentel, 2013) diferentes nos AVCs isquémicos e hemorrágicos:

a) Isquémicos: 1) AVC por doença ateromatosa dos grandes vasos (essencialmente das artérias extracranianas, visto que a ateromatose das artérias intracranianas é bastante mais rara); 2) AVC por doença dos pequenos vasos (arteríolas perfurantes); 3) AVC por doença cardíaca embolígena; 4) AVC por causas raras (e.g. disseção, arterite, etc.); 5) AVC de causa desconhecida.

b) Hemorrágicos: 1) Hemorragia subaracnoideia - Ruptura de aneurisma intracraniano, geralmente nas artérias do polígono de "Willis"; 2) Hemorragia intracerebral - hemisférica profunda, do cerebelo ou do tronco cerebral (hipertensão arterial – ruptura de

arteriolar); 3) Lobar – no jovem: malformação vascular arteriovenosa; no idoso: angiopatia amiloide.

Para um paciente que teve um AVC, os programas de reabilitação pós AVC devem enfatizar as sequelas físicas e também as cognitivas, no sentido de recuperar ao máximo as funções cerebrais comprometidas pelo AVC. Além das alterações físicas e cognitivas, existem também alterações psicológicas a nível emocional (ansiedade e depressão, desânimo), assim como de variáveis de auto-referência, tais como, autoeficácia, autoconceito, autoestima e de suporte social, que vão afetar o empenho do doente na recuperação. A diminuição das expectativas por via da interação das variáveis cognitivas, emocionais e físicas, reduz a motivação do doente para se empenhar na recuperação, sendo tanto mais grave quanto mais avançada for a idade do doente. Um programa de reabilitação adequado envolve uma equipa multidisciplinar e contribui para a autoestima do paciente e, conseqüentemente para a reintegração na família, no trabalho e na sociedade (Pais-Ribeiro, 2005).

### **Problemas associados à lesão neurológica provocada por AVC**

#### **Sintomatologia de acordo com a artéria lesada:**

**Artéria cerebral anterior:** Hemiparésia contralateral, mais acentuada no membro inferior; Perda sensorial contralateral; Alterações do funcionamento esfíncteriano anal e vesical; Manifestações mentais, que são mais nítidas e estáveis se o AVE for bilateral; Alterações do comportamento, se o AVE do lobo frontal for intenso.

**Artéria cerebral média:** Afasia de Broca (disfunção da expressão) e de Wernicke (disfunção receptiva); Hemiplegia e/ou hemiparesia contralateral, mais acentuada na face e membro superior; Hemianopsia homônima (defeito no campo visual); Apraxia (desordem do movimento aprendido voluntário).

**Artéria cerebral posterior:** Síndromes sensoriais talâmicos; Alterações de memória (lesão bilateral); Síndrome de Anton: Cegueira cortical, provocada por lesão bilateral dos lobos occipitais associada a agnosia; Dislexia sem agrafia; Hemiplegia fugaz; Ataxia (perda da coordenação motora).

**Artéria carótida interna:** Hemiplegia contralateral com hemipostesia e afasia (quando o hemisfério cerebral dominante é lesado); Isquémia retiniana com onubilção ou perda da visão no olho homolateral; Inconsciência no momento da oclusão;

**Artéria basilar:** Hemiplegia contralateral ou tetraplegia; Paralisia facial; Disartria e disfagia; Síndrome de Hornes homolateral; Perda de consciência e presença de vertigem.

**Artéria Vertebrobasilar:** Sinais de lesão de nervos cranianos e de conexões cerebelosas homolaterais com sinais sensitivos e motores nos membros contralaterais; Síndrome de Weber (lesão localizada nos pedúnculos cerebrais); Paralisia homolateral do nervo oculo-motor comum; Hemiplegia contralateral.

Estudos realizados mostram que muitos pacientes que sobrevivem a AVC têm a sua qualidade de vida prejudicada em dois anos após o evento, mesmo os que conseguem uma boa recuperação. Aspectos como sentimento de inutilidade, independência, falta de autonomia, dependência de outras pessoas e dificuldades físicas e cognitivas ficam presentes, influenciando assim a sua qualidade de vida. Os pacientes com AVC que vivenciam a condição de incapacitados apresentam problemas psicológicos e de ajustamento relacionados à aceitação dos limites impostos pela sua enfermidade (Rebelo & Neri, 2005). Segundo Clark (2002) isso ocorre em razão de mudanças corporais que estão associadas às condições crónicas e impedem o envolvimento em atividades que eram componentes da identidade pessoal.

É importante ressaltar que por ser inesperado, o AVC ameaça o controlo pessoal e exige do doente um grande esforço adaptativo que é desenvolvido a partir do acionamento de recursos emocionais e cognitivos que melhor se adaptem às restrições impostas pela doença (Rebelo & Neri, 2005).

Como consequência da lesão cerebral aparecem sequelas, que podem ser físicas (dificuldade para andar, hemiparesia, etc.) ou cognitivas (dificuldades de memória, atenção, linguagem), dependendo do local da lesão, do tamanho da área lesada e das funções da área atingida (Bobath, 1990).

Como resultado das sequelas cognitivas, muitos pacientes são tidos como confusos, não cooperantes ou sem iniciativa (Weinstein & Sweson, 2006 *in* Snyder, Nussbaun & Robins, 2008).

## **Afásias**

A linguagem é ao mesmo tempo instrumento privilegiado da comunicação humana e veículo privilegiado do pensamento. Expressa-se sobre a forma de linguas contruídas pelas comunidades humanas e formadas por um sistema estruturado de signos, experimentando ideais que são manifestadas através da fala. (Gil, R., 2010)

A linguagem pode ser entendida como um universo complexo e multifacetado. Enquanto sucede a linguagem oral, o ser humano precisa de se lembrar dos sons, da fala, da ordem em que estes devem ocorrer numa palavra, e o acesso ao léxico, além da gramática e do significado das palavras e frases (Ferreira, Lopes & Limogi, 2004).

A Afasia é um transtorno da linguagem ocasionado por uma lesão cerebral num indivíduo sem alterações anteriores da linguagem. As perturbações afásicas



caracterizam-se por perturbações na emissão de sinais sonoros da fala (parafasia), défice da compreensão e dificuldades na nomeação (anomia). (Vendrell, J.M., 2001)

### **Formas clínicas das afasias**

A multiplicidade das classificações das afasias estimula a manter a dicotomia clássica entre as afasias de Broca e as de Wernicke como centro de gravidade (Gil, R., 2010).

#### **Afasia Motora - Broca**

Carateriza-se por uma acentuada afetação da linguagem verbal e por uma compreensão igualmente afetada apesar de em dimensão inferior. A maioria dos pacientes com afasia motora, apresentam um défice motor. Neste caso específico, e quando a lesão se instala nesta área a afetação da linguagem é moderada e a respetiva recuperação é muito boa. (Vendrell, J.M.,2001).

#### **Afasia Sensorial - Wernicke**

Neste caso a linguagem carateriza-se por uma articulação fluída, apresentando muitas parafasias (fonéticas e semânticas), além de denotar graves perturbações da compreensão. A leitura e a escrita são igualmente afetadas. (Vendrell, J.M.,2001)

#### **Afasia Global**

Pacientes com este tipo de afasia tendem a deprimir pelo facto de sentirem dificuldades comunicativas e motoras (hemiplégia direita).

Os pacientes com afasia global apresentam lesões extensas na artéria cerebral média esquerda, com perturbações das áreas frontoparietais temperoparietais (Vendrell, J.M., 2001)

### **Afasia de condução ou afasia motora aferente (Lúria)**

Caracteriza-se por importantes perturbações da linguagem espontânea, e principalmente por repetições, sendo encontrada em muitas parafasias fonéticas e verbais morfológicas, já que não existe decomposição fonética e a compreensão é normal. Pode ser definida como um défice isolado da seleção e da ordenação de fonemas (2ª articulação da linguagem). (Gil, R., 2010).

### **Afásias transcorticais**

Este tipo de afásias podem ser sensoriais, transtorno da compreensão, mas com linguagem verbal fluída, e motoras (alteração da linguagem verbal mas com boa compreensão) ou mistas.

### **Afasia Transcortical e sensorial**

É uma afasia definida pelo contraste entre perturbações da compreensão e a integridade da repetição com tendência ecológica durante uma afasia. Este tipo de afasia excepcionalmente pode ser acompanhada de uma relativa preservação da denominação. (Gil, R., 2010).

### **Afasia Transcortical mista**

Também conhecida por síndrome de isolamento da área da linguagem. Trata-se de um transtorno grave da linguagem caracterizado por uma alteração da compreensão, bem como da linguagem verbal, apesar de conservar uma boa capacidade de repetição. É conhecida como a combinação da afasia motora transcortical e a afasia transcortical e sensorial. Por norma o prognóstico é negativo, havendo pouca esperança na recuperação da linguagem. (Vendrell, J.M., 2001).

### **Afasia anômica**

Trata-se de um transtorno da nomeação, linguagem é fluente com boa articulação e gramaticalmente correta. Não existem parafasias.

### **Afásias por lesão subcortical**

Estas afásias podem estar ligadas aos danos da substância branca periventricular e subcortical; do tálamo e da região capsuloestriada. Afasia anômica acompanhada por disartria e afasia fluente com hemiparesia são sugestivas deste tipo de afasia. (Gil, R.,2010).

Sarno (1993) diz que a afasia tem um grande impacto em áreas psicossociais como a identidade, autoestima, as relações interpessoais e os papéis sociais. A depressão, a limitação física, os défices cognitivos, o isolamento social, e a falta de suporte social são as queixas mais comuns dos doentes que sofreram AVC e causam um choque muito forte e negativo neste grupo de doentes. O principal problema psicossocial causado pela afasia diz essencialmente respeito à qualidade de vida do afásico e da sua família, quando comparado a outros aspetos da vida social (área profissional e/ou em atividades produtivas).

O regresso ao trabalho, à sua atividade é primordial para uma boa reintegração social e para a autonomia, sendo que para esse regresso, é necessário não existir defeito motor nem defeito grave na linguagem (Fonseca, Farrajota, Leal & Caldas, 1993). Os critérios de diagnóstico das afásias estão mencionados no quadro 1 (Martins, 2013 *in* Ferro & Pimentel, 2013).

O exame de um paciente com distúrbios de linguagem deve sempre ter em conta a complexidade das tarefas cognitivas e que os desempenhos podem variar a qualquer

momento e que os distúrbios afásicos podem ser agravados por episódios de fadiga. O exame deve ser metódico tentando explorar as várias facetas da linguagem. O contato inicial com o paciente permite observar alguns traços dos referidos distúrbios: o paciente fala facilmente ou denota dificuldades? Compreende o que se lhe diz? (Gil, R., 2010)

<b>Quadro 1: Classificação das síndromes afásicas</b>			
<b>Tipo de Afasia</b>	<b>Fluência</b>	<b>Compreensão</b>	<b>Repetição</b>
Transcortical motora	Não fluente	Normal	Normal
Broca	Não fluente	Normal	Perturbada
Transcortical mista	Não fluente	Perturbada	Perturbada
Global	Não fluente	Perturbada	Perturbada
Anômica	Fluente	Normal	Normal
Condução	Fluente	Normal	Perturbada
Transcortical sensorial	Fluente	Perturbada	Normal
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada

**Fonte: Adaptado de Ferro, 2013 in Ferro e Pimentel, 2013).**

## **Depressão**

Uma outra perturbação com bastante incidência presente na Unidade de Neuropsicologia é a Depressão. Embora seja uma terminologia socialmente utilizada e banalizada, o diagnóstico desta perturbação exige a confirmação de critérios de específicos de diagnóstico.

A depressão é vista como uma perturbação limitativa e com interferência significativa na vida dos sujeitos. Parece ser estimulada por um sentimento associado à mudança repentina de determinada situação ou acontecimento, ocorrido de forma inesperada na vida do sujeito. A angústia sentida, funciona como um alerta de uma mudança que se aproxima, gerando um medo latente que evolui gradualmente para uma depressão. Perante novas situações e mudanças exteriores inesperadas o sujeito vê-se obrigado a adaptar-se a uma nova vida e quando surge a incapacidade de reajuste face às mesmas o sujeito deprime (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

A Depressão está integrada num conjunto de distúrbios, descritos na literatura como distúrbios de humor e abrange mudanças acentuadas ou mesmo severas, em estados de alegria, tristeza ou motivação para a realização de tarefas (Pires, 2004).

Beck, A.T. (2009), referem que a depressão pode ter início de forma súbita, ou surgir de forma gradual ao longo de meses ou anos.

Este transtorno começou por ser descrito, na antiguidade, como estado de “melancolia” e a sua primeira definição remonta a Hipócrates no século IV a.C. No século II d. C. Aretaeus descreveu o paciente melancólico como sujeito triste e consternado, que apresentava frequentemente uma acentuada perda de peso no seguimento de uma permanente agitação emocional e de uma diminuição significativa dos períodos de sono reparador. Estes relatos mantêm uma forte semelhança com as descrições encontradas na literatura atual sobre depressão, nomeadamente no que se refere aos sinais e à sintomatologia utilizadas para delimitar um quadro de diagnóstico depressivo, também eles referidos em antigas descrições. Os atuais sinais e sintomatologia utilizados para concluir um diagnóstico depressivo, encontravam-se já referidos nas antigas descrições (Beck & Alford, 2009).

Matos (2001), refere também que podemos falar de depressividade sempre que estivermos perante a existência de um conflito permanente e relevante, levando ao total esgotamento do Eu. Este conflito manifesta-se através de um sentimento de inferioridade, dando origem a um comportamento de incapacidade e apelando a um esforço permanente do sujeito para não se deixar deprimir.

Atualmente, a depressão pode ser definida com base na apresentação, por parte do sujeito, de uma série de características específicas, tais como: alteração específica do humor com sentimento de tristeza, solidão, autoconceito negativo sempre associado à autorrecriação e autoacusação, desejo regressivo e autopunitivo do sujeito (como querer morrer ou fugir), alterações vegetativas, (como a insónia, perda da libido e falta de apetite), e alteração da atividade psicomotora (Beck & Alford, 2009).

Os mesmos autores salientam a dificuldade crescente em definir depressão dado que o seu conceito se pode aplicar de múltiplas formas para designar um sentimento ou sintoma específicos. Um dos exemplos desta controvérsia prende-se com a relação entre a depressão e as mudanças de humor. A palavra Humor está de forma geral associada a sentimentos que podem ir da euforia e felicidade ao seu extremo, como a tristeza e infelicidade e, a oscilação de humor. Todo sujeito pode ter oscilações de humor, no entanto na ausência de patologia, estas oscilações não passam de momentos ou de incidência de alguns dias. (Beck & Alford, 2009).

Segundo os autores (Beck & Alford, 2009), existem duas situações nas quais nos é difícil distinguir entre humor depressivo e depressão. Em primeiro lugar há uma semelhança entre as características do humor depressivo normal e da depressão: ambos são descritos com base nas mesmas características apresentadas pelos sujeitos, de tristeza, vazio, infelicidade e solidão, podendo esta semelhança dever-se ao facto de os sujeitos deprimidos utilizarem um vocabulário comum na descrição de um estado

psicopatológico. Em segundo lugar, o sujeito deprimido demonstra um comportamento similar ao de uma pessoa que está somente triste ou infeliz e nos sujeitos tristes ou infelizes, mas não deprimidos, podem ser observadas algumas características vegetativas e físicas muito típicas na depressão. Desta forma, a semelhança encontrada entre indivíduos diagnosticados com depressão e humor depressivo em sujeitos normais levou a concluir-se que o conceito patológico é uma exacerbação do conceito normal.

É ainda de ressaltar que a queixa principal referida pelos sujeitos deprimidos é, habitualmente, indicador inequívoco de um diagnóstico de depressão (Beck & Alford, 2009). Esta queixa principal assenta em pressupostos de índole depressiva, nomeadamente; estado emocional desagradável, mudança de atitude perante a vida e sintomatologia somática de natureza depressiva. A depressão é classificada de uma forma geral como um transtorno afetivo, no entanto nem todos os sujeitos referem uma mudança subjetiva no humor. Existem situações em que o sujeito descreve a sua principal queixa como uma mudança nas suas ações, atitudes e reações face à sua vida. O sujeito deprimido pode ainda referir sintomas físicos, também estes característicos da depressão, como a fadiga, inércia ou perda de apetite.

Relativamente aos sintomas, importa evidenciar a presença de sentimentos negativos em relação a si próprio, redução da satisfação, perda de vínculos emocionais, crises de choro, manifestações cognitivas, indecisão e perturbação do sono. Os sentimentos negativos em relação a si próprio são frequentemente associados a uma baixa autoestima, sentimentos esses que vão potencializar uma perda da satisfação global do indivíduo. Esta perda de satisfação começa por se verificar em algumas atividades, evoluindo posteriormente para praticamente tudo em que o sujeito se envolve, mesmo associado a contextos de necessidades biológicas (como a necessidade de comer ou a atividade sexual), chegando mesmo a verbalizar que nada o satisfaz. Esta insatisfação

quase uniforme e generalizada, envolve também a perda de vínculos emocionais, que são manifestados por uma diminuição expressa nos afetos para com o outro. É referido um sentimento de perda de afeto para com familiares, o qual preocupa o próprio sujeito, podendo ser uma forma de alerta e consciencialização do mesmo para recorrer a um pedido de ajuda. Este sentimento de vazio afetivo, o qual não consegue compreender nem identificar, pode causar ao sujeito crises de choro prolongados (Beck & Alford, 2009).

As manifestações cognitivas da depressão podem incluir características diferentes como atitudes distorcidas do sujeito face a si mesmo, à sua vivência pessoal e ao seu futuro, distorções da imagem corporal e expectativas negativas (Beck & Alford, 2009).

Segundo os autores (Beck & Alford, 2009), quando abordamos a perturbação depressiva é ainda de salientar a predisposição da sua ocorrência em cada indivíduo. Nos primeiros anos de vida, o sujeito desenvolve uma vasta quantidade de conceitos e atitudes sobre si mesmo e sobre o mundo que o envolve. Alguns destes conceitos são enraizados na realidade do sujeito, permitindo a elaboração de uma base adaptativa pessoal saudável, outros conceitos desviam-se remetendo o sujeito para a fragilidade e consequentemente a possíveis perturbações psicológicas.

### **Perturbação de stress pós-traumático**

Para aqueles que se vêm envolvidos num cenário de guerra, esta apresenta-se como um fenómeno assustador, e o impacto exercido sobre eles pode ser de grande dimensão podendo daí constituir-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 experienciaram guerras, estas tornam-se constantemente presentes; pesadelos, imagens desses cenários e



sensações corporais inexplicáveis, mantêm a vivência de um mal-estar insuportável e incontrolável. Não se trata apenas desta experiência contínua; o embotamento emocional, a irritabilidade ou incapacidade de controlar impulsos e as dificuldades de concentração tornam o regresso à vida pessoal, familiar e social do quotidiano muito difícil (Fernandes & Maia, 2000).

Os primeiros sintomas da perturbação de stress pós-traumático fazem-nos recuar 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 combater pela pátria na guerra colonial portuguesa durante cerca de 13 anos, de 1961 a 1974, sendo que só em 1999 é atribuído o devido apoio oficial e institucional aos Combatentes (Anunciação, 2010).

A perturbação de stress pós-traumático apresenta-se em duas características fundamentais: a primeira consiste na exposição ao evento traumático, envolvendo o ato em si ou a ameaça de morte ou ferimentos graves para o próprio indivíduo ou para os outros, associando-se, a uma resposta intensa de medo, desamparo ou horror; a segunda característica trata da tríade psicológica que o evento abarca, onde são desenvolvidas 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 noutra tipo de perturbação, podendo apresentar a forma de sonhos vívidos, pensamentos ou sentimentos não controláveis, pesadelos e flashbacks. Este tipo de fenómenos apresentam-se de forma muito marcante e angustiante para o indivíduo, tornando-se mesmo conscientes, dominando assim 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, entre elas, o uso de drogas para anestesiar o sofrimento psicológico, a utilização de mecanismos dissociativos mantendo fora da consciência os pensamentos e sentimentos angustiantes, menor interesse ou participação em atividades que anteriormente eram interessantes para o indivíduo, e por fim, o embotamento psíquico que através de mecanismos psicológicos se anestesia de forma a fugir do pânico e terror trazidos pelos sentimentos de revivência do trauma. O Problema deste último é que o indivíduo não fica apenas desligado dos sentimentos negativos, passando igualmente a um sentimento de indiferença quanto aos sentimentos positivos por estímulos pelos quais anteriormente tinha prazer e mostrava interesse e sensibilidade (Câmara Filho & Sougey, 2001; Figueira e Mendlowicz, 2003).

A Hiperestimulação autónoma está ligada à presença de irritabilidade, insónias, sobressaltos excessivos e na hiper-vigilância. Desta forma, mesmo que o indivíduo consiga controlar episódios de revivência do evento traumático através do embotamento emocional, o seu corpo pode reagir certos estímulos externos como se de uma ameaça de morte se tratasse. O facto de estar sempre em estado de alerta afeta a concentração, e naturalmente, o seu desempenho em tarefas cognitivas, como o estudo e a leitura. A agressividade e a irritabilidade podem igualmente ser características visíveis num indivíduo que anteriormente era calmo (Câmara Filho & Sougey, 2001; Figueira e Mendlowicz, 2003).

Existem fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático. Entre os fatores de risco encontram-se, o tipo, a

intensidade e duração da ameaça, a rapidez 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 prévia existência de eventos traumáticos. Quanto aos fatores de proteção correspondem ao apoio social e familiar existente, meios 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 vários sistemas psicofisiológicos e neuroquímicos que estão envolvidos no desenvolvimento da PSPT. Esta hipótese refere uma estimulação através do traumatismo de mudanças 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 numerosos mecanismos neurobiológicos que podem ser acionados 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 inclui as mais variadas estruturas cerebrais, entre elas o sistema límbico, a amígdala, 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 paralímbico 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 sobresalto 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 probabilidade de serem portadores de perturbações 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, agravam sintomas ou impedem a reavaliação da problemática (Ehlers & Clark, 2000).

A possibilidade de terapia vai 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, consolidam-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 do Estágio

Ao iniciar um estágio, uma das primeiras preocupações do estagiário deverá ser consciencializar-se das necessidades do local onde irá estagiar e as exigências do meio em que está inserido. Neste sentido é fundamental definir o papel do psicólogo para que se possa delimitar da melhor forma o âmbito das suas funções.

O estágio, exposto ao longo do presente relatório, foi desenvolvido no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – CHPL.

O mesmo teve um carácter profissionalizante, uma vez que foi realizado sobre a vertente de aplicação de conhecimentos para a obtenção do grau de mestre.

O horário de estágio foi elaborado segundo as necessidades do local.

Os objetivos inerentes a este estágio foram estruturados de forma a:

- Abordar as características da Instituição e do serviço de Neuropsicologia e de Psicologia;
- Adquirir conhecimentos teórico-práticos;
- Participar em reuniões de equipa multidisciplinares;
- Participar em ações de formação;
- Aprofundar temáticas relevantes no âmbito da Neuropsicologia e da Psicologia;
- Aprofundar conhecimentos de meios de avaliação clínica e técnicas de intervenção terapêutica;
- Adquirir experiência em termos de Avaliação Psicológica e Neuropsicológica, analisando e discutindo resultados;
- Intervenção em reabilitação: elaboração de planos de intervenção e acompanhamento/realização de sessões de reabilitação.

## **Método**

### **Participantes**

A população em estudo é constituída por dois pacientes, integrados na unidade de neuropsicologia do (CHPL). Um participante do sexo masculino, 42 anos de idade, médico, casado, com uma filha de 12 anos de idade. O outro, do sexo Masculino, 65 anos de idade, encarregado da construção civil, reformado, casado.

Não existiram pré-requisitos, para a participação no estudo. Os pacientes concordaram informalmente com a utilização dos seus processos clínicos para a realização deste relatório de estágio.

### **Instrumentos**

Serão enumerados de seguida, os instrumentos usados na avaliação dos dois estudos de casos escolhidos para este trabalho, assim como daqueles usados no processo de reabilitação.

#### **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 obter informação acerca das variadas áreas da experiência atual e passada do paciente e, dessa forma, desenvolver uma boa relação terapêutica, orientando 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 apresentou-se como um dos instrumentos mais influentes na prática da psicologia clínica, recolhendo dados valiosos para o desenvolvimento de planos terapêuticos que são posteriormente analisados através dos mais variados métodos. (Ferreira & Mousquer, 2015)

### **Avaliação Neuropsicológica**

A recolha de toda a informação do paciente, efetuada com o auxílio do Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica (ISNN/MD1). É normal os pacientes serem acompanhados por familiares, que em muitos casos se tornam igualmente fundamentais para a recolha total dessa informação. Posteriormente o paciente realiza um conjunto de provas (Exame Neuropsicológico MD01]) com o qual se pretende avaliar certas capacidades cognitivas, tais como: orientação auto- psíquica, temporal e espacial; a atenção; o cálculo; memória; compreensão da linguagem oral e escrita; lesões no córtex pré-frontal e existência de apraxias. Conforme as necessidades específicas de algumas problemáticas relacionadas com os pacientes, podem ser aplicadas outras provas das quais se destacam:

**(a) SCL -90 (Escala de Sintomas de Hopkins) – Anexo A; (b) Inventário Depressivo de Beck – Anexo B; (c) Teste das Matrizes Progressivas de Raven – Anexo C; (d) Escala de Depressão Geriátrica – Anexo D; Labirintos de Porteus - (Anexo E).**

### **Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica – ISN**

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

#### **MD01 e MD01-Revisto**

São exames neuropsicológicos utilizados para a avaliação do indivíduo consistindo numa seleção de várias provas, entre elas, 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, na qual a pessoa deve ler em voz alta a frase escrita numa folha 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 assim, uma avaliação mais aprofundada e completa; Prova do relógio (Clock Drawing Test), que avalia a capacidade de organização visuo-grafo-espacial; e por fim, 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; existiu 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 solicitado ao paciente, que risque o maior número possível de quadrados iguais aos três apresentados na parte superior da folha de prova (três símbolos), 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=  $C - (E+O) / 90 \times 100$ , 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 o sujeito 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,  $\text{Total} = (\text{Fáceis}/2) + \text{Difíceis}$ , sendo que o total máximo corresponde a 21 pontos; para finalizar, temos a memória visual em que se pede ao sujeito que preste atenção à figura e explicamos que de seguida será escondida e que terá de desenhá-la através daquilo que se lembra (memória), a cotação máxima 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 solicitada 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 finalmente 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 perturbações do desenvolvimento ou adquiridas que afetem esta dimensão da fala. O paciente tem à sua frente 20 peças quadrados e círculos (grandes e pequenos) cores 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 todos os algarismos 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, maioritariamente, 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 substituindo o exame neuropsicológico tendente à obtenção de um diagnóstico. A nota máxima é de 30 pontos e os resultados obtidos encontram-se relacionados com fatores (idade e escolaridade) do sujeito.



## **Instrumentos de Reabilitação**

Depois de realizada a avaliação neuropsicológica, é elaborado o respetivo relatório, e caso necessário o respetivo programa de reabilitação neuropsicológica.

Esta intervenção abrange a estimulação/reabilitação cognitiva, que pode ser feita por computador (*RehaCom*), usando técnicas de papel e lápis, ou ainda utilizando outras técnicas (cubos, bolas, imagens, atividades lúdicas). É o grau de capacidade de cada paciente, assim como a sua problemática, que definem a técnica a ser utilizada.

Cada sessão de estimulação/reabilitação cognitiva pode durar entre 20 e 40 minutos, dependendo da capacidade do paciente, da sua resistência à fadiga e do seu grau de concentração, pois pelo facto da maioria dos doentes sofrerem de lesões cerebrais, estas capacidades apresentam-se alteradas e diminuídas.

Tendo como base a sintomatologia do paciente é elaborado no próprio programa, um plano de exercícios para a estimulação/reabilitação cognitiva, iniciando-se com procedimentos simples que gradualmente aumentam a sua complexidade, tendo em vista a evolução contínua do treino. São analisados os dados relevantes do programa, os quais constituem a base para a mudança de nível.

O *RehaCom* permite guardar os resultados das diversas sessões realizadas por um paciente, possibilitando no final de cada sessão, caso seja necessário, através de um gráfico, obter informações referentes ao desempenho do mesmo, permitindo assim verificar se houve progresso, retrocesso ou estagnação por parte do paciente.

### ***RehaCom* – software Estimulação/ Reabilitação Cognitiva**

O *RehaCom* foi desenvolvido a partir de 1986 por uma empresa alemã, em estreita colaboração com experientes neurologistas da faculdade de medicina de Magdeburg, na Alemanha.

O sistema *RehaCom* está disponível em 15 idiomas. Este programa tem sido o sistema informatizado mais utilizado na Europa para a reabilitação cognitiva (treino das capacidades mentais).

Os principais programas do *RehaCom*, utilizados em psicologia são: Capacidade de reação acústica; Atenção/Concentração; Memória de figuras; Compras; Atenção distribuída; Memória de faces; Capacidade visuoestrutiva; Raciocínio Lógico; Memória topológica; Plano diário; Operações especiais; Comportamento reativo; Memória verbal; Vigilância; Operações bidimensionais; Coordenação visuomotora; Memória de palavras; Capacidade de reação; Sacada ocular; Visuo-motricidade II (Helicóptero e avião).

O *RehaCom* permite guardar os resultados das diversas sessões realizadas por um paciente, possibilitando no final de cada sessão, caso seja necessário, através de um gráfico, obter informações referentes ao desempenho do mesmo, permitindo assim verificar se houve progresso, retrocesso ou estagnação por parte do paciente.

### **Procedimentos**

O estágio teve início no mês de Outubro na unidade de neuropsicologia do CHPL, marcado por uma reunião onde foi descrito todo o funcionamento interno da mesma.

Os procedimentos do nosso trabalho desenvolvido na Unidade foram em conformidade com o protocolo interno da mesma o qual se orienta pela marcação de consultas de utentes externos e internos. Neste seguimento, os utentes externos vêm, de uma forma geral, encaminhados de outras instituições hospitalares ou por indicação do médico de família.

Na primeira consulta é realizada uma entrevista clínica para recolha de dados anamnésicos através do Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica, o qual é precedido de uma avaliação Neuropsicológica. Após a sua conclusão é elaborado um relatório neuropsicológico, através do qual se verifica a necessidade ou não, da integração do paciente no programa de estimulação /reabilitação cognitiva, o Reacom. Se o paciente for integrado neste programa, as sessões serão semanais, e sempre adequadas às necessidades do paciente, num total de 10 sessões. Ao fim das mesmas é feita uma reavaliação para que se constate o seu estado evolutivo. Mediante os resultados alcançados é repensado o acompanhamento do paciente: pode ser ou não alterado o programa de estimulação/reabilitação ou sugerida uma alta clínica.

Outra prática diária efetuada na Unidade de Neuropsicologia, é a leitura dos processos do dia, a qual consiste em estudar os processos de cada paciente agendado, para um melhor conhecimento do quadro clínico e eventual ajuste necessário no programa de estimulação/reabilitação. Nestes processos são também registados os desempenhos do paciente face a esse dia, bem como o seu comportamento e emoções transferidas durante a sessão realizada.

De referir o papel importante do Coordenador da Unidade ao explicar as provas e de que forma deveriam ser aplicadas, tendo sempre em atenção o tipo de paciente com que podemos ser confrontados e quais as suas problemáticas, dificuldades e necessidades. De salientar igualmente o tipo de estratégia a pôr em prática para que se consigam

retirar das provas realizadas pelos pacientes os melhores e mais verdadeiros resultados possíveis. Foi dado a conhecer e entregue um “modelo tipo” para elaboração de relatório, tendo havido sempre abertura total por parte dos estagiários mais antigos para uma melhor e mais rápida ambientação aos serviços desenvolvidos na Unidade de Neuropsicologia.

Foi fundamental a leitura e a tomada de conhecimento dos vários processos, a forma como eram efetuadas as avaliações, reavaliações e o acompanhamento das reabilitações de pacientes já inseridos na unidade. Igualmente importante foi o treino exploratório de contato realizado no Programa computadorizado Rehacom, programa utilizado na Unidade para a reabilitação neuropsicológica.

Aos poucos, e com o crescendo de conhecimentos já consolidados sob a forma de trabalhar na Unidade, naquilo que é a sua estrutura e organização hierárquica, o estagiário começa a poder de forma autónoma, realizar as suas avaliações, mediante a supervisão do Coordenador, ao qual pode sugerir e solicitar respostas a dúvidas que lhe vão surgindo. Ao mesmo tempo, também se começou a realizar, com alguma ajuda, as sessões de reabilitação, utilizando o programa computadorizado, ou criando exercícios de papel e lápis.

Desta forma, foi possível compreender que cada caso é um caso e, juntamente com os colegas e supervisão do coordenador, criaram-se planos de reabilitação específicos para cada utente, com orientação de estratégias que estes pudessem levar para casa, de forma a reforçar o trabalho realizado semanalmente na unidade.

Os conhecimentos teóricos e práticos, e a forma como o estagiário se vai integrando na forma de trabalhar da Unidade e adquirindo todos os conhecimentos transmitidos, são fundamentais, para a consolidação das capacidades enquanto profissional mais autónomo e mais confiante em si, nas suas capacidades, transmitindo dessa forma confiança e empatia aos seus pacientes.

### **Outras Atividades desenvolvidas**

- Participação no Primeiro Congresso de Neuropsicologia Português que se realizou dias 16, 17 e 18 de Outubro de 2014.

## **Conclusão**

Ao longo do estágio, e num contexto tão emocional, de empatias, personalidades, dificuldades e realidades várias e tão distintas, devo destacar a importância fundamental que deve ser atribuída ao paciente, a este deve ser dada toda a primazia e atenção, devendo ser sempre esse o nosso foco constante.

Durante este período de estágio académico foi possível cumprir com os objetivos propostos, tanto a nível da aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, como na boa resposta dada na prática no âmbito da Psicologia Clínica e da Neuropsicologia.

Os planos de intervenção tiveram sempre a preocupação de considerar a pessoa segundo uma perspetiva holística, de forma a potenciar o seu desenvolvimento numa perspetiva integrativa e adaptativa.

Além de uma nova e desafiante experiência, o presente estágio foi também sentido como um período fundamental na aquisição de competências práticas, resultantes das vivências nele experienciadas, permitindo articular as aprendizagens académicas com as profissionais, aplicando-as num contexto mais prático. Em suma, deve em conclusão referir-se que os objetivos na realização deste Estágio foram de facto cumpridos na íntegra dentro do que eram as expectativas e anseios iniciais.

## **Reflexão Final**

Não posso deixar de expressar o quanto este estágio curricular me ensinou e me fez crescer enquanto ser humano, além de ter sido, e esse sim, era o principal objetivo, o primeiro grande contacto com a área e com todas as vertentes a si e em si associadas.

A vertente humana, a realidade, o contato com os pacientes que ao longo de todo este tempo foram passando pela Unidade de Neuropsicologia do CHPL foi outro dos pontos que mais me enriqueceu e me sensibilizou neste início de percurso profissional.

O trabalho de partilha realizado com os pacientes e muitas das vezes contando também com a colaboração dos seus familiares e/ou cuidadores foi único. Os resultados positivos (evolução/recuperação) em alguns casos onde existiu intervenção direta, fizeram com que este estágio tivesse feito todo o sentido.

As técnicas, teorias, práticas, conhecimentos e profissionais que me acompanharam ao longo deste estágio, foram determinantes para o sucesso do mesmo e para o meu crescimento enquanto pessoa e futuro profissional na área.

Devo ainda referir a importância dos responsáveis máximos da Unidade de Neuropsicologia, neste caso, na pessoa do Prof. Doutor Manuel Domingos, que sempre, e, desde a primeira hora se disponibilizou, transmitindo todos os seus conhecimentos, e ensinamentos, além dos esclarecimentos necessários sobre a Unidade e seu respetivo funcionamento.

Igualmente fundamental foi o acesso às noções e explicações sobre todas as técnicas, modelos e teorias seguidas pela Unidade, para uma fácil e progressiva



integração nos trabalhos desenvolvidos na mesma, tendo sempre em atenção um objetivo final, acompanhamento e recuperação do paciente.

Por último, gostaria de referir todos os profissionais da Unidade, sem exceção, que ao longo deste estágio me acompanharam, me ajudaram e me enriqueceram com todos os conhecimentos por eles transmitidos.

## Referências Bibliográficas

- Abrisqueta-Gomes, J., & Santos, F. H. (2006). *Reabilitação Neuropsicológica, da Teoria à Prática*. S. Paulo: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística 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.
- Aström, M., Asplund, K., & Aström, T. (1992). Psychological function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23 (4), 527-531.
- Beck, A. (2009). *Depressão, causas e tratamento*. (2009). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Artmed Editores.
- Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders 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.
- Bobath, B. (1990). *Hemiplegia no adulto. Avaliação e Tratamento*. S. Paulo: Editora Manole
- Brito, S. (2008). A psicologia clínica – procura de uma identidade. *Revista de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 63-68.
- Clark, P. T. (2002). A greater understanding of the experience of stroke: *Integrating quantitative and qualitative methods*. *J. Aging Studies* 36(9): 821-8.
- 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 *estresse* pós-traumático: Formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 23(4), 221-228.
- DGS (2012). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Envelhecimento Saudável*. Acedido em Maio, 25, 2014.
- [http: www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- 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, L. P., Lopes, D. M. B., & Limogi, S.C. O. (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*. S. Paulo: Roca.
- Ferreira, V., & Mousquer, D. (2015). Observação em psicologia clínica. *Revista de Psicologia da UnC*, 2(1), 54-61.
- Ferro, F. (2013). Acidentes Vasculares Cerebrais. In J. Ferro & J. Pimentel (2013). *Neurologia Fundamental. Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 101-111). Lisboa: Lidel.
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de *estresse* pós-traumático. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25(1), 12-16.
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e Reformados*. Porto: Almedina.
- Fonseca, J. M., Farrajota, L., Leal, G., & Caldas, C. (1993). Aphasia ten years later.

*Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15 (3), 398.

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

Francis, R. D. (2004). *Ética para Psicólogos*. Trad. Joana Chaves. Lisboa: Instituto Piaget.

Fuentes, D., Maloy-Dinis, L. F., Camargo, C. H., & Consenza, R. M. (2008).

*Neuropsicologia*. Porto Alegre: ARTMED.

Gil, R. (2010). *Neuropsicologia*. Paris: Manson.

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

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

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

Hermann, M., & Wallesch, C. W. (1989). Psychosocial changes and psychosocial adjustment with chronic and severe non-fluent aphasia. *Aphasiology*, 3(6), 513-526.

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

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

Leal, I. (2000). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. (2ª. ed.). Lisboa: ISPA.

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

Magalhães, J. B. (1997). *Viver & Filosofar*. Porto: Contraponto.

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 *estresse* pós-traumático: regra ou exceção?. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25(1), 17-20.
- Martins, I. P. (2013). Funções Cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (2013). *Neurologia Fundamental. Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 1-23). Lisboa: Lidel.
- Mendes, T. (2014). Avaliação neuropsicológica. Em *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 19-42). Lisboa: Lidel.
- Miranda, A. (2013). O que é a psicologia clínica?. *Psicologado*.
- Morin, E. (2005). *O Método VI. Ética*. Mem Martins: Publicação Europa – América.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Lisboa: LIVPSIC.
- OMS (1984). *Applications de la epidemiologia al estudio de los ancianos*. Ginebra.
- O'Sullivan, S.B., & Schmitz, T. T. (1993). *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. S. Paulo: Manole.
- Pais - Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia das Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Os objetos teóricos da Psicologia Clínica*. Introdução à Psicologia Clínica (1ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rebelo, D., & Neri, A. (2005). *Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional da velhice*. *Estudos em Psicologia*, (4), 403-412.
- Revault D'Allones, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris: Dunot.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(XIV), 589-599.

- Robison, R. G. (1997). Neuropsychiatric of stroke. *Annu Rev Med*, 48, 217-229.
- Rolland, J., & Belin, C. (1995). *O afásico e o mundo do trabalho*. S. Paulo: Livraria Santos Editora Lda.
- Rosamond, W., Flegal, H., Furie, K., Go, A., Gorenlund, K., Haase, N., et. al. (2008). *Heart disease and stroke statistics committee and stroke statistics subcommittee*. *Circulation*, 111(4), 25-146.
- Siksou, M. (2008). *Introdução à neuropsicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, M. (2005). *Saúde Mental e idade avançada. Uma prespetiva abrangente*. Lisboa: Climepsi.
- 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.
- Weinstein, A., & Swenson, R. A. (2006). Cerebrovascular disease. In P. J. Snyder, P. D. Nussbaun, & D. L. Robins, (2008). *Clinical Neuropsychology. A pocket handbook for Assessment*. Washington, (pp. 294-317). U.S.A: American Psychological Association.
- Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias, Abordagens Actuais*. Porto Alegre: Artmed
- Domingos, M. (1983). *Boletim da Biblioteca do Hospital Júlio de Matos*. Publicação Trimestral (8), (página 20-25).
- Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological*

*Rehabilitation*. Cambridge, U.K.: Cambridge.

Trindade, I., Teixeira, C. A. J. (2000). *Psicologia em cuidados de saúde primários*.

Lisboa: Climepsi.