



Universidades Lusíada

Guerreiro, David José Faustino, 1985-

Serviço de Neuropsicologia no Centro Hospital Psiquiátrico de Lisboa

<http://hdl.handle.net/11067/3670>

Metadados

Data de Publicação	2014
Resumo	Na maioria das pessoas e durante a maior parte da sua vida, a máquina miraculosa a que chamamos corpo humano funciona com extraordinária regularidade. Contudo exige da parte de todos nós certa manutenção e, por vezes pequenas reparações. Quando o funcionamento do cérebro não é perfeito, pode provocar mudanças na vida de um indivíduo. Estas mudanças manifestam-se no comportamento, nas relações familiares e sociais, no trabalho, etc. Neste relatório, referente ao estágio académico, estão explanad...
Palavras Chave	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Unidade de Neuropsicologia - Ensino e estudo (Estágio), Psicologia clínica - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:18:45Z 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

**Serviço de Neuropsicologia no Centro
Hospital Psiquiátrico de Lisboa**

Realizado por:

David José Faustino Guerreiro

Supervisionado por:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Orientado por:

Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisor:

Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Arguente:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Relatório aprovado em:

4 de Dezembro de 2014

Lisboa

2014



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Unidade de Neuropsicologia do Centro Hospitalar
Psiquiátrico de Lisboa**

David José Faustino Guerreiro

Lisboa

Outubro 2014

David José Faustino Guerreiro

Unidade de Neuropsicologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

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

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

Supervisor de estágio: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

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

Lisboa

Outubro 2014



Ficha Técnica

Autor	David José Faustino Guerreiro
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisor de estágio	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientador de estágio	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Título	Unidade de Neuropsicologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Local	Lisboa
Ano	2014

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

GUERREIRO, David José Faustino, 1985-

Unidade de Neuropsicologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa / David José Faustino Guerreiro ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por António Martins Fernandes Rebelo ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-
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.G84 2014



Agradecimentos

A realização deste relatório apenas foi possível com o apoio e motivação incondicional de algumas pessoas, sem as quais este projeto não seria possível executar. Assim, uma enorme gratidão:

Ao Professor Doutor Manuel Domingos, que se disponibilizou inteiramente para orientar e cooperar neste estágio e a quem devo todo o êxito profissional.

Ao Professor Doutor António Rebelo, pela sua disponibilidade e compreensão que manifestou para a orientação deste trabalho.

A todos os profissionais da unidade de Neuropsicologia, dos quais gostaria de destacar a Dr.^a Gabriela Pereira, que sem ter obrigação, sempre me ajudou a resolver qualquer problema ou dificuldade que tivesse.

Aos meus pais, por todo o apoio e muita, mas mesmo muita paciência que tiveram comigo.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinho, pelo crescimento em conjunto neste meu processo, e por estarem sempre comigo.

A todos os meus amigos, que sempre me acompanharam neste desafio.

Ao meu colega de estágio Mário Augusto pela partilha de ideias e experiências, pela cumplicidade, pelo convívio e pela entreaajuda.



Índice

Agradecimentos	i
Índice	ii
Índice de Tabelas	vi
Lista de Siglas	vii
Lista de Abreviaturas	viii
Resumo.	1
Abstract	2
Introdução	3
Capítulo 1	5
1 -Centro Hospitalar Psiquiátrico Lisboa	5
1.1 Resenha histórica	5
1.2 Natureza jurídica	7
1.3 Organização interna	7
1.4 Caraterização do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	9
Capítulo 2	11
2 Unidade de Neuropsicologia	11

2.1 Organização interna	11
2.2 Objetivo da unidade Neuropsicologia	11
2.3 Atividades diárias	12
2.4” <i>Rehacom</i> ” “ <i>software</i> ” estimulação/reabilitação cognitiva	14
Capítulo 3	16
3. Objetivos, Domínios de intervenção e atividades da Psicologia e da Neuropsicologia	16
3.1 Psicologia clínica – Resenha histórica	16
3.2 Objetivos da Psicologia clínica	17
3.3 Relação paciente – terapeuta	18
3.4 O psicólogo clínico e a ética .	19
3.5 Neuropsicologia - Resenha histórica	21
3.6 Área da Neuropsicologia	24
3.7 A Psicologia e o envelhecimento	25
3.8 Avaliação neuropsicológica	28
3.9 Reabilitação neuropsicológica	30
3.10 Depressão	31
3.11 Modelo cognitivo da depressão	33
3.12 Acidente vascular cerebral	36

3.12.1 Problemas associados à lesão neurológica provocada por AVC	41
3.12.2 A afasia	42
Capítulo 4	45
4 Estudos do caso -	45
4.1 Metodologia	45
4.1.1 Participantes	45
4.1.2 Material	45
4.1.3 Procedimento	45
4.2 Caso Clínico de “Ana” Conceptualização do caso clínico	46
4.3 Caso Clínico do “José” – Conceptualização do caso clínico	55
4.4 Discussão final	62
Conclusão	67
Reflexão final	69
Bibliografia	71
ANEXOS	
Anexo A: Estimulação cognitiva visuoestrutiva com papel e lápis	78
Anexo B: Estimulação cognitiva da memória semântica com papel e lápis	80
Anexo C: SCL – 90 R Symptom Checklist-90-Revised	82

Anexo D: Inventário de Depressão de Beck	85
Anexo E: Teste Matrizes Progressivas Raven	86
Anexo F: Escala Depressão Geriátrica	88
Anexo G: Teste Labirintos Porteus	89

Índice de Tabelas

Tabela 1 Critérios do DSM – IV- TR para Episódio Depressivo <i>major</i>	34
Tabela 2 Fatores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais	38
Tabela 3 . Classificação das Síndromes Afásicas	44

Lista de Siglas

- ADSE: Assistência na Doença aos Servidores do Estado
- ACA: Artérias cerebrais anterior
- ACM: Artérias cerebrais médias
- AVC: Acidente Vascular Cerebral
- CHPL: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- DGS: Direção Geral de Saúde
- HJM: Hospital Júlio de Matos
- HMB: Hospital Miguel Bombarda
- IPO: Instituto Português de Oncologia
- ISNN/MD1: Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica
- MD01: Exame Neuropsicológico (conjunto de provas)
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- RehaCom: “*Software*” de Estimulação/Reabilitação Cognitiva
- UNP: Unidade de Neuropsicologia
- SUCH: Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
- UTRA: Unidade de tratamento de doentes com problemas relacionados com abuso e dependência de álcool

Lista de Abreviaturas

e. g. (exempli gratia): por exemplo;

et al. (et aliae): e outros (para pessoas);

etc. (et cetera): e outros (para coisas).

Resumo

Na maioria das pessoas e durante a maior parte da sua vida, a máquina miraculosa a que chamamos corpo humano funciona com extraordinária regularidade. Contudo exige da parte de todos nós certa manutenção e, por vezes pequenas reparações. Quando o funcionamento do cérebro não é perfeito, pode provocar mudanças na vida de um indivíduo. Estas mudanças manifestam-se no comportamento, nas relações familiares e sociais, no trabalho, etc. Neste relatório, referente ao estágio académico, estão explanados os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, bem como a aquisição de novas competências na unidade de Neuropsicologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL). São abordados temas como a Psicologia Clínica e a Neuropsicologia, estabelecendo-se a complementaridade de ambas, bem como algumas das patologias presentes nos doentes inseridos na unidade de Neuropsicologia.

Palavras – Chave: Psicologia Clínica, Neuropsicologia, AVC, Afasia, Envelhecimento.

Abstract

For most people and for most of his life, the miraculous machine we call the human body works with extraordinary regularity. However requires from all of us right maintenance and sometimes minor repairs. When brain function is not perfect can cause changes in the life of an individual. These changes manifest themselves in behavior, in family and social relationships, work. In this report for the academic stage, are explained the theoretical knowledge acquired throughout the course, as well as the acquisition of new skills in the neuropsychology unit of the Psychiatric Hospital of Lisbon (CHPL). Topics such as clinical psychology and neuropsychology are addressed, establishing the complementarity of both, as well as some of the pathologies present in patients entered into the neuropsychology unit.

Key-words: Clinical Psychology, Neuropsychology, Stroke, Aphasia, Aging.

Introdução

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do estágio académico do segundo ano do mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa.

O estágio realizou-se na unidade de Neuropsicologia do CHPL, tendo o seu início em 9 de Setembro de 2013 e o seu final em 31 de Julho de 2014.

O relatório pretende mostrar algumas das atividades desenvolvidas, bem como as aprendizagens adquiridas.

O estágio académico, é por excelência, uma experiência de aprendizagem em que moldamos as nossas competências técnicas através da adequação contínua do projeto proposto, pelo que apesar de inicialmente sentir algumas dificuldades, resultantes do relativo desconhecimento da área em que iria atuar e do contexto em que iria desenvolver o estágio, fez-me sentir necessidade de adquirir alguns conhecimentos básicos, quer através da consulta bibliográfica, quer através da observação direta das atividades desenvolvidas na unidade, contando para isso com a colaboração fundamental do meu orientador e dos restantes profissionais. A existência de outros estagiários é importante para a nossa integração.

Existem dois aspetos a ter em conta durante o estágio. O primeiro é referente aos pacientes, que, apesar de sofrerem das mesmas patologias (perturbações do humor, de ansiedade, tumores cerebrais, acidente vascular cerebral, e. g.) a maneira como sofrem, ou vivem a doença é diferente de paciente para paciente. O segundo e não menos importante é o apoio não terminar com o doente, sendo alargado às pessoas mais próximas deste. É importante o apoio a familiar e/ou cuidador, especialmente quando o paciente teve uma grande perda da capacidade cognitiva repentina (acidente vascular cerebral, traumatismo

crânio encefálico, etc.) e a sua recuperação é lenta ou nada se pode fazer, para impedir a progressão da doença.

Em termos genéricos, a questão que pretendemos responder no final deste estudo e que guiou o desenvolvimento desta investigação é a seguinte: Em que medida a reabilitação neuropsicológica é importante para a recuperação de doentes com lesão ou disfunção encefálica?

O presente relatório inicia-se com a introdução à problemática em análise e encontra-se dividido em três partes, que por sua vez, representam quatro capítulos, terminando com a conclusão do relatório e a reflexão final.

A primeira parte é composta por dois capítulos. No primeiro capítulo faz-se referência ao aparecimento e características do CHPL. No segundo capítulo são revistas algumas temáticas sobre a unidade de Neuropsicologia do CHPL. A segunda parte é composta pelo terceiro capítulo, o qual é dedicado à revisão da literatura, isto é, à delimitação teórico-conceitual da problemática em análise. A terceira parte é dedicada ao estudo dos casos, o qual é efetuado ao longo do quarto capítulo. Finalmente é apresentada a conclusão do relatório e a reflexão final.

No final do corpo do relatório é apresentada a lista de bibliografia utilizada no relatório, e por último nos Anexos A e B, são apresentados treinos visuoconstrutivo e estimulação da memória semântica, recorrendo a técnicas de papel e lápis e nos anexos C, D, E, F, G, um conjunto de informação adicional relativa a provas, não incluídos no corpo do texto.

CAPÍTULO 1

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

1.1 Resenha Histórica

A construção do hospital ficou a dever-se ao entusiasmo e à influência do psiquiatra Júlio de Matos, tendo mesmo acabado por lhe dar o seu nome.

Participaram na sua construção vários arquitetos de que se destacam, Leonel Gaia (1871-1941) que iniciou o projeto, e Carlos Chambres Ramos (1897-1969) que ao assumir as obras do referido hospital, impôs importantes mudanças no projeto inicial. No arranjo paisagístico colaboraram os professores Caldeira Cabral e Azevedo Gomes.

O Hospital Júlio de Matos (HJM), hoje conhecido como CHPL, caracteriza-se por ser um espaço de 22 hectares, com 33 pavilhões dispersos por vários serviços, pavilhões esses que geralmente dispõem de dois pisos e uma cave.

António Flores (1883/1957) professor de neurologia foi o seu primeiro diretor, e como tinha estagiado na Suíça, tinha a convicção de que apenas as enfermeiras dessa nacionalidade, tinham competência para iniciar e fazer escola no hospital.

A ideia da construção do novo manicómio de Lisboa, cujas origens remontam a 1912 (a falta de orçamento acabou por atrasar a sua construção em cerca de três décadas), tinha como principal objetivo ser uma alternativa válida ao Hospital Miguel Bombarda (HMB). Todavia apenas a 2 de Abril de 1942 foi aberto pela primeira vez ao público, sendo considerado um dos melhores hospitais da sua geração. O HJM trouxe inovações para a época, entre as quais se destaca a primeira unidade de psicocirurgia em Portugal, onde se desenvolveu, o método

da leucotomia¹. Outra novidade e que ainda podemos ver nos dias de hoje, foi a permissão dos doentes psiquiátricos puderem circular livremente nas imediações do hospital, pois acreditavam que isso pudesse ajudar positivamente o tratamento dos doentes.

No HJM realizaram-se grandes eventos internacionais, nomeadamente a primeira Reunião Europeia de Neurocirurgia (1947) e o primeiro Congresso Internacional de Psicocirurgia (1948), presidido então pelo médico norte-americano Walter Freeman. Foi durante este congresso que Egas Moniz² foi nomeado para prémio Nobel de Medicina, que recebeu em 1949.

Na década de 60, assiste-se a uma degradação progressiva do HJM, perdendo o dinamismo que revelou nos anos iniciais, transformando-se numa espécie de asilo. No ano de 1974, esse declínio acentua-se tendo mesmo chegado ao ponto dos internamentos serem considerados sub-humanos, com doentes com fome, camas sem colchões, bem como o pessoal auxiliar desmotivado.

A partir de 1977 e na década de 80, uma comissão de reestruturação, tentou implementar um novo dinamismo através de novos técnicos e técnicas terapêuticas, bem como uma remodelação considerável dos espaços degradados. Contudo foi nesta década, que aconteceu a crise mais grave por que passou o HJM, chegando a haver uma tentativa de demolição.

Atualmente o CHPL, serve uma população de mais de um milhão de habitantes, atendendo 15 mil doentes/ano, 40 mil consultas, 1700 internamentos e mais de 7000 urgências.

As principais missões do CHPL são: tratamento e reinserção, prevenção, formação de técnicos e investigação.

¹ **Leucotomia:** Designação dada à operação realizada em psicocirurgia (concebida, proposta e executada pela primeira vez por Egas Moniz, em 1936).

² Egas Moniz foi prémio da medicina em 1949, partilhado com o fisiologista suíço, Walter Rudolf Hess.

O CHPL dispõe ainda de serviços integrados no Parque de Saúde de Lisboa, de que se destacam: Escola de Enfermagem, Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, Junta Médica ADSE, Centro de Saúde de Alvalade, Infarmed, Centro Regional Alcoólico de Lisboa, Instituto Português do Sangue, Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH) e Departamento de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia.

1.2 Natureza Jurídica do CHPL

O CHPL é um estabelecimento público criado pela Portaria 1373/2007 de 19 de Outubro, resultado da junção entre o HJM e HMB.

O CHPL, localiza-se na avenida do Brasil nº 53 em Lisboa. Pertence ao Serviço Nacional de Saúde, tem personalidade jurídica e autonomia administrativa/financeira e patrimonial, regendo-se pelo Decreto-Lei 188/2003 de 20 de Agosto.

A data relevante para o CHPL, ocorreu no dia 20 de Fevereiro de 2012, data de encerramento do (HMB), levando a que todos os seus doentes fossem transferidos para o HJM, dando assim origem à atual designação CHPL.

1.3 Organização interna do CHPL

O CHPL é composto pelo Conselho de Administração de que dependem: (a) Direção de Internato Médico; (b).Comissões de Apoio técnico, as quais são constituídas: Ética; Humanização e qualidade de serviço; Controle de Infecção hospitalar; Farmácia e terapêutica; Segurança higiene e saúde no trabalho; Científica e pedagógica. (c) Unidades de Assessoria

Técnica: Gabinete de informação e gestão; Gabinete do utente; Secretariado. (d) Serviços de Ação Clínica:

1) Unidade de tratamento de doentes com problemas relacionados com abuso e dependência de álcool (UTRA).

2) Serviço de Doentes Evolução Prolongada. Consiste em desenvolver programas de desinstitucionalização em articulação com a Rede de Cuidados Continuados.

3) Serviço de Reabilitação Psicossocial. Este serviço integra a unidade convalescença; treino residencial; cinco unidades de vida apoiada e três de vida autónoma. Este último com três apartamentos localizados fora do CHPL em bairros residenciais. Tem como principal objetivo programas de reabilitação social, psicossocial, designadamente treino em atividades de vida diária, terapia ocupacional, formação profissional e de emprego protegido e por fim teatro terapêutico.

4) Serviço de Psiquiatria Geriátrica e Hospital Noite, tendo como população alvo, doentes com idade superior a 65 anos.

5) Psiquiatria Forense. Esta unidade é composta por 32 camas para tratamento a doentes sob custódia, doentes inimputáveis a cumprir medidas de segurança por sentença judicial. Nesta unidade são aplicados ainda exames e perícia médico legais solicitadas por serviços judiciais.

O CHPL dispõe ainda (a) Serviços de Apoio à Ação Clínica: Serviço de Psicologia e psicoterapia; Serviços farmacêuticos; Unidade de patologia clínica; Unidade de neurofisiologia e eletroconvulsivoterapia; Unidade de radiologia. (b) Serviços de Apoio Geral: Gestão de doentes; Financeiro; Recursos Humanos; Aprovisionamento; Alimentação e

dietética; Gestão hoteleira; Gabinete dos sistemas de tecnologias de informação; Serviço de instalações e equipamentos.

O CHPL é composto por cinco locais (A,B,D,S,C+L), dispondo cada um de uma enfermaria de internamento a doentes agudos, consultas externas, hospitalização parcial, áreas de dia e intervenção na comunidade.

1.4 Caracterização do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

O CHPL é uma instituição emblemática, de referenciação secundária e terciária, que presta cuidados especializados na área da Psiquiatria e Saúde Mental, sendo a única com essas características em toda a zona de influência das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

É um centro de referência na resposta especializada e integrada de primeira linha, para uma população, superior a 800.000 habitantes do Distrito de Lisboa e de forma indireta como resposta supletiva, aos restantes utentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo e do sul do País.

Para além dos cuidados que presta aos doentes em fase aguda de doença, em serviços e unidades especializados de neuropsiquiatria e demências, primeiros surtos psicóticos, programas assertivos para psicoses (esquizofrenia e perturbação bipolar) e alcoologia, tem também a seu cargo outros papéis e valências, de que são exemplo a urgência de psiquiatria instalada no CHPL, as respostas em reabilitação com internamento de cerca de 230 doentes de evolução prolongada em várias tipologias de estruturas e programas alargados de terapia ocupacional, com uma extensa rede de “*ateliers*” ocupacionais e terapêuticos tais como o teatro, a dança, a pintura e a escultura, a fotografia, a carpintaria, os trabalhos em papel e têxteis, dirigidos a utentes internados e em ambulatório.

A intervenção domiciliária, tem sido estruturada e fomentada com o objetivo de prevenir recaídas, estimular a capacidade de autonomia e apoiar os cuidadores; também os dois fóruns ocupacionais, situados no Bairro da Graça e dos Olivais, em Lisboa, dirigidos a utentes internados e em ambulatório, integram a estrutura de respostas reabilitativas. No processo de reabilitação e integração tem também lugar a formação profissional, dirigida a pessoas portadoras de doença mental.

Asseguram uma vasta oferta de cuidados de proximidade, através de equipas multidisciplinares que se deslocam diariamente às estruturas comunitárias de Sintra, Torres Vedras e Olivais, para além de outras duas com carácter supletivo à população servida pelos hospitais de Odivelas e Vila Franca de Xira, em consulta e área de dia. O CHPL trabalha em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, tribunais, centros de proteção de crianças e jovens, segurança social, autarquias e outros atores representativos do tecido comunitário.

O recente serviço regional de psiquiatria forense com internamento para inimputáveis a cumprirem pena por decisão judicial, dispõe de instalações modernas e únicas do género em todo o Sul da Europa.

CAPÍTULO 2

Unidade de Neuropsicologia

2.1 Organização Interna

A unidade de Neuropsicologia é parte integrante do serviço de Psicologia Clínica e Psicoterapias. Foi criada em 2005, tendo em vista proporcionar um melhor atendimento ao doente neurológico.

Esta unidade é coordenada pelo Professor Doutor Manuel Domingos, de que fazem parte, uma equipa de três psicólogas, diversos estagiários e duas funcionárias administrativas. A unidade de Neuropsicologia, tal como os serviços de Neurofisiologia e eletroconvulsivoterapia, funcionam no pavilhão 17-A, dispendo para o efeito de uma secretaria/recepção, uma sala de espera, três gabinetes destinados às consultas de Neuropsicologia, dois “WC” e uma copa destinada aos funcionários.

2.2 Objetivo da Unidade de Neuropsicologia

Esta unidade tem como objetivo dar assistência a doentes com lesão/disfunção encefálica que são causadoras de perturbações da atividade cognitiva, do comportamento, da esfera emocional e da personalidade.

A grande maioria dos pacientes era idosa, embora existissem pacientes de faixas etárias mais baixas.

O horário de funcionamento da unidade de Neuropsicologia decorre das 08H30 às 12H30 e das 14H00 às 16H00. Este horário perlongava-se sempre que necessário. A média de doentes que se atendia em cada gabinete é de sete/dia.

2.3 Atividades Diárias

As atividades diárias da unidade de Neuropsicologia incluem 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 neuropsicológica (quando necessário); f) elaboração de relatórios neuropsicológico (quando necessário); g) reavaliações neuropsicológica (quando necessário); h) apoio aos cuidadores (familiares) dos pacientes.

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

Contudo a atividade diária principal na unidade de Neuropsicologia, pode ser dividido em duas grandes áreas: a avaliação neuropsicológica e a intervenção neuropsicológica.

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

A avaliação neuropsicológica, inicia-se com a recolha de toda a informação do paciente, através do Inventário de Sintomatologia Neuropsicológica [ISNN/MD1]. É normal os pacientes serem acompanhados por um familiar, que em muitos casos é fundamental para a recolha total dessa informação. Posteriormente o paciente realiza um conjunto de provas do Exame Neuropsicológico [MD01] em que se pretende avaliar certas capacidades cognitivas, tais como: orientação auto- psíquica, temporal e espacial; a atenção; o cálculo (existência de anaritmia ou acalculia); memória; compreensão da linguagem oral e escrita (existência de afasias ou agnosias); lesões no córtex pré-frontal e existência de apraxias. Algumas vezes,

foram aplicadas outras provas que contribuíram para a elaboração do relatório neuropsicológico, de que 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. O teste de Labirintos de Porteus foi utilizado algumas vezes como “trabalho de casa” - (Anexo E).

Após a realização da avaliação neuropsicológica, elabora-se o respetivo relatório, o qual define se o paciente é inserido no programa de reabilitação neuropsicológica.

Caso o paciente seja inserido, são marcadas uma sessão semanal ao longo de dez semanas, bem como é elaborado um programa de estimulação/reabilitação cognitiva. No final das dez sessões, ou após seis meses da última avaliação é feita uma reavaliação neuropsicológica, para se verificar se houve ou não, uma evolução relativamente à última avaliação. Os resultados da reavaliação poderão determinar alterações no programa de estimulação/reabilitação cognitiva. Segundo Jones (1981) estudos de observação direta, são uteis para fornecer explicações evolutiva sobre alguns aspetos do comportamento humano.

A intervenção neuropsicológica é, cada vez mais uma valência imprescindível no contexto da assistência a pacientes com alterações cognitivas - operativas do comportamento e/ou esfera afetiva consequentes a compromissos encefálicos, abrangendo esta a estimulação/reabilitação cognitiva, a qual 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, que define a técnica a ser utilizada.

Cada sessão de estimulação/reabilitação cognitiva pode durar entre 15 e 30 minutos, dependendo da capacidade do paciente, de resistência à fadiga e do seu grau de concentração, em virtude da maioria dos doentes sofrerem de lesões cerebrais, o que origina que tenham estas capacidades reduzidas.

2.4 “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 visuoconstrutiva; 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).

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 armazenar os resultados das diversas sessões realizadas por um paciente, possibilitando no final de cada sessão, caso seja necessário, obter um gráfico, o qual permite obter informações relacionadas com o desempenho do mesmo, permitindo assim constatar se houve progresso, retrocesso ou estagnação por parte do paciente.

CAPÍTULO 3

Objetivos, domínios de intervenção e atividades da Psicologia e da Neuropsicologia

3.1 Psicologia Clínica – Resenha Histórica

A Psicologia enquanto ciência teve a sua origem nos filósofos gregos, mas só se separou da filosofia no final do Séc. XIX. O primeiro laboratório psicológico foi criado pelo filósofo alemão Wilhelm Wundt (1879) na cidade de Leipzig, na Alemanha, o qual formou a primeira geração de psicólogos. Alunos de Wundt propagaram a nova ciência e fundaram laboratórios similares pela Europa e Estados Unidos.

Witmer (1896) aluno de Wundt, usou as expressões “Psicologia Clínica”, “Clínica psicológica” e “Método Clínico em Psicologia”, para se referir, ao mesmo tempo, a um exercício profissional, a um objeto e a uma maneira de proceder. Fundou a primeira clínica na Universidade da Pensilvânia, onde eram tratadas crianças com problemas escolares, assim como criou em 1907, o primeiro jornal especializado, “*The psychological clinic*”, com artigos sobre deficiências (surdez e a cegueira e as condições neurológicas dos problemas do comportamento/deficiências mentais). Apesar do grande contributo que Witmer teve para a atual Psicologia clínica, o mesmo não se encontra muito presente nos livros de história, havendo muito pouca informação sobre o mesmo (Taylor, 2000).

Segundo Marques (2001) o termo Psicologia Clínica também aparece em Freud, numa das cartas a Fliess, a 30 de Janeiro de 1899, na qual, ao referir-se às concepções que os “Estudos sobre a Histeria” abrem, utiliza esse termo para designar as conexões com a Psicologia e a clarificação das relações com o conflito e com a vida.

Pedinielli (1999) refere que Pierre Janet, falou várias vezes em Psicologia Clínica, sendo em 1887, no início do volume II de “Neuroses e Ideias Fixas”, que pela primeira vez mencionou este termo num sentido próximo da Psicologia médica.

Apenas em meados dos anos 30 do Séc. XX, é que a “*American Psychological Association*”, criou uma secção clínica para regular e organizar o exercício profissional.

3.2 *Objetivos da Psicologia Clínica*

A Psicologia clínica distingue-se das demais áreas da Psicologia, principalmente pela maneira de pensar e atuar (Macedo, 1984). Podendo segundo Brito (2008) ser definida como subdisciplina da Psicologia que tem como objetivo o estudo, avaliação, diagnóstico, ajuda e tratamento do sofrimento psíquico do paciente. É através de diferentes estratégias, que se procura provocar mudanças que afetam o contexto, os comportamentos, as emoções e, em última análise, o bem-estar do indivíduo (criança, adolescente, adultos e idosos). Para promover estas mudanças, a intervenção clínica procura apoiar o indivíduo no desenvolvimento de estratégias e competências que visam o melhoramento das relações interpessoais, a resolução de conflitos e de dificuldades de ajustamento psicológico. Esta intervenção leva em consideração as capacidades e necessidades características de cada etapa do desenvolvimento. Quando a intervenção clínica é dirigida a crianças ou a adolescentes, a Psicologia clínica tem também como objetivo ajudar os pais, professores e educadores a encontrarem melhores alternativas para a resolução de problemas emocionais e de comportamento (Bloch, 1999).

Para que se consigam atingir os objetivos a que se propõe a Psicologia clínica, é fundamental que o paciente se sinta confortável o suficiente para expressar todos os

problemas, medos e sofrimentos, de modo a que o psicólogo, juntamente com o paciente, consigam trabalhar, para aliviar o mal-estar e sofrimento do mesmo. É aqui que surge a necessidade da existência duma relação de confiança do paciente com o terapeuta (Pedinielli, 1999).

3.3 Relação Paciente - Terapeuta

O papel do terapeuta é restaurar a harmonia do paciente consigo próprio, com o grupo e com o mundo espiritual através de rituais especiais que requerem a participação do paciente e, em regra, dos que são importantes para ele, cujo propósito é interceder no mundo espiritual em favor do paciente (Bloch, 1999). Para facilitar o estabelecimento da relação terapêutica, o psicólogo oferece disponibilidade total para que a pessoa possa falar abertamente dos seus problemas, daquilo que a angústia gera dúvidas ou inquieta. Por vezes é natural que ao falar de si mesmo, sinta algum desconforto e ansiedade, mas o psicólogo respeitará o seu ritmo próprio para expor os seus pensamentos e sentimentos. Com o passar do tempo e com a regularidade das sessões, esta ansiedade começa a esbater-se, dando lugar ao crescimento da confiança, respeito mútuo e aumento duma relação positiva (Macedo, 1984).

A personalidade do terapeuta para que a sua ação seja benéfica e eficaz é de extrema importância: O terapeuta deve ser uma pessoa equilibrada, madura, recetiva, tolerante, que sabe ouvir sem interromper (sabendo-se o importante que é desabafar com os outros e exteriorizar as coisas que acontecem, para o doente isso é libertador e clarificador) e que possua estratégias claras e simples para ajudar o seu paciente, dando sugestões que contribuam para que se vá tornado mais equilibrado e consiga exercer um maior controlo sobre si próprio. É ponderoso que o terapeuta saiba manter essa relação, criando vínculos

alargados de transferência e ao mesmo tempo de independência, que façam que o paciente seja capaz de tomar, por si próprio, as decisões importantes da sua vida (Rojas, 2007).

Contudo um terapeuta que mantém uma posição estritamente técnica, uma face neutral e impessoal, arrisca a punir o comportamento vulnerável do cliente em relação a ele, e diminuir assim a probabilidade de que o mesmo se expresse com a mesma abertura no futuro. Por fim é esperado que o psicólogo contribua na relação de equipa multidisciplinar dos profissionais de saúde e sirva de mediador entre ele e os pacientes (Bloch, 1999).

3.4 O Psicólogo Clínico e a Ética

A palavra ética de origem grega “*ethos*” teve significados diferentes, que iam desde significar o lugar onde se habita, para depois significar aquilo o homem traz dentro de 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 pressupõe um objeto caracterizado por continuidade, permanência ou responsabilidade, isto é, atos livres e conscientes do homem, dos quais ele possa ser responsável, porque se lhes referem, dele dependem e a ele se imputam. A ética vai desde o significar filosofia moral até ciências dos costumes. A ética pode englobar, portanto: a verificação do comportamento humano, notando erros e desvios; formula princípios fundamentais a que deve subordinar-se a vida moral e a conduta do homem; indica ao homem o seu dever (Magalhães, 1997).

Procura-se muitas vezes distinguir entre ética e moral. Dizemos ética para designar um ponto de vista supra (ou meta), individual, moral para nos situar ao nível da decisão e da ação

dos indivíduos. Mas 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 fixa as regras mais adequadas à direção e forma de vida, e por isso procura definir os deveres aplicáveis às diversas situações da vida e da profissão. É então que surge a ética profissional, a qual trata dos deveres relacionados com a profissão, à qual se dá 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 emanam 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: (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 aqueles que têm opinião contrária à sua, de forma clara e persuasiva, o seu ponto de vista sobre a patologia dum cliente; (e) Sinceridade: A 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 (Francis, 2004).

A atividade dum neuropsicólogo aplica-se a maioria das vezes a doentes sensíveis e bastante fragilizados, pelo que é fundamental que as suas tarefas sejam cumpridas conscientemente e com sentido de responsabilidade. Embora os princípios éticos tenham que 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).

3.5 Neuropsicologia - Resenha Histórica

O termo Neuropsicologia foi utilizado pela primeira vez, numa conferência por Sir William Osler (1913) nos Estados Unidos. Apareceu ainda como um subtítulo na obra "*The Organization of Behavior: A neuropsychological Theory*", do psicólogo de Donald Hebb (1949) onde dá a primeira de definição de neuro plasticidade, como equivalente ao plano neurológico do fenómeno de aprendizagem observado no plano comportamental (Fontaine, 2000).

Retrocedendo ao séc. XIX, a revolução provocada pela teoria da evolução de Darwin, inicialmente publicada em 1859, reorienta a Psicologia para o funcionalismo. A nova perspectiva reduz a pesquisa em psicofísica e nas relações entre a neurologia e a Psicologia. Em contraste incentivou os estudos funcionais do inconsciente com Freud e do comportamento com Thorndike, Watson e Skinner (Fraisse, 1970, *cit. por* Fraisse, Piaget & Reuchlin, 1976).

Contudo o interesse pela investigação das bases neurológicas da enfermidade neste século era escasso. Ainda no século XIX, apesar de atualmente desacreditada a Frenologia desenvolvida pelo médico alemão Franz Joseph Gall, foi a primeira teoria que colocou em cima da mesa a possibilidade de diferentes partes do cérebro terem diferentes funções. Com esta teoria Franz Joseph Gall, tornou-se assim um importante precursor da Neuropsicologia (Sá, 2009). Posteriormente vários autores deram a sua contribuição à Neuropsicologia, nomeadamente: a) Pierre Paul Broca (1861) publicou um estudo anatomo-clínico, em que mostrou a relação entre o lobo frontal esquerdo e a linguagem. Broca (1865) associou o hemisfério esquerdo com a produção da fala e com a ideia de dominância manual (Lecours & Lhermitte, 1983 *in* Lecours, Lhermitte & Bryans, 1988). b) Karl Wernick (1874) descreveu a relação causal entre a lesão no primeiro giro temporal esquerdo e uma das formas clínicas de afasia, a afasia sensorial (Nitrini, Caramelli & Mansur, 2003). c) Alexandre Lúria é considerado o “pai da Neuropsicologia”, devido, principalmente aos seus estudos sobre as avaliações das funções cognitivas associadas a áreas lesionadas do cérebro. Lúria demonstrou a importância dos símbolos para a linguagem. Afirmou que o cérebro é um sistema altamente diferenciado, cujas partes são responsáveis por aspetos desse todo e a linguagem é um elemento importante nesse processo. Lúria contribuiu ainda, para a criação do conceito de neuro plasticidade, que remete para a capacidade do cérebro em modificar a sua estrutura e função, com base em experiências anteriores (Sá, 2009).

Segundo Lúria (1981) o funcionamento cerebral ocorre com a participação conjunta de três grupos funcionais do cérebro: a) o primeiro, grupo de ativação, é responsável pelo tônus cortical ou estado de ativação do córtex cerebral. A formação reticular, tanto a ascendente como a descendente, é a estrutura mais importante sobretudo as suas conexões com o córtex frontal. b) o segundo grupo funcional, o do “*input*”, é responsável pela receção, monitorização e armazenamento da informação. Ocupa as regiões posteriores do córtex cerebral: lobos parietais, temporal e occipital, responsável pelas respetivas zonas tátil, cinestésica, auditiva e visual. c) o terceiro grupo, chamado grupo de programação e controlo da atividade, engloba os setores corticais situados no lobo frontal. Este conjunto cumpre as funções mediante relações bilaterais, tanto com as regiões posteriores (grupo do “*input*”) como com a formação reticular (grupo de ativação). É o grupo responsável pelo planeamento, programação, regulação e verificação do comportamento intencional.

Ao referirmos os contributos para a Neuropsicologia, não se pode deixar de mencionar o famoso caso Phineas Gage. Às 16H30 de 13 de Setembro de 1848, Phineas Gage americano de 25 anos e operário dos caminhos – de - ferro, durante o trabalho foi vítima de um grave acidente resultante de uma explosão. Esta explosão projetou uma barra de ferro de um metro e meio contra o seu crânio, tendo mesmo perfurado uma parte do seu cérebro. Apesar do trágico acidente, Gage recuperou fisicamente muito bem e, em pouco tempo, voltou ao seu quotidiano. No entanto, Gage não era o mesmo. Outrora um homem simpático, trabalhador e de confiança, após o acidente tornou-se uma pessoa de mau génio, grosseiro, desrespeitoso para com os colegas e incapaz de aceitar conselhos, sendo também incapaz de avaliar as consequências das suas ações a longo prazo. Apesar de os médicos terem confirmado a total recuperação de Gage, exceto o seu olho esquerdo e algumas cicatrizes, foram os seus familiares e amigos próximos que notaram a súbita mudança de personalidade. Este problema levou a que Gage perdesse não só o seu emprego, mas também o afastamento dos amigos e

da família. Gage faleceu 13 anos depois, devido a problemas causados por ataques epiléticos (Macmillian, 2000).

Em 1994, António Damásio da universidade de Iowa, através de técnicas de neuro-imagem, do crânio e do percurso que a barra de ferro fez, conseguiu localizar as áreas do cérebro que haviam sido atingidas. Ficou assim provado, como já era de esperar, que fora de facto a área do lobo frontal esquerdo a zona mais danificada (Damásio, Grabowski, Frank, Galaburda & Damásio, 1994).

Mais de um século depois do acidente, a neurociência explica o sucedido com Phineas Gage, o porquê da modificação extraordinária da personalidade. Lesões no lobo frontal podem alterar a memória e outras funções. Podem ocasionar distúrbios do humor, conduta, caráter, atividade (lentidão) e distúrbios de atenção (Martins, 2013, *in* Ferro & Pimentel, 2013).

3.6 Área da Neuropsicologia

A Neuropsicologia é uma área específica da Psicologia que enfoca principalmente o estudo do comportamento humano, baseado no funcionamento do cérebro. A sua criação deu-se entre duas teorias: a Psicologia 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).

A Neuropsicologia cresceu muito a partir do final da primeira metade do Séc. XX. O seu desenvolvimento foi significativo durante os períodos da primeira e segunda Guerras Mundiais, precisamente devido à necessidade de reabilitar soldados com traumatismos

crânio-encefálicos. Neste período foram elaborados programas de reabilitação destinados pela primeira vez às sequelas cognitivas. Foi também nesta altura criados os primeiros testes neurológicos (Wilson, 2003, cit. por Nitrin, Caramelli & Mansur, 2005).

Para o desenvolvimento e eficácia da Neuropsicologia, contribuiu e continua contribuir diversas áreas do conhecimento, de que se destaca a Neurofisiologia³. Apesar de a Neuropsicologia receber dados provenientes de várias áreas, o neuropsicólogo participa e tem um papel fundamental no diagnóstico e na elaboração de programas de reabilitação para pacientes com lesão cerebral.

3.7 A Psicologia e o envelhecimento

A partir dos anos 80 do século XX, o envelhecimento populacional tem-se tornado um fenómeno que atinge grande parte do mundo, tanto em países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento (OMS, 1984).

O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas da atualidade. Poder chegar a uma idade avançada, já não é apenas um privilégio de poucas pessoas. Contudo muitas sociedades não são consequentes com essas mudanças demográficas, no seguinte sentido: as mesmas atribuem valores relacionados com a competitividade para os seus grupos, valorizam a capacidade para o trabalho, para a independência e para a autonomia funcional entre outras. Só que, na realidade, muitos desses valores nem sempre podem ser acompanhados pelos idosos, se levar em consideração algumas mudanças e perdas que frequentemente se associam à velhice (Oliveira, 2010).

Socialmente o envelhecimento implica uma mudança de estatuto. As palavras experiência

³ **Neurofisiologia:** permite o conhecimento dos mecanismos fundamentais do funcionamento cerebral que, por sua vez, ajudam a elaborar explicações a nível comportamental, fornecendo conhecimentos indispensáveis à Neuropsicologia

e sabedoria, como conteúdos representativos da velhice, são alguns dos poucos atributos do cenário mental dessa etapa de vida, que exemplificam objetivos e conquistas positivas e que são valorizadas socialmente. Objetivamente um idoso constata a desvalorização social a que são submetidos, no plano das expectativas, elas concebem o papel social da pessoa idosa com aquele vetor de transmissão de conhecimentos às gerações mais novas (Baltes & Smith, 1995, *cit. por* Neri, 1998).

Com a retirada do mundo do trabalho perdem-se desde logo, as rotinas e os papéis do dia-a-dia; perde-se o estatuto e o reconhecimento associado à função desempenhada, o que pode levar a estados emocionais e psicológicos graves, por se instalar o sentimento de inutilidade e consequentemente o sentimento de ficar velho (Fonseca, 2011).

As mudanças físicas da pessoa idosa, viram indicadores de desvalorização aos olhos de indivíduos não idosos, é esse olhar de outro que passa a ser o próprio olhar do idoso sobre si próprio. São as visões negativas que vão contribuir para que as expectativas do idoso sejam por si só próprias negativas, ou que este valorize excessivamente conflitos ou emoções e afetos negativos. Estas situações podem levar a que o idoso se isole, e desvalorize situações de mal-estar, o que muitas vezes pode levar ao desenvolvimento de patologias (Silva, 2005).

O sentimento de solidão, isolamento e incompreensão, conduz à origem, ou a uma maior depressão, em especial na população idosa. A depressão tal como a demência⁴ são as patologias mais comuns nos idosos. A depressão tem uma grande influência no bem-estar do idoso. A tristeza e o isolamento acompanham este problema (DGS, 2012). O suicídio é a consequência de um estado depressivo, especialmente nos idosos (Fonseca, 2001).

⁴ **Demência:** É a deterioração global do funcionamento cognitivo (e também afetivo e físico e bem assim toda a personalidade), resultante do disfuncionamento ou atrofia do sistema nervoso central, devido a múltiplas e complexas causas. (Oliveira, 2010).

A velhice caracteriza-se por muitas perdas físicas e psicossociais que contribuem para um acumular de estados depressivos. Os sintomas depressivos dos idosos não são muito diferentes das das outras idades. Talvez o sentimento de culpa e de incapacidade não sejam tão acentuado, e sim a hipocondria, obsessões várias e agitação. A idade avançada não diminui necessariamente a preocupação psicológica, a capacidade de mobilizar sentimentos ou motivação para a mudança (Oliveira, 2010).

A demência apesar de não ser exclusiva dos idosos, pois pode ser contraída em qualquer idade, embora cresça a sua probabilidade na velhice. Na categoria das doenças irreversíveis e degenerativas, as mais correntes são a doença de “*Alzheimer*” (a mais frequente), de” *Parkinson*”, doença de “*Pick*”, a doença de “*Creutzfeld-Jakob*” e a doença de “*Huntington*” (Fontaine, 2000).

O psicólogo poderá “educar” o idoso a aprender a aceitar a diminuição do poder físico e mental, a mudança da sexualidade, o ressurgimento de emoções primárias e regressivas, a descontinuidade percebida entre a vida passada e presente e a sucessão crescente de perdas extremas – do cônjuge, outros parentes e amigos. Talvez a perda mais dolorosa seja a independência. Por fim, existe a perspectiva de perda da própria vida (Porter, 1991).

O psicólogo ao “educar” idosos deve ter em conta a personalidade, comportamentos e atitudes, bem como o ambiente em que se inserem. O psicólogo educacional do idoso deve estar apto a compreender, intervir e avaliar o comportamento do idoso, levando-o a atingir melhor os objetivos que se propõe, não se limitando a remediar situações já existentes, antes prevenindo-as, quando possível, ao mesmo tempo que promove uma maior qualidade do idoso (Oliveira, 2010).

Apesar de não haver remédios milagrosos ou terapias “mágicas” para o envelhecimento, existem psicoterapias, por vezes em parceria com a farmacologia, que podem proporcionar

recursos para as pessoas idosas lidarem com o problema relacionados com o envelhecimento, auxiliar a enfrentar problemas emocionais e na compreensão dos seus comportamentos, assim como nos efeitos que estes comportamentos têm sobre as pessoas (Kaplan & Sadock, 1996).

Apesar da terapia principal ser o ambiente, a psicoterapia de individual ou grupal se for ajustada à idade, pode ser eficiente, tanto na prevenção como na reabilitação de idosos (Oliveira, 2010). Segundo Bloch (1999) muitos idosos beneficiam da psicoterapia, incluindo a psicoterapia breve de orientação dinâmica.

Segundo a DGS (2012) o idoso ao manter-se ativo, através do trabalho voluntário, a leitura e o treino da memória, a aprendizagem de novos conhecimentos, o convívio com outros idosos (Universidade da terceira idade, e. g) e a prática de desporto, são fatores que contribuem para um envelhecimento saudável.

3.8 Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica permite o estudo aprofundado de várias funções cognitivas, emocionais e comportamentais (Gil, 2006).

Na investigação clínica é feita uma entrevista, a qual tem a finalidade de se obter do paciente vários objetivos: permite dizer, ouvir, informar-se, levar a dizer, mas também dizer alguma coisa ao sujeito (Pedinielli, 1999). É nesta entrevista que se recolhe toda a informação relativa à queixa atual, a sua duração, bem como a sua progressão, antecedentes familiares e exploração dos sintomas que contribuem para a elaboração de um diagnóstico. O depoimento de uma terceira pessoa, normalmente o parente mais próximo do paciente, é essencial se o paciente está demasiado perturbado, confuso ou não cooperante para fornecer uma história

completa. Noutros casos permite acrescentar também informação útil (Barraclough & Gill, 1996).

Deve-se ter em conta vários aspetos durante a realização da avaliação, pois as áreas afetadas produzem diferentes resultados tendo em conta não só o tipo de lesão, a sua localização, a idade do paciente quando ocorre a lesão (a idade é importante na recuperação, sendo muito mais favorável na criança do que no adulto, pois na criança a plasticidade para a reorganização funcional é superior à do adulto) e a quantidade de tecido afetado. A avaliação neuropsicológica da criança coloca problemas específicos e muitos deles ainda não se encontram resolvidos hoje (Siksou, 2005).

A avaliação neuropsicológica segundo Martins (2013, *cit. por* Ferro & Pimentel, 2013) pode ser solicitada com diferentes objetivos: (a) Diagnóstico, quando existe suspeita de lesão ou disfunção cerebral (e.g., na demência, nas queixas de memória, na suspeita de dislexia ou perturbações da linguagem na criança); (b) Identificação e caracterização de defeitos cognitivos após a lesão cerebral e estudo da sua recuperação (doentes com acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranianos, etc.); (c) Esclarecimento de aspetos médico-legais (e.g., determinar a capacidade de conduzir, a responsabilidade legal ou definir graus de incapacidade e respetivas indemnizações); (d) Planeamento de reabilitação da linguagem, memória ou cognitiva em geral; (e) Investigação. É a partir da realização da avaliação neuropsicológica, que é possível estabelecer quais os tipos de intervenção, de reabilitação neuropsicológica, o que não impede, que dependendo da resposta do paciente não ocorram alterações no plano de reabilitação inicial.

3.9 Reabilitação Neuropsicológica

Pontes e Hubner (2008) referem que a Neuropsicologia é uma área ainda recente. Avanços decorrentes do fim da Primeira e Segunda Guerras Mundiais, na área da reabilitação neuropsicológica foram expressivos, uma vez que cientistas passaram a interessar-se pelos diferentes tipos de lesões que influenciavam o comportamento humano, e como conseqüentemente se poderia obter a melhoria destes. A reabilitação é baseada no tratamento das funções prejudicadas ou deficitárias, 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 prejudicadas. É fundamental que os pacientes iniciem o programa de reabilitação imediatamente após sofrer o dano cerebral, os quais 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).

São diversos os relatos da eficácia de um programa de reabilitação neuropsicológica, dentro os quais se pode destacar o trabalho de Johnston (1991) que num estudo realizado com 82 pacientes, comprovou que 50% da melhoria dos “*deficits*” foi devido à não remissão espontânea, mas ao tratamento orientado, observou também uma melhoria da atividade produtiva em 81% dos casos, contra 16,5% sem alteração e 2,5% com piores resultados.

A reabilitação neuropsicológica pode ser compreendida como um trabalho que envolve familiares, paciente e terapeuta, com o objetivo de proporcionar ao paciente a recuperação máxima das suas funções cognitivas, promovendo o maior grau de independência, funcionalidade e qualidade de vida possível. A principal proposta de intervenção é que o paciente alcance o seu maior nível de bem-estar, assim como reduzir o impacto dos seus problemas na vida diária, ajudá-lo a retomar as atividades ocupacionais e reintroduzi-lo no

seu próprio ambiente. Contudo os pacientes e família devem ter presente, que é praticamente impossível a reabilitação completa dum paciente com “*deficits*” cognitivos. As limitações físicas, cognitivas e emocionais, causadas pela lesão cerebral podem não facilitar a volta do paciente ao seu quotidiano (Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009).

3.10 Depressão

A depressão é uma perturbação do humor que segundo a “*World Health Organization*”, afetou em 2012, cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo.

A depressão relaciona-se com pensamentos sobre perda, derrota, desânimo, ansiedade e pensamento de ameaça e perigo e pânico relativo a uma interpretação catastrófica de sistemas corporais (Clark & Beck, 1989).

A avaliação Neuropsicologia é importante para distinguir entre processos demenciais e a depressão. Estima-se que de 1% a 31% dos pacientes com diagnóstico de demência, tenham, na realidade, depressão com problemas de memória associados (Katzman, Lasker, & Bemstein, 1988).

Apesar de tanto os homens, como as mulheres poderem sofrer de depressões, esta é mais comum nas mulheres, as quais segundo Caldas (2014) Portugal é dos países europeus onde as pessoas tomam mais antidepressivos, em especial a mulher. Estudos de Ferreri (1997) referem que a mulher é mais depressiva do que o homem, entre o dobro e o triplo.

Segundo Sabanés (1990) há três razões básicas que podem explicar aceitavelmente esta evidência: (a) As mudanças neuro-hormonais, como as que se dão durante a gravidez, o parto e o pós-parto; (b) O papel marginal da mulher na sociedade, com poucas gratificações sociais e económicas, o que poderá induzir na mulher condutas passivas e dependentes; (c) As

mulheres são mais propensas a viver e a reconhecer estados de desânimo, tristeza e desmoralização, enquanto os homens tendem a manifestar a sua depressão por vias como o alcoolismo, agressividade, mascarando assim sentimentos considerados pouco masculinos.

Segundo Barraclough e Gill (1996) os episódios depressivos aumentam também em homens solteiros, viúvos ou divorciados. As mulheres jovens com filhos têm índices elevados de depressão. Esta doença é maior nas zonas urbanas do que nas zonas rurais. Após ter sido estabelecido um diagnóstico correto, preciso e claro, existem diversos métodos de tratamento eficazes para a depressão, nomeadamente intervenções psicoterapêuticas e medicamentos antidepressivos. É fundamental que a depressão seja tratada de forma precoce e intensa, uma vez que as estatísticas referem que entre 10 e 15% das doenças depressivas, acabam por se tornarem crónicas.

Num trabalho de Neissman e Klerman (1977, *cit.* por Rojas, 2007) com mulheres depressivas em ambulatório, verificaram que 12% se tornaram crónicas num prazo de dois anos. São muitos os problemas que as depressões crónicas colocam: possíveis disfunções cerebrais; problemas neurológicos (doença de “*Parkinson*”, acidentes vasculares cerebrais, etc.); doenças físicas recorrentes; fobias e obsessões; problemas sociofamiliares graves.

Segundo Rojas (2007) Beck referiu-se a esquemas de personalidade depressivas, que são estilos de conduta e de pensamentos centrados na tríade: visão negativa de si próprio, tendência para interpretar as experiências pessoais de forma negativa e visão negativa do passado. A negatividade estrutura a sua vida. Os três aspetos induzem o paciente a interpretar tudo de forma pessimista. Trata-se de três erros no processamento de informação, que originam uma desordem na maneira de pensar que predispõe para a melancolia.

No decorrer duma depressão podem surgir tendências suicidas, não sendo raro os doentes que cedem a esse impulso. Os pensamentos suicidas podem ser muito gerais, mas depois vão-

se tornando cada vez mais concretos, até que o doente já decidiu mesmo onde e como vai levar a cabo os seus intentos. É por isso que qualquer manifestação de intenções nesse sentido deve ser levada a sério sobretudo pelos familiares do doente (Treppner, 2001).

Se um indivíduo tiver dois ou mais episódios depressivos *major*, passamos a diagnosticar como sendo uma perturbação de depressão *major*. Nas depressões a comorbilidade⁵ mais frequente, é entre a depressão *major*, e uma perturbação da personalidade (Rojas, 2007).

Os critérios para Episódio Depressivo *major* do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) estão resumidos na tabela 1.

3.11 Modelo Cognitivo da Depressão

Aaron T. Beck, considerado o pai da “Terapia Cognitiva”, foi pioneiro na compreensão moderna da depressão. Segundo Sabanés (1990), o modelo cognitivo elaborado por Beck (1970, 1976) atribui um papel fundamental ao pensamento e à opinião dos pacientes depressivos no desenvolvimento e manutenção da depressão.

Segundo Beck (1976) cada pessoa tem um “esquema”, uma forma de pensar com que foca e experimenta a vida, sugerindo também que existe uma alteração prévia na maneira de pensar que, precisamente, provoca o desenvolvimento da alteração do estado de ânimo.

⁵ **Comorbilidade:** associação entre duas ou mais doenças que tanto podem ser físicas como psicológicas e que coexistem no paciente durante um determinado período de tempo (Rojas, 2007).

Tabela. 1

 Critério de diagnóstico do DSM-IV-TR para Episódio Depressivo *major*

- A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é 1) humor depressivo ou 2) perda de prazer ou de interesse;

Nota: Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

- (1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). **Nota:** Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;
- (2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou por outros);
- (3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
- (4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- (5) Agitação ou lentificação psicomotora, quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lento);
- (6) Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
- (7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);
- (8) Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato, ou observação de outros);
- (9) Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente, sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometerem suicídio.

- B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.
-

- C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer área importante.
- D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são melhores explicados por luto, isto é, depois de perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência
- F. funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

Nota: DSM-IV-TR Edição Portuguesa (2002).

De acordo com Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) as pessoas desenvolvendo uma depressão tem esquemas de autodesprezo e de autoacusação, levando-as a rotular ou interpretar os acontecimentos ajustando-se a esses esquemas prévios.

Entre as maneiras de pensar que Beck et. al. (1979) consideram características dos pacientes depressivos, podem-se enumerar as seguintes: a subestima de si mesmo, as ideias de perda, a autocrítica e a auto culpabilização, as ideias exageradas do dever e da responsabilidade, frequentes autoimposições, desejos de fugir e de suicidar.

Segundo Sabanés (1990) os principais erros lógicos em que incorrem os pacientes depressivos são segundo Beck, os seguintes: (a) deduções arbitrárias - tendência de tirar conclusões de fatos irrelevantes; (b) abstração seletiva - esta atitude consiste em concentrar-se num aspeto da situação tomado fora do contexto e levado ao exagero; (c) generalização excessiva – este erro é consequência de se chegar a conclusões de carácter geral fundadas em experiências ou acidentes concretos, amiúde de escassa importância; (d) erros que consistem em minimizar ou em supervalorizar, respetivamente, as próprias qualidades e defeitos. É o caso das pessoas que exageram as suas dificuldades e as suas limitações e minimizam os seus êxitos e capacidades; (e) os imperativos categóricos, tais como “devo” ou “tenho que”, fecham a possibilidade de outras condutas alternativas.

São todos estes erros cognitivos que fazem, que o indivíduo tenha uma visão negativa de si próprio, das experiências passadas (as primeiras experiências de vida das pessoas, origina a formação de conceitos ou esquemas negativistas sobre si e sobre a vida) e presentes e das suas expectativas perante o futuro (Knapp & Beck, 2008).

Para Beck et. al. (1979) as desordens depressivas são o resultado da atenção seletiva prestada a um grupo de pensamentos que aparecem de forma automática no indivíduo sem

que os perceba adequadamente. Estes pensamentos específicos caracterizam-se por serem irracionais.

3.12 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, cit. por Snyder, Nussbaun & Robins, 2008).

Os AVC são um grave problema de saúde pública em Portugal, embora a incidência da doença vascular cerebral tenha vindo a diminuir ao longo das últimas décadas, contudo esta incidência mantém-se 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, cit. por Ferro & Pimentel, 2013). A tabela 2, refere os fatores de risco para AVC.

Tabela 2*Fatores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*

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

A confirmação da doença é feita após a realização de uma Tomografia Axial Computorizada, dependendo o tipo do AVC do mecanismo que o originou. Podemos ter assim dois tipos de AVC: o isquêmico e o hemorrágico. Em relação aos dois tipos AVC, o de etiologia isquêmica 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 oxigênio) 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 Isquêmico 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 média (ACM), anterior (ACA) e a coroideia anterior. A maior parte do fluxo da artéria carótida interna segue para a ACM, sendo este o território arterial onde são mais frequentes os AVC (Ferro, 2013, cit. por Ferro & Pimentel, 2013).

Os sistemas vertebrobasilar asseguram a irrigação do tronco cerebral, do cerebelo e da parte póstero-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, *cit por* Ferro e Pimentel, 2013) diferentes nos AVC isquémicos e hemorrágicos:

1) Isquémicos:

- a) AVC por doença ateromatosa dos grandes vasos (essencialmente das artérias extracranianas, visto que a ateromatose das artérias intracranianas é bastante mais rara);
- b) AVC por doença dos pequenos vasos (arteríolas perforantes);
- c) AVC por doença cardíaca embolígena;
- d) AVC por causas raras (e.g. dissecação, arterite, etc.);
- e) AVC de causa desconhecida.

2) Hemorrágicos:

- a) Hemorragia subaracnoídea - Ruptura de aneurisma intracraniano, geralmente nas artérias do polígono de "Willis";
- b) Hemorragia intracerebral - Hemisférica profunda, do cerebelo ou do tronco cerebral (hipertensão arterial – ruptura de arteríola);
- c) Lobar - Jovem: malformação vascular arteriovenosa e 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 autorreferência, 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 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, consequentemente para a reintegração na família, no trabalho e na sociedade (Pais-Ribeiro, 2005).

3.12.1 Problemas associados à lesão neurológica provocada por AVC

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 prejudicadas, 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, paralisia de um lado do corpo 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).

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

3.12.2 A afasia

A linguagem pode ser entendida como um universo complexo e multifacetado. Enquanto ocorre a linguagem oral, o ser humano necessita de se lembrar dos sons, da fala, da ordem em que estes devem ocorrer numa palavra, e o acesso ao léxico, além da gramática da língua e do significado das palavras e frases (Ferreira, Lopes & Limogi, 2004). A linguagem faz o acesso entre o conhecimento e a expressividade, e a memória é a responsável pela forte influência no que se pretende dizer, pois lembrar e esquecer são partes integrantes do mecanismo de comunicação (Peña-Casanova & Pamies, 2005).

A afasia⁶ é uma das sequelas mais incapacitantes que resulta do AVC e a família, tanto como o doente tem muita dificuldade em adaptar-se à situação. Pessoas que ficaram afásicas e familiares referem como as mais importantes consequências: uma vida social alterada, dependência, solidão e mesmo uma deterioração social e psicológica progressiva (Währborg, Borestein, Linell, Hedberg-Borenstein & Asking, 1997).

⁶ **Afasia:** É uma perturbação da produção e/ou da compreensão da linguagem, secundária a uma lesão cerebral (Martins, 2013 *in* Ferro & Pimentel, 2013).

Hermann e Wallesh (1989) referem que a afasia não afeta apenas as condições físicas e emocionais do afásico, mas também as dos familiares, por isso alguns autores lhe chamaram uma “doença da família”.

Segundo Sarno (1993) 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 têm um impacto muito negativo neste grupo de doentes. O principal problema psicossocial causado pela afasia diz respeito mais à qualidade de vida do afásico e da sua família, do que a outros aspetos da vida social baseado no trabalho ou em atividades produtivas.

O regresso ao trabalho é determinante para uma boa reintegração social e para a autonomia e, por outro lado, que para voltar a trabalhar é preciso não ter defeito motor nem defeito grave na linguagem (Fonseca, Farrajota, Leal & Caldas, 1993).

A classificação das afasias, é usualmente utilizada na sua relação com agrupamentos de sintomas, ao qual está o foco da alteração cerebral. Os critérios de diagnóstico das afasias estão referidos na Tabela 3 (Martins, 2013 *cit por* Ferro & Pimentel, 2013).

Tabela 3

Classificação das síndromes afásicas

Tipo de Afasia	Fluência	Compreensão	Repetição
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

Conclusões

Partiu-se no início deste trabalho, com a seguinte finalidade verificar em que medida a estimulação/reabilitação cognitiva é importante para a recuperação de doentes com lesão ou disfunção encefálica.

Desenvolvidas as necessárias pesquisas que confirmassem ou infirmassem a hipótese de estudo, os dados obtidos permitiram retirar a seguinte conclusão: A hipótese de estudo confirma-se totalmente.

Contudo o resultado obtido na investigação deve ser considerado tendo em atenção algumas limitações, as quais são insuficientes, para por em causa a excelência da estimulação/reabilitação cognitiva, como um potente instrumento de reabilitação dos doentes com lesão ou disfunção encefálica.

Começamos, desde logo, por referir o facto dos participantes no estudo serem apenas dois, o que encerra em si mesmo, limitações que deverão ser tidas em conta, uma vez que é suposto que quanto maior o número de participantes na amostra menor é o erro da amostragem. Outra limitação é o neuropsicólogo após seleccionar os casos que podem beneficiar da intervenção, bem como a metodologia mais adequada a partir do perfil da avaliação neuropsicológica, as sessões de estimulação/reabilitação cognitiva deveriam ser realizadas duas a três vezes por semana, no entanto estas apenas ocorrem uma vez.

Um dado relevante a ser destacado, resultado da frequência do estágio na unidade de Neuropsicologia, refere-se ao facto do neuropsicólogo que intervenha ao nível da estimulação/reabilitação cognitiva, trabalhe também as questões emocionais envolvidas na doença ou recuperação, tanto do doente como do cuidador/familiar. Ao doente devem ser

dadas oportunidades de melhoria da qualidade de vida, dando-lhe oportunidades de sociabilização. Temos que considerar uma gama de estratégias para evitar a solidão e o isolamento. É importante que o paciente consiga ter um propósito de vida, permitindo a visualização de novos projetos e objetivos, a fim de superar crises e perdas vivenciadas. Ao cuidador/familiar devem ser dadas informações de como lidar com o doente e aconselhamento da ajuda que está disponível, para o caso de um dia ser necessário. É de extrema importância que o cuidador/familiar, cuide de si próprio, compreendendo o que pode e o que não pode fazer, que defina prioridades e que atue, então em conformidade.

Outro dado relevante observado refere-se à importância do doente colaborar com o terapeuta, uma vez que o sucesso da estimulação/reabilitação depende do paciente estar consciente do benefício potencial de cada exercício e motivado para o processo.

Concluindo, apesar de haver um menor estigma em relação aos problemas de saúde mental, faz com que seja mais fácil para as pessoas recorrerem às unidades de Neuropsicologia e de aceitarem o tratamento nesta área. Contudo cumpre chamar a atenção para a necessidade de uma maior descentralização destas unidades, a fim de evitar que doentes venham de bastante longe (e.g. Moura) a tratamentos semanais na unidade de Neuropsicologia do CHPL.

Reflexão Final

Quando se inicia um estágio, o objetivo primeiro do estagiário é adquirir o máximo de conhecimentos teóricos e práticos, contando por um lado com o seu entusiasmo, dedicação e empenho e por outro com a ajuda de outros mais experientes e com mais conhecimentos.

A expectativa em relação a este estágio era grande na medida em que a população-alvo e as áreas de intervenção convergem com as minhas preferências de trabalho no futuro. Agora posso dizer que a expectativa foi superada.

Esta foi uma experiência bastante positiva, quer a nível pessoal e como também a nível profissional. Foi possível reforçar conhecimentos teóricos já adquiridos ao longo do percurso académico e transpô-los para a prática.

Foi na unidade de Neuropsicologia que tive o primeiro contacto com o mundo profissional e de forma ativa, onde pude analisar, julgar, elaborar relatórios e intervir em situações reais. O contacto com situações reais e às quais têm de ser dadas respostas céleres, trabalhar com profissionais qualificados e com vastos conhecimentos em Neuropsicologia, permitiu-me adquirir parte desses conhecimentos e hábitos de trabalho.

Numa perspetiva geral, na unidade de Neuropsicologia dos (CHPL) todos me receberam bem, mostraram-se disponíveis e passaram a contar comigo como fazendo parte de toda a equipa.

Foi também gratificante constatar a empatia entre o terapeuta e os doentes, à medida que as consultas iam decorrendo, bem como os pequenos avanços que os pacientes apresentam entre consultas. A satisfação dos familiares/cuidadores eram notórios sempre que se obtinham

pequenos resultados. Registei também a importância para os doentes na presença de um familiar/cuidador nas consultas.

Como resultado da experiência recolhida durante o estágio académico na unidade de Neuropsicologia do CHPL, a estimulação cognitiva sustentada é o princípio base da recuperação funcional de indivíduos com lesões cerebrais. Deste modo é extremamente importante que este tipo de pacientes, consiga ter conhecimento e acesso a estes meios de tratamento, de modo a aumentar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

Por fim considero que todos os objetivos propostos para este estágio “dotar o estagiário de conhecimentos teóricos e práticos, que lhe permitissem assumir progressivamente o atendimento tutelado de doentes com lesão ou disfunção encefálica“ foram plenamente atingidos.

Bibliografia

- Abbagnano, N. (1969). *História da Filosofia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Abrisqueta-Gomes, J., & Santos, F. H. (2006). *Reabilitação neuropsicológica, da teoria à prática*. S. Paulo: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed, Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2010); *Publication manual of American Psychological Association*. Washington DC: American Psychological Association.
- Aström, M., Asplund, K., & Aström, T. (1992). Psychological function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23 (4), 527-531.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1995). Psicologia da Sabedoria: Origem e desenvolvimento. In A. L. Neri (1998). *Psicologia do Envelhecimento*, (p.p. 41-72). Campinas: Papirus.
- Barracough, J., & Gill, D. (1996). *Bases da Psiquiatria moderna*. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nova York: Wiley.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às Psicoterapias* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bobath, B. (1990). *Hemiplegia no adulto. Avaliação e tratamento*. S. Paulo: Editora Manole.

- Brito, S. (2008). Procura de uma identidade. *Revista Serviço Psiquiatria Hospital Fernando da Fonseca – Amadora*.
- Caldas, A. (2014, 27 de Março). *Consumo excessivo de antidepressivos*. Correio da Manhã, p. 18.
- Caraterização do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Acedido em Maio 13, 2014 em www.arslvt.min.saude.pt/pages/283
- Clark, P. T. (2002). A greater understanding of the experience of stroke: Integrating quantitative and qualitative methods. *J. Aging Studies* 36(9): 821-8.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. SanDiego: Academic Press.
- Damásio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburd, A. M., & Damásio, A. R. (1994). The return of Phineas Gage: Clues about the Brain from the Skull of a Famous Patient. *Science* 264 (5162): 1102–5.
- DGS (2012). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Envelhecimento Saudável*. Acedido em Maio 25, 2014, em <http://www.dgs.pt>.
- Ferreira, L. P., Lopes, D. M. B., & Limogi, S.C. O. (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*. S. Paulo: Roca.
- Ferreri, M., (1997). *Troubles dépressifs de l'humeur, les facteurs de risque*. Paris: Flammurion.
-

- Ferro, F. (2013). Acidentes Vasculares Cerebrais. In J. Ferro & J. Pimentel (2013). *Neurologia Fundamental. Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 101-111). Lisboa: Lidel.
- 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.
- Forsell, Y.J., Fratiglioni, L., Grut, M., & Winblad, B. (1993). Application of DSM-R criteria for Major Depressive Episode to elderly subjects with and without dementia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1199-1202.
- Fraisse, P. (1970). La evolution de la Psicologia experimental. In P. Fraisse, J. Piaget, & M. Reuchlin (1976). *História y método de la Psicologia Experimental* (pp. 11-57). Buenos Aires: Paidós.
- 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. (2006). *Neuropsychologie*. Paris: Manson.
- Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hermann, M., & Wallesch, C. W. (1989). Psychosocial Changes and Psychosocial Adjustment With Chronic and Severe non-Fluent Aphasia. *Aphasiology*, 3(6), 513-526.

- Hinckley, J.J. (1998). Investigating the Predictors of Lifestyle Satisfaction Among Younger Adults with Chronic Aphasia. *Aphasiology*, 12 (7/8), 509-518.
- Infarmed. *Venlafaxina LP 225*. Acedido em Fevereiro 28, 2014, em www.infarmed.pt.
- Johnston, M. V. (1991). Outcomes of Community Reentry Programmers for Brain Injury Survivors: Future Investigations. *Brain Injury*, 5, 155-168.
- Jones, N. B. (1981). *Estudos etiológicos do comportamento da criança*. São Paulo: Edicon.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1996). *Compêndio de Psiquiatria de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Katzman, R., Lasker, B., & Bernstein, N. (1988). Advances in the diagnosis of dementia: Accuracy of diagnosis and consequences of misdiagnosis of disorders causing dementia. *Aging and the Brain* (pp. 17-62). New York: Raven Press.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, Modelos Conceituais, Aplicações e Pesquisa da Terapia Cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 54-64.
- Laks, J., Marinho, V., Rozenhal, M., & Engelhardt, E. (1999). Neuropsicologia da Depressão. *Revista Brasileira de Neurologia*, 35, 97-102.
- Lecours, A. R., & Lhermitte, F. (1983). Historical Review: From Franz Gall to Pierre Marie. In A. R. Lecours, F. Lhermitte & B. Bryans, (1988). *Aphasiology* (pp. 11-20). London: Baillière Trindall.
- Lúria, A. R. (1981). *Fundamentos da Neuropsicologia*. São Paulo: Edusp.
- Macedo, R. M. S., (1984). *Psicologia e instituições. Novas formas de atendimento*. São Paulo: Cortez.
-

- Macmillan, M. (2000). *An old kind of fame-store of Phinas*. Gage. Massachusetts Institute of Technology.
- Magalhães, J. B. (1997). *Viver & Filosofar*. Porto: Contraponto.
- Marques, E. M. (2001). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Martins, I. P. (2013). Funções Cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (2013). *Neurologia fundamental. Princípios, diagnóstico e tratamento* (pp. 1-23). Lisboa: Lidel.
- Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2007). *Escala e Testes na Demência* (2ª edição). Acedido em Janeiro 15, 2014, em <http://pt.scribd.com>.
- Morin, E. (2005). *O Método VI. Ética*. Mem Martins: Publicação Europa-América.
- Nitrini, R., Caramelli, P., & Mansur, L. L. (2003). *Neuropsicologia das bases anatómicas e reabilitação*. S. Paulo: HCFMUSP.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Lisboa: LIVPSIC.
- OMS (1984). *Applications de la epidemiologia al estudio de los ancianos*. Ginebra: OMS.
- O'Sullivan, S.B., & Schmitz, T. T. (1993). *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. S. Paulo: Manole.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Peña-Casanova, J., & Pamies, M. (2005). *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. S. Paulo: Manole.
- Pontes, L. M. M., & Hubner, M. M. C. A. (2008). Reabilitação Neuropsicológica sob a Óptica da Psicologia Comportamental. *Revista de Psicologia Clínica*, 35 (1), 6-12.
-

- Porter, R. (1991). Psychotherapy with the elderly. In *Textbook of Psychotherapy in Psychiatric practice* (pp. 469-487). Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Rebelo, D., & Neri, A. (2005). Recursos Psicológicos e Ajustamento Pessoal Frente à Incapacidade Funcional da Velhice. *Estudos em Psicologia*, 4, 403-412.
- Robison, R. G. (1997). Neuropsychiatric of Stroke. *Annu Rev Med*, 48, 217-229.
- Rojas, E. (2007). *Adeus depressão*. Lisboa: Dom Quixote.
- 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., Grerenlund, K., Haase, N., et. al. (2008). Heart disease and stroke statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation*, 111(4), 25-146.
- Sá, M. (2009). *Neuropsicologia Clínica. Compreender as doenças neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Sabanés, F. (1990). *A depressão*. Lisboa: Lello & Irmão.
- Sarmiento, M. (2008). *Guia prático sobre metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses de Doutoramento, dissertação de Mestrado e trabalhos de investigação aplicada*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Sarno, M. T. (1993). Aphasia Rehabilitation: Psychosocial and Ethical Considerations. *Aphasiology*, 11 (7), 665-679.
- Siksou, M. (2005). *Introdução à Neuropsicologia*. Lisboa: Climepsi.
-

- Silva, M. (2005). *Saúde Mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente*. Lisboa: Climepsi.
- Taylor, E. (2000). Psychoterapeutics and the problematic origins of clinical psychology. *American Psychology*, 55, 1029 - 1033.
- Treppner, P. (2001). *Depressões*. (2ª edição). Trad Maria Mercês Peixoto. Lisboa: Editorial Presença.
- Währborg, P., Borestein, P., Linell, S., Hedberg-Borenstein, E., & Asking, M. (1997). Ten-year follow-up young aphasic participants in a 34-week course at a Folk High Scholl. *Aphasiology*, 11 b(7), 709-715.
- 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*. (pp. 294-317). Washington: American Psychological Association.
- Wilson, B. A. (2003). Reabilitação das deficiências cognitivas. In R. Nitrini, P. Carameli & L. L. Mansur, (2005). *Neuropsicologia das bases anatómicas e reabilitação*. S. Paulo: HCFMUSP.
- Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press

ANEXO A

Estimulação Cognitiva Visuoconstrutiva com papel e lápis

1. Parte = 1-1-1-1-1-1-1-1-2-3

(15'') - Folha - Pató - Sorvete - Sorvete - Avião - Macaco
 Camião - Avião - Macaco - camião - ~~Pató~~ - Viso - folha - sorvete -
 folha - Pató : Camião

- Atenção Sustentada - objetos que apareceram no ecrã?
 ↳ os dois símbolos que estavam no fundo? XO
- Atenção : qual o último objeto?

Camião	XO	(135)	73	(122)
Cisne			66	
Gelado		34	75	61
Pató		70		50
Avião			139	
Viso			80	
		(26)	65	50
		(33)	(45)	54

Relógio - Folha - Macaco - Viso
 Folha - Camião - Sorvete - Pató
 Avião - Cisne - Viso - relógio
 Sorvete - avião - viso - macaco - cisne - avião
 - Interferência - Telefone - música - impressora - talc ajustador, boric
 Cardénia

visão - cão - visões - visão - foto
folha, foto, visão - o caso vermelho, amarelo, raminao, malabar

ANEXO B

Estimulação cognitiva da memória semântica com papel e lápis

memória semântica → visuo-verbal - animais

bebidas
fruta
legumes
meios de transporte



animais - A - avião
E - elefante
I - iguana
O - ostra

Cores - A - Amarelo / Azul
E -
I -
O -
V -

fruta - Ananás - Abacaxi

Países - A - Alemanha, Albânia, Angola
E - Espanha
I - Itália, Inglaterra
O -
V - Venezuela

Nomes - A - Antônio, André, Adriano
E - Eduardo
I - João
O -
V -

Pizza - Fritinha, Mandioca
Sopa -
Tosta -
Pudim -
Restaurante -
Farmácia -
Telha -
Hospital -
Teclado -
1/6 = 6

ANEXO C

SCL – 90 –R Symptom Checklist-90-Revised

Criada pelo Doutor Leonerd Derogatis em 1977, a escala de Sintomas de Hopkins é um inventário com 90 itens de autoavaliação de sintomas de desajustamento emocional, podendo ser aplicada a indivíduos com 13 de idade ou mais. Tem o objetivo de avaliar os problemas e sintomas psicológicos que possam aparecer. Esta permite uma avaliação multidimensional da psicopatologia, em nove dimensões primárias de sintomas:

- Somatização – reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático;
 - Obsessões/Compulsões - são agrupados os sintomas identificados com síndrome clínica do mesmo nome. Esta escala é um bom indicador de rigidez do pensamento;
 - Sensibilidade interpessoal – é avaliada sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal, particularmente com os outros;
 - Depressão – inclui itens que procuram identificar sintomas de afeto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição da energia;
 - Ansiedade – reflete um conjunto de sintomas e comportamentos clinicamente associados com ansiedade manifesta, através de indicadores gerais, tais como, a agitação, nervosismo, tensão e sinais cognitivos da ansiedade;
 - Hostilidade – associada à agressividade e à cólera enquanto estado afetivo negativo, procura identificar os pensamentos, sentimentos e ações características a este nível, as quais na prática se traduzem pela irritabilidade e ressentimento;
-

- Ansiedade fóbica – definida como resposta de medo persistente a uma pessoa, objeto, local ou situação específica. Tem um carácter irracional e é desproporcional ao estímulo desencadeante, levando o indivíduo a adotar comportamentos de evitação;
- Ideação Paranoide – representa o comportamento paranoide fundamentalmente como modo perturbador do pensamento;
- Psicoticismo – fornece um “*continuum*” gradual desde isolamento interpessoal ligeiro até à evidência drástica da psicose, inclui itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide.

Procedimentos de Aplicação:

1. Após o examinado ter lido e percebido as instruções, inicia-se o preenchimento;
2. Após ler as perguntas, o examinado deverá assinalar a resposta que lhe parecer correta, colocando uma cruz (X) na tabela pretendida;
3. Após o examinado terminar de responder a todas as 90 perguntas, procede-se à sua cotação.

Cotação:

Por cada resposta, o examinado recebe uma pontuação correspondente à resposta. Cada item do SCL-90 é avaliado numa escala de cinco pontos:

1. Zero (Nunca);
 2. Um (Poucas vezes);
 3. Dois (Algumas vezes);
 4. Três (Muitas vezes);
 5. Quatro (Muitíssimas vezes).
-

O valor mais significativo (superior a 2.0) de todas as divisões primárias dá-nos a psicopatologia que o individuo apresenta.

ANEXO D

Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck é aplicado através de um questionário de auto-relato, com 21 itens de escolha múltipla, podendo ser aplicado a indivíduos com 13 anos de idade ou mais. Este inventário tem o objetivo de avaliar a depressão num indivíduo, assim como a sua intensidade, pretendendo então avaliar a severidade dos episódios depressivos

O inventário de Depressão de Beck é constituído por 21 agrupamentos de sintomas, formados por quatro a seis perguntas, dispostas por ordem de gravidade e formuladas a partir do comportamento manifestado por doentes deprimidos: Estado do humor; Pessimismo; Sentimento de fracasso; Sentimento de insatisfação; Sentimento de culpabilidade; Sentimento de autopunição; Ódio a si mesmo; Autoacusação; Desejo suicida; Crise de choro; Irritabilidade; Afastamento social; Incapacidade de Decisão; Distorção da Imagem corporal; Incapacidade de trabalhar; Perturbação do sono; Fatigabilidade; Perda de apetite; Perda de peso; Hipocondria; Perda de libido.

Após o examinado ter respondido às 21 perguntas, é então aferida a intensidade depressiva mediante o resultado total do inventário:

- 0 – 9: Ausência de depressão ou depressão mínima;
- 10 – 18: Depressão média ou depressão moderada;
- 19 – 29: Depressão moderada a depressão grave;
- 30 – 63: Depressão grave.

ANEXO E

Teste das Matrizes Progressivas de Raven

Desenvolvido por John Raven (1936), o teste das Matrizes Progressivas de Raven é uma prova de inteligência que têm o objetivo de avaliar e medir o “fator G” (inteligência geral). O “fator G” é um integrador sintético de toda a atividade intelectual, podendo mesmo referir-se este como sendo o raciocínio, a capacidade de resolução de problemas. Este pode ser aplicado principalmente a adolescentes (12 anos ou mais) e adultos, sendo constituído por cinco séries (A, B, C, D, E), onde cada série tem 12 pontos. À medida que avança no teste, este vai se tornado mais difícil.

Procedimento de aplicação:

1. Existem cinco séries (A, B, C, D, E) e cada série tem 12 pontos, havendo um total de 60 “*puzzles*” a completar;
 2. O examinador terá consigo sempre o caderno de matrizes, dando ao examinando a folha de respostas;
 3. Diz-se ao examinando que se irá mostrar um desenho onde falta uma peça, que ele terá de identificar nas opções que estarão na parte inferior da folha; ou seja, o examinando terá que “achar a peça correta para completar o “*puzzle*”.
 4. Diz-se ao examinando que não existe mais de uma opção correta e que à medida que vai avançando no teste, a dificuldade também vai aumentando;
 5. O examinando deverá de anotar na folha de respostas a opção que achar correta;
 6. O teste termina assim que o examinando tiver respondido a todas as séries, ou caso tenha passado 45 minutos e o examinando esteja longe de acabar.
-

Cotação:

Usando uma grelha de respostas, classificar-se-á cada resposta correta com um ponto, e cada resposta errada com zero pontos. Após a cotação total das respostas, transformar-se-á essa resposta em percentil, que permitirá obter uma estimativa do nível intelectual do examinando.

ANEXO F

Escala de Depressão Geriátrica

A escala de Depressão Geriátrica, é aplicada a idosos (com 65 ou mais anos de idade), com o objetivo de detetar a presença de sintomas depressivos (Mendonça e Guerreiro, 2007). Esta é constituída por 30 perguntas, às quais o examinando terá de responder “Sim” ou “Não”.

Procedimento de Aplicação:

As questões feitas ao examinando, às quais este terá de responder apenas com “Sim” ou “Não” e, dependendo da pergunta e da resposta, esta terá uma cotação de zero ou um. O teste termina assim que as 30 perguntas forem todas respondidas.

Cotação:

Para preenchimento desta escala, deve considerar-se que os itens, um, cinco, sete, nove, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, devem ser pontuados com um ponto, sempre que a resposta for negativa. Aos restantes itens será atribuído um ponto à resposta positiva, “Sim”.

A cotação mínima é de zero, sendo a máxima de 30. Valores entre zero e 10, indicam uma ausência de depressão; 11-20 depressão ligeira e 21-30 depressão grave.

ANEXO G

Teste de Labirintos de Porteus

Criado por Porteus (1965), O teste de Labirintos de Porteus tem o objetivo de avaliar a inteligência geral e prática do sujeito. Permite “medir” a adaptabilidade social do sujeito, a sua capacidade de planejar uma determinada ação. Este teste pode ser aplicado a crianças débeis ou a adultos pouco diferenciados. A mínima de aplicação é a crianças com mais de três anos de idade. Começa-se no labirinto três (independente da idade do examinado) e, à medida que muda de labirinto, o nível de dificuldade vai aumentando.

Procedimento de aplicação:

1. Começa-se sempre no labirinto três, seja qual for a idade do sujeito;
2. A folha tem de estar sempre direita, de frente ao examinando para que ele não a mude de posição;
3. Diz-se ao examinando que os labirintos vão ficando cada vez mais complicados;
4. Explica-se ao examinando que pode fazer o teste inicialmente com o olhar mas não pode traçar o percurso com o dedo;
5. Assim que o teste começa o examinando não pode levantar o lápis da folha, mas pode parar para ver qual o caminho certo;
6. O examinando não pode voltar para trás, não pode atravessar as linhas para cima e nem pode entrar num caminho sem saída. Se assim o fizer consideramos erro e muda-se de labirinto;

7. Se o sujeito levantar o lápis, tocar nas linhas paralelas, ou se apercebe rapidamente que se enganou, e emenda o caminho, apenas se considera erro qualitativo, não descontando na pontuação final;
8. Todos os labirintos têm dois ensaios (se errar à primeira tem uma segunda oportunidade);
9. O labirinto 14 tem quatro ensaios, uma vez que não existe labirinto 13.

Cotação:

Começa-se na idade base de dois anos e vai-se juntando os pontos obtidos de cada labirinto completado com sucesso. Mas, no caso dos adultos, considera-se que têm idade cronológica de 14 anos quando estes têm a 4ª classe ou inferior, ou 15 anos quando têm mais do que a 4ª classe.

- A soma dos pontos obtidos corresponde à idade mental do sujeito
- A pontuação é a seguinte:
 - ✓ Um ponto se o examinando completar no primeiro ensaio;
 - ✓ 0,5 Pontos se o examinando completar o labirinto no segundo ensaio;
 - ✓ No caso do labirinto 14:
 - Dois pontos se o examinando completar o labirinto no primeiro ensaio;
 - 1,5 Pontos se o examinando completar o labirinto no segundo ensaio;
 - Um ponto se o examinando completar o labirinto no terceiro ensaio;
 - 0,25 Pontos se o examinando completar o labirinto no quarto ensaio;