

# **Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

## **Relatório de Estágio**

Carina Sofia Marques Gomes

Gandra, 2020



## **Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

### **Relatório de Estágio**

Carina Sofia Marques Gomes

Código de aluno: 23057

**Supervisão:** Prof. Doutora Manuela Leite

Gandra, 2020

### **Declaração de Integridade**

Carina Sofia Marques Gomes, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em parte dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **Agradecimentos**

*Com a finalização deste estágio não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que, direta ou indiretamente me ajudaram nesta etapa tão importante da minha vida pessoal e profissional...*

*Devo um profundo agradecimento à minha **família**, em especial aos meus pais, por me terem proporcionado esta oportunidade, por me apoiarem sempre no meu crescimento pessoal e profissional, pelos valores transmitidos, por tudo o que me ensinaram, por serem o meu maior amparo e por acreditarem sempre em mim.*

*Um agradecimento especial ao **André**, que suportou com paciência e compreensão as longas horas de trabalho, que sempre me ajudou e motivou a ir mais além e que teve a capacidade de me fazer rir nas alturas mais difíceis.*

*Aos meus **amigos** pelos momentos não só de diversão mas também de apoio e entre ajuda.*

*À **minha orientadora** pela notável orientação prestada ao longo do estágio, pela confiança depositada e pela autonomia facultada, que foram essenciais para o meu crescimento enquanto profissional, dando-me sempre a segurança necessária para continuar.*

*À **Professora Dra. Manuela Leite** pelo acompanhamento constante, pela partilha de conhecimentos e experiências que me enriqueceram e pela sua preocupação e tempo disponibilizado.*

*Ao **Professor Dr. Bruno Peixoto** por todos os conselhos e orientação prestada e pelo seu fascínio, que sempre me motivou a aprofundar os meus conhecimentos na área da neuropsicologia cognitiva.*

*A todo o **corpo docente** pela excelente formação que me proporcionaram ao longo destes 5 anos.*

*A todos os **profissionais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental** pela ótima receção e a vasta aprendizagem.*

*Obrigada!*



## Índice

I. Introdução.....	6
II. O Local de Estágio .....	6
2.1. Caracterização do DPSM.....	7
2.2. O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar .....	8
III. Descrição das Atividades Estágio .....	10
3.1. Reuniões de Supervisão.....	10
3.2. Reuniões de Orientação .....	11
3.3. Observação Participante da Consulta de Psicologia Clínica no DPSM .....	14
3.4. Reuniões do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) .....	15
3.5. Formações Recebidas .....	15
3.6. Formações Realizadas .....	16
3.7. Consultas de Psicologia e Neuropsicologia Clínica .....	16
3.8. Grupos de Intervenção Terapêutica.....	17
IV. Estudo de Caso I: Doente J.M.....	21
V. Estudo de Caso II: Paciente J.C. ....	41
VI. Reflexão Final .....	51
Referências Bibliográficas.....	54
Lista de Anexos .....	61

## **I. Introdução**

O estágio curricular é uma etapa essencial no percurso acadêmico. É o momento em que nos é permitido o contacto direto com a realidade, o desenvolvimento pessoal e profissional e que não seria possível de concretizar sem a presença dos conhecimentos e competências adquiridas previamente.

É nesta etapa que colocamos à prova todos esses conhecimentos, juntamente com todas as nossas competências como futuros psicólogos, o que nos proporciona uma projeção para o nosso futuro profissional.

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do 2º ciclo de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde – Norte (IUCS-N). Decorreu no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de uma unidade hospitalar sob a supervisão da Professora Doutora Manuela Leite e a orientação da Psicóloga Clínica e da Saúde e Neuropsicóloga do departamento. Teve uma duração aproximada de 11 meses, com início a 2 Outubro de 2018.

Tem como objetivos refletir e descrever todo o percurso enquanto estagiária de Psicologia, começando pela caracterização do local de estágio e o papel que o psicólogo clínico nele assume, bem como a apresentação das atividades de estágio desenvolvidas, que vão desde a observação participante até à realização de consultas psicológicas e intervenção em grupos terapêuticos, culminando na apresentação de dois estudos de caso ilustrativos do percurso realizado, segundo a abordagem conceptual da Psicologia e Neuropsicologia clínicas.

## **II. O Local de Estágio**

O hospital é uma entidade pública reconhecida internacionalmente pela qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Esta instituição tem como atribuição principal a prestação de serviços de saúde, integrado no Serviço Nacional de Saúde e presta serviços de assistência prioritária a mais de 7 concelhos. Tem também por objetivo desenvolver atividades de formação, pré e pós-graduadas, de ensino e de investigação.

A unidade hospitalar é provida de três edifícios. O edifício principal é constituído por 11 pisos e contém a Consulta Externa – I, o Internamento, o serviço de Urgência, a Farmácia de Ambulatório e o centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA). O 2º edifício é

composto pela Consulta Externa - II, a Fisiatria, a Unidade de Dor, os Paliativos e a Psiquiatria e Saúde Mental. O 3º edifício, que é também o mais recente, contempla a Consulta Externa - III e o Hospital de Dia.

## **2.1. Caracterização do DPSM**

O estágio curricular decorreu no DPSM que é um dos serviços clínicos da área médica do hospital. É constituído por uma equipa interdisciplinar de sete psiquiatras (um deles Diretor do Serviço), dois pedopsiquiatras, quatro psicólogos (um deles coordenador da Unidade de Psicologia), uma assistente social do serviço social, uma equipa de enfermagem e o serviço administrativo.

A prioridade deste departamento é o atendimento à comunidade, uma vez que surgiu a necessidade de dar resposta à carência de prestação de cuidados de saúde mental na região assistencial do hospital.

Esta unidade recebe utentes de todas as faixas etárias, com todo o tipo de patologia mental, onde podem ser utilizadas diversas modalidades de intervenção.

Atualmente, o DPSM dá apenas resposta aos pedidos intra-hospitalares, provenientes de outros serviços e especialidades, oferecendo tratamento psicofarmacológico e/ou psicoterapêutico (individual ou em grupo). Apresenta algumas Unidades/Serviços/Consultas específicas vocacionadas para a assistência de situações particulares, como a Unidade de Psicogeriatrics e Perturbações Cognitivas; Unidade de Intervenção em Crise, indicada para casos mais graves como tentativas de suicídio ou traumas recentes; o apoio psicológico aos Cuidados Paliativos, ao centro de PMA e à Obesidade. Existe a Psiquiatria e Pedopsiquiatria de ligação, bem como a consulta de Casal, a consulta de Neuropsicologia, a consulta da Dor e a consulta de Enfermagem.

Contempla ainda o regime de Internamento que tem capacidade para 12 doentes e o Hospital de Dia, à qual está associado um programa de prevenção de recaídas de doentes mentais graves, com apoio domiciliário semanal.

A par com a prática clínica realizada, o DPSM inclui ainda uma vertente científica, direcionada tanto para o ensino como para a investigação, motivando a realização de trabalhos de investigação tanto pelos profissionais que aqui trabalham como pelos estagiários que neste local iniciam a sua atividade clínica.

## 2.2. O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

O hospital é uma instituição complexa (Tonetto & Gomes, 2007) e o desenvolvimento da Psicologia como especialidade e disciplina de saúde levou ao aparecimento de vários subcampos e subespecialidades.

O papel profissional dos psicólogos em serviços de saúde pode envolver aspetos muito variados como a participação em atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença; avaliação psicológica de utentes referenciados pelos médicos de diferentes especialidades; intervenções clínicas diretas com os utentes; tarefas de consultoria; participação em projetos de investigação, formações e grupos de trabalho (Trindade & Teixeira, 2002; Wahass, 2005).

Os psicólogos que trabalham em contexto hospitalar podem trabalhar de forma independente ou como parte de uma equipa. No caso do DPSM, o psicólogo integra uma equipa interdisciplinar e multidisciplinar de atendimento ao doente e assume vários papéis, entre os quais o papel de Clínico, Neuropsicólogo, Formador e Investigador.

### ▪ Psicólogo Clínico

A Psicologia Clínica é uma área de especialidade complexa e diversificada dentro da Psicologia e segundo Ribeiro e Leal (1996) é definida como a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou «*distress*».

Sendo-se psicólogo clínico no DPSM é necessário dar resposta aos pedidos formulados por outros serviços (e.g. Psiquiatria, Pediatria, Neurologia, Medicina de Reprodução - PMA). Os pedidos de consulta são tão variados como os serviços que os encaminham, desde quadros psicopatológicos, a quadros de défice cognitivo ligeiro e/ou demências, alterações psicológicas secundárias a patologias orgânicas e avaliação cognitiva e emocional, necessárias para posteriormente intervir.

Tendo em conta as especificidades de cada caso, é necessária uma avaliação psicológica e posterior elaboração de um diagnóstico, que inclui a decisão acerca das orientações terapêuticas e eventual necessidade de encaminhamento.

A intervenção psicológica ocorre através da consulta individual e/ou intervenção em grupo. Uma vez que o tempo dedicado a cada doente está condicionado pelo elevado número de utentes, a terapia de grupo é uma das respostas que a Unidade de Psicologia Clínica e da

Saúde disponibilizou para possibilitar uma intervenção atempada da resolução de problemáticas.

#### ▪ **Neuropsicólogo Clínico**

A Neuropsicologia Clínica é uma especialidade da Psicologia profissional que se dedica a melhorar a compreensão das relações cérebro-comportamento e a aplicação desse conhecimento aos problemas humanos (APA, 2010). Segundo Ardila e Rosselli (2007), a Neuropsicologia ocupa um lugar intermédio entre a Neurologia e as Neurociências por um lado e a Psicologia e as Ciências Sociais por outro.

Considera-se que esta atividade é fundamental não apenas na procura e descrição de possíveis anormalidades associadas aos danos cerebrais (síndromes neuropsicológicas), mas também na análise da topografia e extensão do processo patológico, na proposta sobre a possível evolução do paciente e na sugestão de medidas terapêuticas (Ardila & Ostrosky, 2012).

A função do neuropsicólogo consiste na avaliação, diagnóstico e reabilitação neuropsicológica de perturbações inerentes à disfunção cerebral iniciando a avaliação pelo estudo da história clínica (Margolin, 1992). Uma anamnese completa ajuda a delinear conclusões diagnósticas que a avaliação formal procurará confirmar.

A proposta de uma reabilitação neuropsicológica só faz sentido após uma avaliação detalhada, onde são identificadas as áreas que necessitam de intervenção (Wilson, 2008), através da entrevista com o doente e com os familiares. É indicada para pessoas com défices cognitivos, emocionais ou comportamentais, permitindo que estas alcancem o seu potencial máximo nos domínios do funcionamento psicológico, social, de lazer, vocacional ou quotidiano (Wilson, Gracey, Evans, & Bateman, 2009).

Embora esteja parcialmente preocupada com a remediação ou alívio das consequências emocionais, comportamentais e motoras da lesão cerebral, um dos principais papéis da reabilitação neuropsicológica é o tratamento de défices cognitivos resultantes de danos ao cérebro. No entanto, a reabilitação neuropsicológica é mais do que reabilitação cognitiva, uma vez que existe um reconhecimento generalizado de que a cognição, a emoção e o funcionamento psicossocial estão interligados, e todos devem ser alvo de reabilitação (Wilson, 2008), sendo esta a base da abordagem holística.

#### ▪ **Investigador**

Sendo o DPSM uma parte integrante de um hospital com uma forte componente de ensino e promoção da investigação, este privilegia a investigação científica motivando todos os profissionais que o integram, incluindo os estagiários a desenvolverem trabalhos com o objetivo de acrescentar e aprimorar as competências académicas e clínicas.

#### ▪ **Formador**

Atendendo às necessidades da população em geral, e dos psicólogos e estudantes de Psicologia em particular, é necessário proporcionar o acesso a reflexões relativas a temas específicos onde a troca de experiências se alia ao conhecimento teórico-prático do formador. A necessidade de atualização acerca da evolução no campo tanto da Psicologia como da Neuropsicologia e da aquisição de conhecimentos de avaliação, intervenção e conceptualização da psico e neuropatologia atribuem relevância ao papel do psicólogo enquanto formador e formando.

Os psicólogos são os profissionais indicados para alavancar o desenvolvimento profissional de outros profissionais, apresentando assim a responsabilidade de desenvolverem e implementarem ações de formação, educação e sensibilização para a saúde, de forma a sensibilizarem outros técnicos de saúde acerca das problemáticas psicológicas.

### **III. Descrição das Atividades Estágio**

Como referido anteriormente, o estágio teve início em 2 Outubro de 2018 e término em Agosto de 2019, incorporando um conjunto de atividades aqui descritas, desde a observação participante numa fase inicial, à realização de consultas, reuniões de supervisão e orientação, reuniões de serviço do DPSM, formações e atividades formativas (Anexo 1).

#### **3.1. Reuniões de Supervisão**

As reuniões de supervisão decorreram a cargo da Doutora Manuela Leite, Psicóloga Clínica e docente no IUCS, CESPU. Inicialmente, estas reuniões começaram por ser semanais e posteriormente foram realizadas com uma periodicidade quinzenal, ou sempre que existisse necessidade.

De acordo com Falender e Shafranske (2004), a supervisão clínica é uma atividade profissional distinta, na qual a educação e o treino destinados ao desenvolvimento da prática informada pela ciência são facilitados por meio de um processo interpessoal colaborativo.

Envolve observação, avaliação, *feedback*, facilitação da autoavaliação do aluno e aquisição de conhecimento e habilidades por instrução, modelagem e solução mútua de problemas.

Na prática, estas reuniões tiveram como principal objetivo o esclarecimento de dúvidas referentes ao estágio, o fornecimento de orientações quanto à forma de atuar, o que me permitiu adotar uma atitude crítica e possuir uma capacidade de reflexão face ao meu trabalho. Foi-me ainda fornecido algum material de apoio útil e indicação de locais de pesquisa (e.g. links úteis, repositórios académicos, bibliotecas técnicas, entre outros).

### **3.2. Reuniões de Orientação**

As reuniões de orientação seguiram uma periodicidade adequada às necessidades, existindo sempre que possível um acompanhamento semanal, direcionado de forma mais incisiva à prática clínica e discussão de casos clínicos acompanhados.

Inicialmente houve uma organização das atividades de estágio, com fornecimento de material de apoio relevante, e indicações acerca da dinâmica do serviço, para facilitar a adaptação ao local de estágio. Posteriormente em cada uma das reuniões foram sendo dadas indicações teóricas e técnicas básicas que contribuíram para o trabalho por mim desenvolvido ao longo dos meses.

Desde logo foi possível observar que existia uma grande necessidade de resposta para o elevado número de encaminhamentos para avaliação neuropsicológica da população adulta.

Neste seguimento, uma vez que a Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do DPSM carecia de procedimentos psicométricos padronizados, compostos por itens suficientemente bem analisados e com confiabilidade e validade aceitáveis, a realização de um Protocolo de Avaliação Neuropsicológica *Standard*, foi o primeiro trabalho formal que me foi proposto.

#### **3.2.1. Protocolo de Avaliação Neuropsicológica *Standard***

Este protocolo que desenvolvi (Anexo 2) teve como base os conhecimentos adquiridos durante o percurso académico e um exemplar que já era utilizado no serviço, sendo apresentada uma breve descrição de cada um deles:

##### **Fototeste**

Trata-se de um teste cognitivo muito breve (<3 minutos), fácil de administrar e que facilita a deteção e o acompanhamento de indivíduos com comprometimento cognitivo e

demência. Avalia componentes cognitivas como a nomeação, memória visual recente e fluência verbal semântica. Pode ser aplicado em analfabetos e não requer o uso de papel e lápis (Dias et al., 2015).

### ***Montreal Cognitive Assessment (MoCA)***

É um teste de uma página administrado em 10 minutos, cuja pontuação máxima são 30 pontos. Contempla tarefas de memória de curto prazo, habilidades visuoespaciais, múltiplos aspectos das funções executivas, atenção e concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação espaciotemporal (Nasreddine et al., 2005; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011).

### ***Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III)***

É uma breve bateria de testes, com um tempo médio de administração de 15 minutos, que atende aos requisitos de um teste de triagem, avaliando diferentes dimensões cognitivas e possibilitando um quadro geral do funcionamento neurocognitivo do sujeito (Hsieh et al., 2015). Apresenta uma pontuação máxima de 100 pontos e avalia cinco domínios cognitivos, sendo eles: atenção, memória, fluência verbal, linguagem e o domínio visuoespacial (Machado, Baeta, Pimentel, & Peixoto, 2015).

### ***Auditory-Verbal Learning Test (AVLT)***

É uma prova que consiste na memorização de uma série de 15 palavras em 5 repetições. Trata-se de uma ferramenta particularmente útil na Neuropsicologia clínica por ser um instrumento breve, fácil de administrar, com uma pontuação simples e avalia diferentes aspectos da aprendizagem e da memória (Cavaco et al., 2015).

### ***INECO Frontal Screening (IFS)***

Foi desenvolvido com o objetivo de fornecer uma medida mais sensível para avaliar a disfunção executiva em condições neurodegenerativas. O tempo médio total de administração é de aproximadamente 10 minutos (Torralva, Roca, Gleichgerrcht, López, & Manes, 2009) e a pontuação total varia entre 0 e 30, correspondendo à soma das pontuações dos 8 subtestes (Moreira, Lima, & Vicente, 2014). Os subtestes cobrem 3 domínios, nomeadamente a inibição de resposta e ajuste de deslocamento, abstração e memória de trabalho. E avaliam processos



específicos como, a programação motora, a sensibilidade à interferência, o controle inibitório verbal, a capacidade de abstração e a memória de trabalho verbal e espacial.

### ***Trail Making Test (TMT)***

É um teste de atenção dividida composto por duas partes (TMT-A e TMT-B) (Llinàs-Reglà et al., 2017). Tem o intuito de medir as habilidades de *screening* visuo-conceptual e visuomotor, concentração, velocidade psicomotora, atenção dividida e flexibilidade mental (Jacobson, Blanchard, Connolly, Cannon, & Garavan, 2011).

### ***Dementia Rating Scale-2 (DRS-2)***

Esta prova tem como objetivo fazer uma avaliação global da capacidade cognitiva em adultos com níveis baixos de funcionamento cognitivo, distinguindo entre diferentes níveis de capacidades em sujeitos com demência. É composta por 5 subescalas, nomeadamente a atenção, iniciação e perseveração, construção, concetualização e memória (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011).

### ***Behavioral Assessment Dysexecutive Syndrome (BADS)***

Esta bateria de testes foi projetada para prever problemas quotidianos decorrentes da síndrome disexecutiva (Wilson et al., 1996, p.4; cit. Norris & Tate, 2000). Encontra-se estruturada em seis subtestes, com tarefas que simulam atividades da vida real, concebidas para diagnosticar a existência de défices no funcionamento executivo em geral, ou em componentes específicas das funções executivas (Barbosa, Peixoto, & Silveira, 2011).

### ***Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)***

Trata-se de uma medida genérica do nível de independência que avalia tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008).

### ***Geriatric Depression of Scale (GDS)***

É um inventário de 30 itens, com um formato sim / não. Demora 10 a 15 minutos para administrar. A pontuação da escala varia de 0 a 30, representando o número total de sintomas depressivos (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009).

### ***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***

Projetada para auxiliar o clínico no reconhecimento de componentes emocionais da doença física como um instrumento de triagem para ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Foram também desenvolvidas as linhas orientadoras para as ações formativas realizadas por mim no DPSM, temas esses que serão referenciados à frente.

A promoção da autonomia e a pro-atividade foram os aspetos mais importantes que eu retirei da orientação. Inicialmente foi desafiante deparar-me com essa responsabilidade, no entanto foi algo extremamente positivo, porque me dotou de uma maior capacidade de resolução de problemas.

### **3.3. Observação Participante da Consulta de Psicologia Clínica no DPSM**

A consulta de Psicologia Clínica do DPSM é desenvolvida por quatro psicólogos, pelo que me foi dada a oportunidade de observar e intervir nas consultas que os psicólogos orientadores realizam de acordo com a sua especialização profissional, por um período aproximado de 3 meses (outubro, novembro e dezembro de 2018).

A população de doentes observados foi muito diversificada, tanto pelas características sociodemográficas, como sexo, idade e escolaridade, como pelos diferentes diagnósticos e processo de evolução clínica, desde situações agudas e intervenção em crise, à fase de finalização da terapia.

Durante este período de tempo, observei consultas de avaliação psicológica de crianças, adultos e idosos, consultas de seguimento e *follow up* de casos e consultas de acompanhamento de casais encaminhados pela Medicina da Reprodução. A par com esta aprendizagem, este período permitiu ainda observar a administração de instrumentos de avaliação psicológica e neuropsicológica, bem como as intervenções realizadas em grupos terapêuticos. No meu caso em particular tive a oportunidade de assistir e intervir em algumas das sessões do Grupo da Ansiedade e Depressão.

Tendo em conta que este estágio foi o meu primeiro contacto com a realidade hospitalar, esta primeira fase foi muito enriquecedora, porque me facilitou a adaptação à

dinâmica do serviço e fez-me perceber a prática clínica aqui desenvolvida. Deu-me a possibilidade de consolidar e aprofundar os meus conhecimentos e competências em termos de intervenção e permitiu-me perceber que o papel do psicólogo clínico em contexto hospitalar é dificultado pelo tempo extremamente limitado das consultas, que é de aproximadamente 30 minutos.

### **3.4. Reuniões do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)**

O DPSM realiza semanalmente (segundas-feiras de manhã), uma reunião de serviço que reúne todos os técnicos de saúde mental que nele trabalham (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistente social).

Nestas reuniões são realizadas a maioria das ações formativas do DPSM que serão posteriormente abordadas. São discutidos os casos clínicos mais graves e/ou pertinentes, é realizada em conjunto uma análise de pedidos de internamento e/ou encaminhamento, são colocadas questões clínicas que estejam pendentes, assim como a procura de soluções relacionadas com questões práticas e logísticas do departamento.

Tive a oportunidade de fazer participação assídua nestas reuniões, que me foram uteis na medida em que fiquei a conhecer um pouco melhor cada um dos profissionais que aqui trabalham, bem como as especificidades do seu trabalho. Fez-me perceber a realidade que está por trás da gestão deste departamento hospitalar em particular e por fim e talvez o mais importante, consciencializou-me da importância do diálogo interdisciplinar para a resolução de problemáticas inerentes à saúde mental.

### **3.5. Formações Recebidas**

O Centro Académico do hospital desenvolve anualmente várias atividades formativas no âmbito do Projeto de Formação em Serviço, neste caso a decorrer no DPSM, para os técnicos de saúde mental que o integram.

Durante o percurso de estágio, tive a oportunidade de participar em várias formações, que seguiram uma multiplicidade de problemáticas relacionadas com a saúde mental (Anexo 3). Foi-me ainda permitido frequentar a ação formativa “Suporte Básico de Vida” que é externa ao DPSM.

As atividades formativas recebidas permitiram a aquisição e o aprimoramento dos conhecimentos, incentivando a um processo contínuo de procura de atualização prática e científica, revelando-se assim numa mais-valia para o enriquecimento curricular.

### **3.6. Formações Realizadas**

No seguimento da elaboração do Protocolo de Avaliação Neuropsicológica *Standard* (c.f.3.2.1.), foi-me pedido que fizesse uma apresentação referente ao MoCA (Anexo 4) numa ação formativa para todos os psicólogos do DPSM. Esta formação teve como objetivos dar a conhecer um dos instrumentos mais utilizados para despiste de queixas cognitivas subjetivas, sendo fornecida informação de base para que também o possam utilizar futuramente.

No decorrer do estágio, foi-me também proposto a realização de uma outra atividade formativa, que se relacionou com o meu projeto de investigação de mestrado, intitulada de “Avaliação da capacidade financeira em contexto de envelhecimento cognitivo normal e patológico, com recurso ao *Numerical Activities of Daily-Living-Financial* (NADL-F) ” (Anexo 5). É um tema inovador e que ainda se encontra a ser validado para a população portuguesa.

No entanto, dado o tempo limitado de estágio e a incompatibilidade com o período de férias dos profissionais de saúde do DPSM, não foi possível realizar esta ação formativa.

### **3.7. Consultas de Psicologia e Neuropsicologia Clínica**

Embora tenha ficado delineado que o principal objetivo deste estágio fosse a obtenção de experiência nas várias áreas da Psicologia, o que de facto aconteceu, o meu trabalho clínico no DPSM acabou por incidir maioritariamente na área da Neuropsicologia. A população foi muito diversificada (desde pessoas muito jovens a pessoas mais velhas) e apresentou os mais variados problemas (e.g. queixas no desempenho cognitivo, como problemas de memória; distinção entre envelhecimento normal e existência de distúrbio neurológico; diagnóstico diferencial entre quadros demenciais; diagnóstico diferencial entre síndromes neurológicas e síndromes psiquiátricas; caracterização de alterações cognitivas após lesão cerebral; doenças desmielinizantes, como a esclerose múltipla; etc.).

Esta área suscitou em mim um interesse acrescido devido à interface existente entre a Psicologia e a Neurologia que me obrigou a um esforço maior tanto no momento da avaliação como no da intervenção, pela necessidade de estudar as relações entre o cérebro e o comportamento humano. E é ainda de salientar que a diversidade de casos encontrados contribuiu significativamente para um desenvolvimento de competências mais diversificado.

Foi-me proporcionada a oportunidade de avaliar e/ou intervir com cerca de 80 casos não só relacionados com a área da Neuropsicologia, como de outras áreas da Psicologia (Anexo 6). O acompanhamento de cada caso incluiu o registo diário das consultas realizadas e a elaboração de um relatório final com as conclusões diagnósticas e possíveis indicações terapêuticas. Mediante a problemática identificada, foi ainda possível, realizar algumas intervenções orientadas para diversos domínios, como a promoção da adaptação do doente ao seu estado de saúde, a promoção do interesse pela estimulação cognitiva e a realização de estimulação cognitiva, o apoio psicoemocional e a monitorização do estado psicoemocional e cognitivo.

Uma das grandes dificuldades intrínsecas ao início da prática profissional, para além da incerteza relacionada com a nossa capacidade de desenvolvermos ou não um bom trabalho, é a diversidade de problemáticas que é encontrada na prática clínica de um hospital público e na variedade de investigação que realizamos paralelamente.

Tudo isto fez com que eu tivesse que desenvolver recursos emocionais e clínicos de forma a conseguir lidar com as minhas frustrações da melhor forma, uma vez que as consultas, no ritmo típico de um serviço em meio hospitalar, se sucedem com rapidez, obrigando-me a uma mudança rápida de registo.

No entanto, mais do que com os livros ou os artigos que consultamos, os casos clínicos que acompanhei, juntamente com as reuniões de orientação e supervisão, permitiram-me uma grande aprendizagem e contribuíram não só para o desenvolvimento de aptidões, como o conhecimento dos meus limites.

A par com os casos acompanhados, a orientadora possibilitou-me ainda a realização de primeiras consultas a doentes com diferentes diagnósticos, em que era requerido que eu percebesse a problemática do mesmo, tendo ou não acesso ao processo clínico poucos minutos antes da consulta. Tendo em consideração o volume de consultas existente, o principal objetivo destas consultas de rastreio foi perceber o ponto da situação em que a pessoa se encontrava, permitindo estabelecer prioridades acerca da necessidade de acompanhamento psicológico futuro ou encaminhamento para outro tipo de serviço.

### **3.8. Grupos de Intervenção Terapêutica**

Um outro objetivo que nos foi proposto aquando da fase inicial do estágio curricular foi a criação de um grupo terapêutico e a respetiva conceção de um manual terapêutico relativo á problemática que iria ser trabalhada. Como já foi referido inicialmente, os grupos terapêuticos

são uma mais-valia no contexto hospitalar, pela possibilidade de intervirmos em várias pessoas ao mesmo tempo, contrariamente ao que acontece com as consultas individuais e pela variedade de competências interpessoais, cognitivas e comportamentais que podem ser desenvolvidas.

Foi-nos dada a possibilidade de darmos continuidade às temáticas que já existissem, ou desenvolvermos uma nova temática de intervenção, comprometendo-nos a acompanhar esses doentes conforme o número de sessões propostas.

### **3.8.1. Grupo de Cuidadores Informais de Doentes Portadores de Demência**

Sob a orientação da orientadora e da Prof. Manuela Leite foi criado um grupo destinado para cuidadores informais de doentes portadores de demência.

Este grupo teve como objetivo capacitar os cuidadores ao nível de competências pessoais/sociais, no sentido de os dotar de conhecimentos não só para o cuidado da pessoa de quem cuidam, como do seu autocuidado. São indivíduos que na sua generalidade, não têm formação para desempenhar essa atividade e quando se confrontam com esta realidade sentem que não estão suficientemente preparados para assumirem essa responsabilidade.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que o grupo deveria ser composto por cuidadores informais de um doente portador de demência e, que o doente e/ou o cuidador deveriam ser utentes da presente unidade hospitalar.

Não foram estabelecidos critérios relativamente ao tipo de demência, tempo que executam a atividade de cuidador e o tipo de parentesco com o familiar que apresenta um quadro demencial

Assim sendo, o grupo fechado foi constituído por 7 elementos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 44 e os 59 anos. A demência do tipo Alzheimer foi a demência prevalente no grupo, sendo que 6 mulheres eram cuidadoras do pai/mãe e apenas 1 era cuidadora do cônjuge.

De forma a dar suporte às sessões de formação, desenvolvi um manual terapêutico do profissional de saúde (Anexo 7), um manual terapêutico do cuidador informal (Anexo 8), bem como uma apresentação em formato PowerPoint (Anexo 9).

Foram realizadas 7 sessões, com periodicidade mensal (2ª semana de cada mês) e duração aproximada de 90 minutos para cada sessão, contando com a presença de duas técnicas estagiárias – terapeuta e coterapeuta, na qual desempenhei a função de terapeuta.

As sessões tiveram essencialmente uma vertente psicoeducativa e de suporte emocional, apresentando-se seguidamente uma síntese do trabalho realizado em cada uma das sessões.

Na 1ª sessão foi feita uma apresentação da terapeuta e coterapeuta e de todos os participantes, bem como uma apresentação do programa e dos conteúdos da intervenção, onde foram explicados os objetivos e a principal finalidade do programa. Realizou-se uma análise das expectativas e das necessidades do grupo e no final da sessão foi pedido a cada uma das participantes que preenche-se as escalas para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*), bem como dos níveis de sobrecarga (Questionário da Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal - QASCI) e luto antecipado (*Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form - MM-CGI-SF*).

A 2ª sessão teve a participação da assistente social do DPSM, que informou as cuidadoras sobre a legislação, questões jurídicas, serviços e redes de apoio existentes e como aceder a estes.

A 3ª sessão teve como objetivo promover os conhecimentos teóricos sobre as demências, dando enfoque aos quadros demenciais presentes no grupo.

Na 4ª sessão abordaram-se possíveis estratégias para enfrentar as situações problemáticas da vida diária, de acordo com a evolução do quadro demencial (e.g. memória, comunicação, desorientação, higiene pessoal, segurança, perguntas repetitivas, esconder e perder coisas, etc.). Foram também abordadas atitudes e comportamentos que podem contribuir para a promoção da qualidade de vida do seu familiar.

A 5ª sessão teve como principal objetivo refletir sobre o conceito de “cuidador informal”. Foi feita uma partilha de experiências e sentimentos relativamente aos aspetos positivos e negativos associados ao papel do cuidador, com o objetivo de facilitar o reconhecimento dos sinais de alarme de *distress*. No seguimento desta sessão, a 6ª sessão foi direcionada para o “autocuidado”. As cuidadoras foram consciencializadas para a importância de cuidarem de si próprias. Foi feita uma promoção de atitudes positivas face à prestação de cuidados, com recurso a estratégias de *coping* adequadas na redução da sobrecarga associada à prestação de cuidados.

Na última sessão realizou-se uma súmula dos conteúdos abordados em todas as sessões e procedeu-se à aplicação de um questionário de avaliação e satisfação das sessões de intervenção, bem como das escalas de avaliação que já tinham sido aplicadas na 1ª sessão, de forma a avaliar a eficácia do grupo terapêutico (Anexo 10).

De forma resumida, o teste do Wilcoxon demonstrou que no 2º momento de avaliação os níveis de sobrecarga e sacrifício ( $Z=-2.214$ ;  $p=.027$ ), preocupação ( $Z=-2.014$ ;  $p=.044$ ) e

sobrecarga geral ( $Z=-2.032$ ;  $p =.042$ ) se encontraram significativamente mais baixos, face ao 1º momento de avaliação. Notou-se ainda uma melhoria em dimensões como a depressão ( $Z=-1.682$ ;  $p =.093$ ), luto ( $Z=-1.863$ ;  $p =.063$ ) e isolamento ( $Z=-1.792$ ;  $p =.073$ ), que apesar de não apresentarem valores estatisticamente significativos, encontram-se perto da significância.

Tendo em consideração os resultados obtidos, podemos considerar que de uma forma geral atingiram-se os objetivos propostos.

### **3.8.2. Grupo de Procriação Medicamente Assistida**

Também me foi dada a possibilidade de participar como coterapeuta num outro grupo de intervenção destinado a casais homossexuais, casais heterossexuais casados ou em união de facto há pelo menos dois anos e mulheres solteiras, que se encontravam em lista de espera para o primeiro tratamento de PMA (Fertilização In-Vitro ou Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide), programada para dentro de 6 meses.

Este grupo de intervenção foi criado com o objetivo de abordar as necessidades psicológicas dos casais, sendo que as sessões assumiram uma valência psicoeducativa e preventiva, permitindo aos casais normalizar a sua vivência e obterem uma melhor compreensão sobre as exigências inerentes aos processos que iriam enfrentar, bem como algumas decisões mais informadas.

Para esse grupo foram planeadas 2 sessões, com duração aproximada de 2h cada uma. Na primeira sessão, a equipa médica do centro de PMA foi convidada a participar na sessão, de modo a poder fornecer todas as informações sobre o processo médico que os casais tinham que enfrentar. A segunda sessão foi dinamizada pela terapeuta para a abordagem dos aspetos psicológicos e emocionais.

Neste grupo assumi essencialmente funções de monitorização, supervisão, bem como de suporte nas atividades que foram realizadas pelos participantes. E apesar de me ser dada a oportunidade de intervir sempre que achasse pertinente, este grupo de intervenção assemelhou-se a uma ação formativa que contribuiu para minha aprendizagem e aumento dos meus conhecimentos.



#### IV. Estudo de Caso I: Doente J.M.

##### 4.1. Dados de Identificação

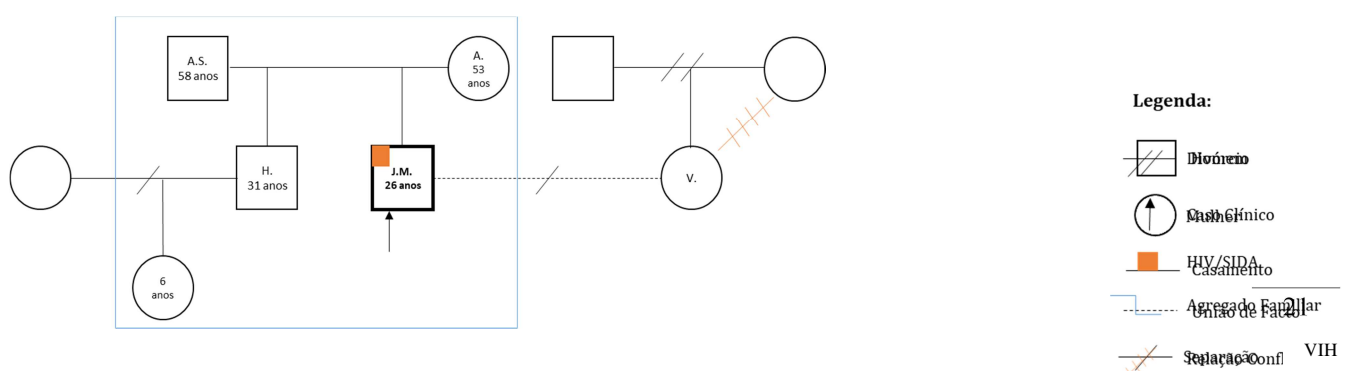
J.M. tem 26 anos e é o filho mais novo de uma fratria de 2. É divorciado e não tem filhos. Estudou até ao 9º ano de escolaridade e antes de adoecer, era funcionário/encarregado de uma pastelaria. Atualmente está desempregado. Viveu sempre com os pais.

##### 4.2. Motivo do Encaminhamento

J.M. foi encaminhado pelo serviço de Neurologia, para avaliação neuropsicológica devido a uma sobreposição de patologias neurológicas e infecciosas, nomeadamente infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Toxoplasmose Cerebral ou Neurotoxoplasmose, Epilepsia Secundária e Encefalite por Citomegalovírus (CMV) e Vírus Epstein-Barr (EBV).

No entanto, no decorrer da primeira consulta, J.M. e a mãe fazem um pedido implícito de acompanhamento psicológico, tendo em consideração as queixas cognitivas e as dificuldades de comunicação por ele apresentadas e o reconhecimento da eficácia de outro tipo de intervenções anteriores. Visto que este esteve em risco de vida, a mãe ressalta a evolução e as melhorias visíveis no filho e acrescenta que após o internamento hospitalar, este não conseguia falar e apresentava uma hemiparesia esquerda. Mesmo assim, a mãe apresenta a expectativa de que as consultas de Neuropsicologia possam ajudar o filho a “ficar bom das suas perdas cognitivas” (sic).

##### 4.3. Genograma



#### **4.4. Fontes de Informação**

Utilizaram-se duas fontes para a recolha da história clínica, a entrevista com o J.M. e a mãe, e a consulta do processo clínico.

#### **4.5. História Clínica**

J.M. deu entrada nas urgências hospitalares a 4 de Julho de 2014 devido ao cansaço físico extremo e fraqueza que sentiu nesse dia enquanto trabalhava. No entanto, o patrão que o acompanhou mencionou que o doente já se encontrava mais “parado” que o habitual, desde o início dessa semana, mas tanto J.M. como a família assumiram tratar-se de sintomas de gripe.

Segundo as informações clínicas, nesse dia apresentava alterações mínimas do estado de consciência, sonolência, prostração<sup>1</sup>, febre e pancitopenia<sup>2</sup>.

Foi internado no Serviço de Medicina Interna até ao dia 24 de Setembro de 2014 e os exames realizados indicaram que apresentava uma infeção por VIH. No entanto, durante este período foi alvo de várias infeções oportunistas e complicações, mais concretamente Toxoplasmose Cerebral, Epilepsia Secundária, e Encefalite Viral por CMV e EBV.

Quando saiu do internamento foi encaminhado para os cuidados continuados, numa outra unidade hospitalar onde ficou internado até Novembro de 2014.

Posteriormente, esteve internado no serviço de Medicina Interna da presente unidade hospitalar, de 17 a 21 de Fevereiro de 2019 por Meningite Vírica, tendo sido isolado no líquido cefalorraquidiano o enterovírus<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Estado de abatimento extremo, físico e psíquico, que se traduz por imobilidade total e ausência de reações às solicitações exteriores.

<sup>2</sup> Diminuição global de elementos celulares do sangue (glóbulos brancos, vermelhos e plaquetas).

<sup>3</sup> Os enterovírus são disseminados nas secreções orais, fezes e, algumas vezes, estão presentes no sangue e no líquido cefalorraquidiano de pacientes infetados.

No estudo da Tomografia Axial Computorizada Cranioencefálica (TAC-CE) realizada são observadas extensas áreas de encefalomalacia<sup>4</sup> (gliose) a envolver as regiões córtico-subcorticais, predominantemente subcorticais, em ambos os hemisférios cerebrais, em particular e de forma mais extensa os lobos frontais. As alterações referidas e tendo em consideração a informação clínica, sugerem lesões sequelares de natureza infecciosa, provavelmente no contexto de Toxoplasmose e/ou CMV.

Segundo a Eletroencefalografia (EEG) realizada em Setembro de 2015, o traçado de vigília não apresenta alterações paroxísticas intercríticas, apresenta uma atividade base normal e uma atividade lenta bilateral.

A Ressonância Magnética (RM) realizada em 2016 revela a presença de lesões sequelares.

A par com o acompanhamento da Neuropsicologia na unidade de Psicologia Clínica e da Saúde, do Serviço de Medicina Interna/Doenças Infecciosas e Neurologia, encontra-se a ser acompanhado também pelos Serviços de Fisiatria, Podologia, Oftalmologia, Ortopedia, Estomatologia/Medicina Dentária e Nutrição.

Atualmente encontra-se medicado com Truvada<sup>5</sup>, Ritonavir<sup>6</sup>, Baclofeno<sup>7</sup>, Pantoprazol<sup>8</sup> e Valproato de Sódio<sup>9</sup>, referindo que se tem sentido bem.

No entanto, J.M. e a mãe mencionam queixas cognitivas que se relacionam com o domínio da linguagem expressiva, devido à dificuldade que este apresenta ao nível do discurso. A par com a dificuldade linguística, este queixa-se de tremores nos membros superiores, consequência da problemática neuronal.

O doente nota ainda maior agitação psicomotora e períodos de ansiedade marcada. A mãe acrescenta que — “ *quando ele sai de casa e vai a algum local da freguesia, o comportamento dele altera-se e fica muito nervoso e tenso, com suores frios, porque sabe que as outras pessoas vão falar dele e da sua situação*” (sic).

---

<sup>4</sup> É uma cicatriz que se forma no cérebro em decorrência de algum dano.

<sup>5</sup> Associação de Emtricitabina e Tenofovir, dois medicamentos com propriedades antirretrovirais, capazes de prevenir a contaminação com o vírus VIH e também ajudar no seu tratamento.

<sup>6</sup> Fármaco antirretroviral que age como inibidor de protease, sendo utilizado para tratar a infeção pelo vírus VIH e SIDA.

<sup>7</sup> Relaxante muscular de ação central usado para tratar espasmos, soluços persistentes e neuralgias.

<sup>8</sup> Indicado para reduzir a acidez estomacal e os sintomas em casos de gastrite, gastroduodenite, dispepsia não ulcerosa e doença por refluxo gastroesofágico.

<sup>9</sup> Anticonvulsivante e estabilizador de humor muito usado no tratamento de epilepsia e/ou convulsões.

Segundo a informação recolhida pela mãe, existem alterações do comportamento pré-mórbido, tornando-se num homem mais inseguro, mais inibido e envergonhado. Apresenta baixos níveis de autoestima e baixa autoconfiança. Consequentemente as alterações supra descritas acabam por interferir com a sua autonomia diária. “*Sinto vergonha por ser portador de VIH e por ter ficado com estas dificuldades na linguagem*” (sic).

#### **4.6. História Pessoal**

O J.M. concluiu o 9º ano de escolaridade sem nenhuma reprovação. Refere que era um aluno mediano e na altura a disciplina onde tinha maiores dificuldades era a Língua Portuguesa.

Não quis continuar a estudar e aos 16 anos começou a trabalhar numa pastelaria, onde esteve até aos seus 21 anos, período em que foi diagnosticada a doença. J.M. considerava-se um rapaz muito extrovertido e gostava do atendimento ao público. Todas as pessoas o conheciam e sempre considerou que tinha um bom suporte social.

Durante este período conheceu uma rapariga com quem teve o seu primeiro e único relacionamento. Ajudou-a a arranjar trabalho na pastelaria onde trabalhava, uma vez que este era o encarregado, com um horário de trabalho e de folgas igual ao seu.

Namoraram aproximadamente 3 anos e tinham a cerimónia de casamento marcada para 20 de Agosto de 2014, tendo entretanto casado pelo registo civil uns meses antes.

J.M. refere que a V. foi a sua primeira e única namorada e foi com ela que teve a sua primeira relação sexual.

Por insistência dela, sempre usaram o preservativo como método contraceptivo principal. No entanto, e uma vez que já namoravam há algum tempo J.M. insistiu para que tivessem relações sexuais sem preservativo, o qual ela consentiu. Tendo em consideração que J.M. não tinha comportamentos de risco (e.g. toxicodependência, relações sexuais desprotegidas com vários parceiros), pensa que a infeção por VIH resultou desta relação sexual desprotegida. V. nunca referiu ser portadora do vírus (e ainda não se sabe), mas teve outros parceiros sexuais, sendo o último namorado toxicodependente.

J.M. diz que a mãe nunca interferiu com as suas escolhas e que esta tinha um bom relacionamento com a sua família, confiando todos nela.

O diagnóstico de portador de VIH e subsequente internamento ocorreu precisamente umas semanas antes do casamento religioso, o que levou ao seu cancelamento.

Durante os primeiros meses de internamento, V. visitava-o semanalmente, no entanto no início de 2015 deixou de o visitar tão frequentemente, tendo-se separado do mesmo no decorrer desse ano.

Neste período, V. que tinha ficado responsável pelo depósito bancário do dinheiro da baixa médica na conta de J.M., desfalcou-o economicamente. Após a separação, a mãe verificou que o saldo da sua conta bancária era nulo, tendo perdido uma poupança de aproximadamente 8000€.

J.M. esteve 3 anos de baixa médica (2014 a 2017) e recorreu aos serviços particulares de Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, não tendo direito a qualquer apoio financeiro. Uma vez que as exigências financeiras se tornaram maiores, deixou de realizar a Terapia da Fala e a Terapia Ocupacional, mas pondera retomar futuramente. Atualmente recebe uma pensão de 278€ devido a uma incapacidade de 68%.

Durante as sessões de avaliação, o doente afirma que o que mais lhe custa é a “crueldade” das pessoas que o rodeiam. Após as complicações de saúde, viu todos os seus amigos e pessoas próximas afastarem-se de si, a ignorá-lo e/ou criticá-lo, deixando-o ainda mais fragilizado, uma vez que a companheira também já se tinha afastado de si. Reconhece apenas um bom suporte familiar.

#### **4.7. História Familiar**

O doente refere que sempre existiu uma boa relação familiar entre todos e que sempre se apoiaram em todas as situações.

Considera que o irmão é o único dos amigos que lhe resta e apoia em tudo o que precise.

O pai construtor civil de profissão encontra-se atualmente desempregado tendo sofrido um ataque cardíaco após o diagnóstico de VIH de J.M. Recentemente foi operado aos dois joelhos e subsiste à custa do subsídio de desemprego.

A mãe também se encontra desempregada. Era empregada de limpeza, mas devido à condição médica do marido e do filho, viu-se obrigada a deixar o emprego para cuidar deles.

#### **4.8. Avaliação (Neuro) Psicológica**

A avaliação do estado neurocognitivo e emocional de J.M. decorreu em 5 consultas, com duração aproximada de 1 hora cada uma, no período compreendido entre os dias 22 de

Março e 17 de Maio. O doente revelou um bom cumprimento dos horários marcados para as consultas, comparecendo atempadamente às mesmas na companhia da mãe. A recolha anamnésica foi sendo transversal às sessões de avaliação.

#### **4.8.1. Estado Mental e Avaliação do Comportamento**

Durante as consultas compareceu sempre com um aspeto asseado e arranjado, revelador de bom cuidado geral.

De uma forma geral, o seu comportamento era adequado e cooperante, apresentando predominantemente um humor eutímico. Sem comprometimento ou alteração da perceção e conteúdo do pensamento.

Apresentou uma boa capacidade de compreensão, apesar das alterações significativas no discurso, com presença de ecolalia, existindo uma clara tendência para repetir as últimas palavras proferidas pela mãe ou pelo respetivo profissional de saúde. No entanto, quando comparece sozinho nas consultas, denota-se uma melhoria significativa na qualidade do seu discurso, falando mais pausadamente e fazendo um esforço por utilizar uma maior diversidade de vocabulário. Isto sugere que quando este tenta comunicar com várias pessoas ao mesmo tempo a ecolalia é mais marcada e a linguagem menos clara.

Revelou sempre insight e diferenciação psicológica, apresentando-se orientado no tempo e no espaço.

#### **4.8.2. Instrumentos Aplicados**

Além da anamnese focada na história do problema (sintomas, evolução, tratamentos e resultados, fatores precipitantes e predisponentes) e da recolha de dados biopsicossociais relevantes (dados sociodemográficos, desenvolvimentais e familiares), avaliou-se a sua funcionalidade nas diversas tarefas da vida diária e tendo por base os dados da história clínica, foram aplicados os seguintes instrumentos que constam no protocolo *standard* (c.f.3.2.1.):

- Fototeste;
- *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III);
- *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA);
- *INECO Frontal Screening* (IFS);

- *Auditory Verbal Learning Test (AVLT)*;
- *Trail Making Test (TMT)* e
- *Behavioral Assessment Dysexecutive Syndrome (BADS)*.

### 4.8.3. Resultados

- **Fototeste**

**Tabela 1.** Resultados obtidos no Fototeste.

Denominação = 6/6
Fluência Verbal = 20
Recordação Livre = 10/12
Recordação Facilitada = 1
Total = 37 pontos (média)

Neste teste obtive uma pontuação total que se situa dentro dos parâmetros esperados, tendo em consideração a sua idade e escolaridade. Não foram objetiváveis qualquer tipo de alterações nas componentes cognitivas avaliadas (nomeação, memória visual recente e fluência verbal semântica).

- **MoCA**

**Tabela 2.** Resultados obtidos no MoCA.

	Resultado Bruto
<b>Visuoespacial/Executiva</b>	
▪ TMT – B	1/1
▪ Desenho Cubo	0/1
▪ Desenho Relógio	2/3
<b>Nomeação</b>	3/3
<b>Atenção</b>	
▪ Sequência de Números	2/2
▪ Série de Letras	1/1
▪ Subtração de 7 em 7	1/3
<b>Linguagem</b>	
▪ Repetição	1/2

▪ Fluência Verbal	0/1
<b>Abstração</b>	1/2
<b>Evocação Diferida</b>	4/5
<b>Orientação</b>	6/6
<b>Total</b>	<b>23/30 (-1.5DP)</b>
<b>Índice de Memória</b>	<b>14/15</b>

Os resultados obtidos nesta prova são sugestivos de anormalidade, e tendo em consideração a sua idade e escolaridade, o valor total situa-se -1.5DP abaixo da média esperada.

No que respeita ao funcionamento executivo, este realizou corretamente a tarefa do *Trail Making Test* – parte B. No desenho do relógio salienta-se apenas uma pequena falha no tamanho dos ponteiros do relógio. O raciocínio abstrato parece manter-se preservado.

São objetiváveis alterações consideradas significativas na capacidade gráfica visuoespacial tridimensional, em parte devido aos tremores que lhe afetam a realização deste tipo de tarefas. Observou-se que o doente teve dificuldade na tarefa de memória imediata, no entanto apresentou um bom desempenho na tarefa de memória episódica recente, bem como reconhecimento preservado. O doente revelou maior dificuldade ao nível do cálculo mental seriado e prejuízo no domínio da linguagem, nomeadamente ao nível da repetição de frases complexas e fluência verbal fonémica. Mantém uma boa orientação espaciotemporal.

### ▪ ACE-III

**Tabela 3.** Resultados obtidos no ACE-III.

	<b>Resultado Bruto</b>	<b>Resultado em notas Z</b>
Atenção	14/18	-2.8 (muito inferior)
Memória	19/26	-2.9 (muito inferior)
Fluência		
• Fonémica (letra P) =3 (P=3-5)	5/14	-4.9 (muito inferior)
• Semântica (animais) =12 (P=3-5)		
• Total=3 (P <1)		
Linguagem	24/26	-0.7 (média inferior)
Visuoespacial	12/16	-1.8 (inferior/limite)



<b>Total</b>	<b>74/100</b>	<b>-4 (muito inferior)</b>
--------------	---------------	----------------------------

Os resultados obtidos em todas as tarefas da prova são traduzidos em notas Z, tendo o doente apresentado resultados negativos em todos os domínios cognitivos. De forma global, este encontra-se com um funcionamento cognitivo considerado muito inferior.

O domínio da orientação espaciotemporal está preservado. Ao nível da componente atencional, este demonstrou um comprometimento acentuado do cálculo mental seriado.

Relativamente ao domínio mnésico, não apresentou alterações relativas à memória imediata, assim como na memória episódica recente, apresentando boa capacidade de reconhecimento. No entanto são observadas dificuldades na memória a curto-prazo (capacidade de recuperação das 3 palavras aprendidas previamente) e memória semântica.

A fluência verbal revelou ser a componente avaliada, na qual este evidenciou um comprometimento mais severo, tanto ao nível da componente fonémica (percentil 3-5) como semântica (percentil 3-5). No domínio da linguagem, este mantém boa capacidade de compreensão e nomeação.

Apesar de ter conseguido realizar as tarefas de linguagem escrita e repetição de palavras complexas e provérbios, exigiu de si uma maior concentração e esforço, uma vez que o seu discurso é precipitado, repetitivo (ecolalia – repete as últimas palavras do discurso de outras pessoas) e tornando-se conseqüentemente pouco claro. A leitura encontra-se afetada (alexia pura). O doente justifica estas falhas, referindo que nunca foi muito bom aluno a Português, o que efetivamente poderá influenciar os resultados, dado os conhecimentos baixos pré-mórbidos.

Relativamente à capacidade gráfica visuoespaciais e habilidades visuoespaciais, este evidenciou apenas pequenas alterações, não devendo ser consideradas significativas, tendo em consideração os tremores observados nos membros superiores durante a realização das mesmas.

- **INECO**

**Tabela 4.** Resultados obtidos no INECO.

	Resultado Bruto
Série Motora	0/3
Instruções Conflituosas	0/3
Go-No-Go	2/3
Dígitos Inverso	3/6
Meses	0/2
Espacial	2/4
Provérbios	2/3
Hayling	6/6
<b>Total</b>	<b>15/30 (-3DP)</b>
<b>Índice de Memória Trabalho</b>	<b>5/10</b>

Dos valores obtidos pelo paciente nesta prova, o resultado final encontra-se -3DP abaixo da média esperada, tendo por base a sua idade e escolaridade.

São patenteadas dificuldades em determinadas dimensões executivas, nomeadamente ao nível da inibição e alternância de resposta.

Não foi capaz de realizar a tarefa de programação motora (Série Motora) e sensibilidade à interferência (Instruções Conflituosas), com tendência para existir perseveração. Foi capaz de realizar a tarefa (*Go-No-Go*), sendo revelador de controlo inibitório preservado.

A memória de trabalho é outra das dimensões executivas na qual foram observadas alterações. Na tarefa de (Dígitos Inverso) o número de algarismos da série mais longa conseguida são 4. A memória de trabalho verbal e espacial estão prejudicadas, apresentando um baixo desempenho na organização dos meses do ano em ordem inversa e na sequenciação dos movimentos observados em ordem inversa.

Parece manter um bom raciocínio abstrato (Provérbios) e controlo inibitório verbal (*Hayling*) sem afetação.

#### ▪ AVLT

**Tabela 5.** Resultados obtidos no AVLT.

Índice	Resultado Bruto	Percentil
AVLT (ensaio 1)	4	6-10
AVLT (ensaio 2)	7	19-28
AVLT (ensaio 3)	6	2
AVLT (ensaio 4)	7	3-5
AVLT (ensaio 5)	8	3-5
<b>Recordação Retardada</b> (Delayed Recall - 30 minutos)	<b>6</b>	<b>3-5</b>
<b>Reconhecimento</b> (Delayed Recognition)	<b>28/30</b>	-
<b>Recordação Imediata</b> Total Learning (TL)	<b>32</b>	<b>2</b>

<b>Learning Over Trials (LOT)</b>	12	19-28
<b>% Retenção</b> Long Term Percent Retention (LTPR)	<b>75%</b>	<b>19-28</b>

Dada a sua incongruência nas tarefas de memórias, recorreu-se à aplicação desta prova, onde este revelou um baixo desempenho, apesar de realizar uma aprendizagem positiva ao longo dos ensaios de Recordação Imediata.

Foi capaz de recordar 32 palavras, no entanto 98% dos homens com 26 anos de idade e a sua escolaridade conseguiram recordar mais de 32 palavras na tarefa de Recordação Imediata.

No ensaio de Recordação Retardada, o paciente recordou 6 palavras, sendo que a pontuação ajustada situa-se no percentil de 3% a 5%, o que significa que 95% a 97% da população masculina “normal” com a sua idade e escolaridade recordaram mais de 6 palavras nesse ensaio.

A capacidade de Reconhecimento da informação previamente aprendida encontra-se preservada.

Tendo por base a pontuação da tarefa de Reconhecimento, o défice de memória que o paciente apresenta, pode ser atribuível a um problema ao nível da capacidade de Recuperação, uma vez que existe uma fraca Recordação Retardada e Reconhecimento Preservado.

#### ▪ TMT

**Tabela 6.** Resultados obtidos no TMT.

Índice	Resultado Bruto	Percentil
TMT A (tempo seg.)	116	<1
TMT B (tempo seg.)	372	<1

O doente apresentou um fraco desempenho na realização das 2 partes (A e B). Na parte A apesar do tempo de realização ser longo, este não cometeu qualquer erro na sequenciação

dos números. Na realização da parte B este apresentou maiores dificuldades, com presença de vários erros na sequenciação dos números com as letras.

Os resultados em tempo obtidos pelo paciente são inferiores a um percentil de 1 e são indicadores de um fraco *screening* visual e velocidade psicomotora lentificada, bem como atenção dividida e flexibilidade mental afetadas.

#### ▪ BADS

**Tabela 7.** Resultados obtidos na BADS.

<b>Subteste 1:</b> Alteração da Regra = 4
<b>Subteste 2:</b> Programa de Ação = 3
<b>Subteste 3:</b> Procura da Chave = 1
<b>Subteste 4:</b> Juízo Temporal = 4
<b>Subteste 5:</b> Mapa do Zoo = 2
<b>Subteste 6:</b> Teste Modificado dos 6 Elementos = 2
<b>Resultado de Perfil Total = 16/24</b>

**Classificação Geral:** Funcionamento Executivo Abaixo da Média

**(Resultado Estandarizado Corrigido= 86)**

Os resultados estandarizados indicam um funcionamento executivo dentro dos valores médios (resultado estandarizado = 90), no entanto, tendo em consideração a sua idade, o seu funcionamento executivo situa-se abaixo dos valores médios esperados.

Da análise dos resultados é de salientar que este evidenciou pouca destreza na conceção de estratégias de ação de acordo com a funcionalidade e probabilidade de sucesso (subteste 3: *Key Search*). Revelou ainda fraca capacidade de planeamento de ação (subteste 5: *Zoo Map*), não sendo capaz de planear autonomamente um percurso correto para visitar os locais indicados do jardim zoológico quando é dada pouca estruturação externa ao comportamento. Na situação que envolve seguir uma estratégia comportamental precisa e externamente determinada, este não evidenciou qualquer tipo de dificuldade.

A capacidade de planeamento e organização temporal de tarefas e automonitorização do desempenho também se encontram prejudicadas (subteste 6: *Modified Six Elements*). O doente não respeitou a “regra de ouro” desta tarefa e não foi capaz de organizar as seis tarefas e programar o tempo da respetiva realização durante um período de dez minutos. Durante a realização das sub-tarefas de aritmética deste subteste, foi possível observar que o cálculo mental está significativamente comprometido.

Mantém preservada a habilidade para mudar um padrão de resposta estabelecido, adaptando as suas respostas comportamentais e inibindo o padrão de resposta original (subteste1: *Rule Shift Cards*). Mostra alguma capacidade de resolução de problemas práticos, apesar da capacidade de sequenciação estar ligeiramente afetada (subteste 2: *Action Program*).

Por fim, mantém uma boa capacidade de prever ou estimar quanto tempo demora, em média, a realização de várias tarefas, acontecimentos ou atividades do dia-a-dia (subteste 4: *Temporal Judgement*).

#### **4.8.4. Síntese dos Resultados**

De acordo com a avaliação neuropsicológica realizada, foram objetiváveis défices mnésicos, apesar dos resultados obtidos nas tarefas de memória serem por vezes incongruentes, dependendo do dia da avaliação e do seu estado (e.g. humor, fadiga, cansaço).

Assim sendo, de uma forma global, o doente apresenta prejuízo da memória verbal imediata, memória episódica recente, memória semântica e capacidade de recuperação (não consegue recuperar grandes quantidades de informação previamente aprendida).

Apresenta défices em diversas dimensões do funcionamento executivo, nomeadamente memória de trabalho verbal e espacial, inibição e alternância de resposta e fluência verbal fonémica e semântica. Salienta-se ainda uma fraca capacidade de conceção de estratégias de ação, planeamento de ação e planeamento temporal.

Evidenciou uma velocidade psicomotora lentificada, algumas falhas ao nível da atenção visuoespacial e comprometimento do cálculo mental (acalculia).

A leitura e a repetição de frases ou palavras complexas são componentes da linguagem expressiva que se encontram significativamente afetadas (sugestivo de alexia pura ou agnósica). O discurso é impulsivo e precipitado, com períodos de ecolalia, sendo um dos motivos do seu retraimento social.

As dificuldades nas tarefas visuoestrutivas poderão ser justificadas pelos tremores.

#### **4.9. Análise Conceptual**

Para facilitar a compreensão do quadro clínico do J.M. é feita uma análise compreensiva de cada uma das problemáticas neurológicas e do respetivo funcionamento neuropsicológico, de forma a podermos estabelecer uma correlação anatómica e funcional dos défices.

O VIH é um lentivírus da família *Retroviridae*, que pode ser transmitido por contato com secreções fisiológicas (e.g. sangue, sêmen, secreção vaginal, etc.) (Castillo, 2004; (Deeks, Overbaugh, Phillips, & Buchbinder, 2015).

Tudo indica que no caso do J.M. a infeção do VIH tenha ocorrido pela prática sexual realizada com a sua companheira.

De acordo com vários autores (e.g. Tan, Smith, von Geldern, Mateen e McArthur (2012); Boissé, Gill e Power (2008); Ellis, Calero e Stockin (2009)), a infeção pelo VIH é caracterizada por três estágios. O primeiro estágio é caracterizado por uma incubação assintomática com duração de 2 a 4 semanas, seguida por um estágio sintomático de infeção aguda com duração média de 4 semanas. Em seguida, segue-se um período relativamente silencioso de replicação viral em curso e destruição do sistema imunológico conhecida como estágio de latência.

Segundo Rodrigues, Silva, Malheiro, Loureiro e Moreira (2018), o vírus infeta precocemente o Sistema Nervoso Central (SNC), atravessando a barreira hemato-encefálica, sendo que as complicações neurológicas associadas à infeção por VIH surgem em quase 70% dos indivíduos infetados, com incidência decrescente desde a propagação da Terapia Antirretroviral (TARV), mas mantendo um impacto significativo na qualidade de vida e mortalidade.

Embora haja evidências abundantes de lesões primárias do SNC pelo VIH, o vírus não infecta diretamente os neurónios e, em vez disso, causa danos neuronais indiretamente ao infectar macrófagos e outras células (Ellis et al., 2009).

Existem dois grupos principais de complicações neurológicas associadas à infeção pelo VIH. Um grupo de infeções oportunistas do SNC e Periférico que surgem como consequências da imunossupressão induzida pelo VIH e as lesões neurológicas primárias induzidas pelo VIH, que inclui os distúrbios neurocognitivos (Boissé et al., 2008).

O distúrbio neurocognitivo associado ao VIH (DNAV) consiste em 3 subtipos: défice cognitivo assintomático (DCA)<sup>10</sup>, défice cognitivo ligeiro (DCL)<sup>11</sup> e estes podem ainda evoluir para demência associada ao VIH (DAV)<sup>12</sup> (Boissé et al., 2008; Letendre, 2011).

---

<sup>10</sup>Comprometimento geralmente leve em duas ou mais áreas cognitivas, demonstrado por testes neuropsicológicos, não existindo interferência com o funcionamento diário.

<sup>11</sup> Presença de défices leves a moderados em duas ou mais áreas cognitivas que criam interferência pelo menos leve no funcionamento diário.

Défices de memória, lentidão na velocidade do processamento de informações, défices motores e problemas de atenção e concentração estão entre os défices cognitivos mais frequentemente relatados nestes doentes (Hinkin et al., 1998 e Kelly et al., 1996; cit. por Reger, Welsh, Razani, Martin, & Boone, 2002).

A maioria dos estudos demonstram evidências conclusivas de prejuízos neuropsicológicos num subgrupo de pacientes durante os últimos estágios do VIH e da SIDA (Heaton et al., 1994; Peavy et al., 1994). No entanto, existe uma inconsistência considerável em relação à disfunção cognitiva em indivíduos durante os estádios iniciais da doença (Reger et al., 2002).

No caso do J.M. não há forma de determinar se este desenvolveu um DCL associado à infeção pelo VIH, pois como já mencionado, o vírus não surgiu de forma isolada. E assim sendo, tudo indica que o distúrbio neurocognitivo que este apresenta seja justificado pelo aparecimento de um conjunto de infeções oportunistas que vieram agravar em muito o seu quadro, uma vez que tal como confirmado pela literatura todas essas complicações causam algum tipo de sequela ou agravamento cognitivo.

As infeções oportunistas desenvolvem-se quando a contagem de linfócitos CD4 <200/mm<sup>3</sup> (Tan et al., 2012). A quando da entrada nas urgências hospitalares e durante o período de internamento, os exames de contagem de linfócitos CD4 do J.M.<sup>13</sup> revelaram sempre valores muito inferiores a 200/mm<sup>3</sup>, sendo essa a principal explicação para o surgimento de Toxoplasmose Cerebral, Epilepsia Secundária e Encefalite.

A Toxoplasmose Cerebral é a infeção oportunista do SNC mais comum e a principal causa de lesão focal do SNC nos doentes com VIH (Tan et al., 2012).

De acordo com Pereira-Chioccola, Vidal e Su (2009), a Toxoplasmose Cerebral pode causar lesões unifocais ou, mais comumente, multifocais. As manifestações clínicas dependem da localização e do número de lesões. As queixas mais frequentes incluem: cefaleia, febre, défices focais, convulsões, confusão mental, ataraxia, letargia, alterações nos nervos cranianos e alterações visuais. Outras manifestações incluem disartria, disfunção cognitiva, pressão intracraniana e movimentos involuntários. Esses movimentos involuntários, ao qual o indivíduo designa de tremores são visíveis ainda hoje nos membros superiores do J.M.

---

<sup>12</sup> Presença de défices moderados a graves em duas ou mais áreas cognitivas, com prejuízo acentuado no funcionamento diário, tornando a pessoa incapaz de trabalhar e muitas vezes incapaz de viver de forma independente.

<sup>13</sup> Resultados de 14/mm<sup>3</sup>; 49/mm<sup>3</sup> e 69/mm<sup>3</sup> a 22 de Setembro de 2014.

Por fim, o CMV é muito prevalente na população, infectando grande parte das pessoas antes da idade adulta de forma assintomática, e permanecendo latente para o resto da vida (Rodrigues et al., 2018). A reativação do vírus pode ocorrer em indivíduos imunocomprometidos. A Encefalite por CMV tem uma clínica variável podendo apresentar-se sob a forma de demência rapidamente progressiva, paresia de pares cranianos, ataxia, hemiparesia, crises epiléticas ou coma (Tan et al., 2012).

No caso de J.M., o desenvolvimento de epilepsia secundária ou sintomática pode ter-se devido tanto à infecção pelo vírus do VIH, como pela presença das infeções oportunistas. Por sua vez, a hemiparesia do lado esquerdo do corpo referenciada pela mãe quando este saiu do internamento parece ter sido consequência da Encefalite por CMV.

A gliose que envolve as regiões córtico-subcorticais do lobo frontal de ambos os hemisférios, observada pela TAC-CE são como já mencionado, lesões sequelares consequência das infeções oportunistas que ocorreram no J.M., nomeadamente a Toxoplasmose Cerebral e Encefalite por CMV e que também justificam a presença de determinados défices cognitivos.

Os lobos frontais<sup>14</sup> constituem mais de um terço do córtex cerebral humano (Miller & Cummings, 2017), sendo uma área anatomicamente complexa, com diversas conexões com a maioria das outras regiões corticais e subcorticais.

Tendo por base o seu quadro clínico, é de realçar que o funcionamento executivo foi um dos domínios cognitivos onde foram encontradas alterações significativas nas diversas dimensões executivas que se encontram relacionadas principalmente com o córtex dorsolateral frontal, uma vez que este está ligado a funções executivas, como a fluência verbal, a capacidade de planeamento, a inibição de resposta e memória de trabalho. O circuito ventromedial também poderá estar afetado devido à existência de lentificação psicomotora. E por fim, o córtex orbitofrontal está relacionado com o comportamento socialmente apropriado (Alvarez & Emory; 2006), algo que se encontra preservado no J.M.

#### **4.10. Reabilitação Neuropsicológica**

J.M. é um individuo muito jovem, mas com um comprometimento cognitivo significativo, apesar de se encontrar ainda na fase inicial da doença.

---

<sup>14</sup> Encontram-se divididos na região motora, pré-motora e pré-frontal. O córtex pré-frontal é o mais complexo e subdivide-se nas regiões orbitais, dorsolaterais e ventromediais.



Tendo em consideração os défices apresentados no momento atual e as consequências nas várias esferas da sua vida, mas também a tendência para o seu agravamento em função do desenvolvimento da própria doença, capaz de gerar um efeito cumulativo com graves repercussões, a intervenção com base numa reabilitação neuropsicológica assume extrema importância.

De acordo com Wilson (2003) a reabilitação neuropsicológica é um processo que conta com a cooperação de vários profissionais de saúde, familiares e até membros da comunidade, de forma a tratar ou aliviar deficiências cognitivas resultantes de uma lesão neurológica (Hamdan, Pereira, & Riechi, 2011). Assim, a reabilitação deve atuar segundo um modelo holístico, com uma componente de reabilitação cognitiva, complementada com psicoterapia e intervenção familiar (Prigatano, 1999).

Dado o tempo limite deste estágio e tendo em consideração o curto espaço temporal para intervir com J.M., foram estabelecidos objetivos de curto e médio prazo, que permitiram trabalhar os aspetos que considere serem de maior urgência nomeadamente a melhoria dos défices cognitivos e os aspetos sociais e emocionais associados à doença, de forma a promover o seu bem-estar, a autonomia pessoal e social, as capacidades cognitivas e a promoção da participação em atividades de lazer, de forma a reduzir o impacto dos seus problemas na vida diária.

#### **4.10.1. Reabilitação Cognitiva**

A reabilitação cognitiva atua segundo três princípios básicos: a restauração, que se baseia no princípio da neuroplasticidade e propõem que a “prática” das habilidades cognitivas promove uma organização neuronal mais efetiva; a substituição de uma área lesionada por outra preservada e a compensação, que procura melhorar o funcionamento cognitivo, apoiando processos cognitivos danificados com estratégias internas ou externas (Weber, Blackstone, & Woods, 2013). A grande maioria das abordagens de reabilitação cognitiva em todas as etiologias enquadram-se em duas categorias: restauração e compensação.

Os estudos existentes fornecem evidências promissoras para a potencial eficácia das abordagens de restauração na reabilitação cognitiva no VIH. De acordo com a revisão de Weber et al. (2013), parecem existir alguns efeitos positivos de programas informatizados no treino da neurocognição em pessoas infetadas pelo VIH durante toda a vida. A magnitude desses efeitos foi particularmente evidente para a aprendizagem visual e velocidade de processamento de informações, no entanto, não se generalizou para outros domínios

neurocognitivos ecologicamente relevantes, incluindo funções executivas e memória de trabalho.

Na unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do DPSM, o COGWEB é a principal ferramenta de trabalho utilizada sempre que é necessário realizar-se uma reabilitação cognitiva. O sistema COGWEB é uma ferramenta de trabalho baseada na Web que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo remotamente, no hospital ou no ambiente de vida do paciente, sob supervisão contínua de neuropsicólogos experientes (Cruz et al., 2013). Os exercícios foram desenvolvidos para treinar vários graus de deficiências em domínios cognitivos específicos, tais como atenção, funções executivas, memória, linguagem, práxis, gnose e cálculo. As sessões de treino são prescritas individualmente na Internet por um terapeuta, logo após avaliação cognitiva minuciosa e de acordo com planos personalizados discutidos face a face com cada doente (Cruz et al., 2014). As atividades realizadas pelos doentes são resumidas em vários gráficos de progresso (por exemplo, respostas corretas vs. respostas erradas, níveis concluídos, tempo de treino global ou acessos) que podem ser consultados semanalmente pelo profissional responsável. Esta informação é usada para monitorizar a evolução do doente, bem como para elaborar relatórios de progresso ou para auxiliar a motivação.

Esta ferramenta seria extremamente útil e adequada ao J.M., no entanto dado a existência de uma anomalia no sistema, não foi possível iniciar o processo de reabilitação individualizado através do COGWEB com o doente.

Assim, para tentar colmatar este problema (cujo tempo de duração é desconhecido) e dado o indivíduo ser ainda muito jovem e apresentar grandes níveis de motivação, desenvolvi um caderno de exercícios de estimulação cognitiva, personalizado para o J.M. (Anexo 11). Este teve como principal objetivo trabalhar as funções que se encontram afetadas, nomeadamente o domínio da linguagem, na medida em que este condiciona a comunicação do indivíduo e está na base da sua falta de confiança, vergonha e isolamento social. Os exercícios de cálculo mental seriado também estão presentes e apesar de não existirem queixas relativas ao funcionamento executivo, mas existirem evidências da sua afetação, é necessário trabalhar diversas dimensões executivas que irão contribuir para melhorar a sua autonomia e desempenho nas diferentes tarefas da vida diária, bem como as suas aptidões mnésicas.

Como já foi explicado anteriormente, dado o tempo limitado de intervenção com o doente, o caderno de estimulação cognitiva foi enviado para casa para que este tivesse a possibilidade de realizar exercícios diariamente. No entanto, durante as consultas também

foram trabalhados aspetos relacionados essencialmente com a linguagem e cálculo mental, bem como alguns exercícios pertencentes ao caderno.

#### **4.10.2. Intervenção Psicoterapêutica**

Como já foi referido, a infeção pelo VIH é uma doença de enorme impacto psicológico, que combina três conceitos com elevada carga emocional: doença incurável, morte precoce e práticas sexuais diversas. Sabe-se que há uma reação imediata ao diagnóstico de VIH positivo, caracterizado por respostas tanto cognitivas, como afetivas e comportamentais (Courtenay, Merriam, & Reeves, 1998).

Desta forma, é imprescindível que o rigor colocado no bem-estar físico dos pacientes seja acompanhado de equivalente rigor no seu bem-estar psicológico.

Por tudo isto, a intervenção psicoterapêutica permite elaborar objetivos terapêuticos que podem contribuir para uma melhor qualidade de vida e bem-estar emocional destas pessoas, ajudando-as a adaptarem-se a esta realidade e a continuarem a viver a sua vida de forma mais adaptativa e o menos afetada possível.

No caso particular do J.M. as questões do estigma social, da discriminação e o dever moral de revelar ou não a sua condição de portador de VIH, sem que isso interfira com a forma como os outros vão olhar para si, é algo que deixa o doente muito apreensivo e com presença de sintomatologia ansiosa associada. O facto da generalidade das pessoas que o rodeiam terem conhecimento da sua situação de saúde e o estigma, fazem com que este prefira isolar-se socialmente, evitando estabelecer novos contactos.

Após todas as suas complicações de saúde, o doente viu todos aqueles que diziam ser seus amigos afastarem-se de si, inclusive a companheira. E atualmente este apresenta apenas uma boa rede de suporte familiar (família mais próxima).

Incentivou-se ainda o doente a repensar nos seus objetivos pré-estabelecidos de vida, de forma a dotá-lo de competências para conseguir reorganizar os seus planos e traçar objetivos realistas e exequíveis.

#### **4.10.3. Intervenção Familiar**

O diagnóstico de seropositividade para VIH confere à pessoa o estatuto de doente, ainda que esta se possa encontrar sem sintomas. Este estatuto implica modificações do papel

do indivíduo na família, no trabalho e até na sociedade (Grilo, 2001). Assim, alguns seropositivos utilizam este estatuto de doente, e passam a contar mais com a ajuda dos outros. Nesta situação em particular, é a família (principalmente a mãe) quem lhe confere o estatuto de “pessoa doente”, simplificando-lhe constantemente as tarefas diárias (e.g. idas às consultas, compra de medicamentos), com repercussões negativas no processo de reabilitação.

Como J.M. sempre mostrou uma grande motivação para ser independente e autónomo, este foi um dos aspetos que aumentou a necessidade de existir uma intervenção também ao nível familiar, com o objetivo de potenciar os resultados da reabilitação, ajudando a família, através da mãe, a compreender as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais decorrentes da infeção pelo vírus do VIH, e das infeções oportunistas.

Foram fornecidas abordagens e estratégias adequadas para que a estimulação cognitiva fosse feita regularmente e com dedicação pelo J.M., de forma a promover a sua autoestima e confiança em situações que desafiem o seu desempenho cognitivo.

Relativamente à realização de exercícios do caderno de estimulação cognitiva, foi referido que estes deveriam ser realizados preferencialmente com a presença de um familiar., motivando-o e orientando-o. Salientou-se a importância de o incluírem nas diferentes tarefas da vida diária, de forma a promover a sua autonomia e independência, tendo sempre em consideração as suas limitações e a necessidade de orientações específicas (e.g. darem indicações de forma simples e organizada das tarefas que têm que ser realizadas).

Para além disso, foram incentivados a incluírem J.M. nas discussões familiares quotidianas, de forma a potenciar as melhorias ao nível da comunicação, tendo em consideração que habitualmente o evitavam devido às dificuldades apresentadas pelo doente, e da própria família em lidar com as mesmas.

#### **4.11. Orientações Futuras**

É de extrema importância que J.M. continue a ser acompanhado pela Neuropsicologia de forma a dar continuidade à reabilitação neuropsicológica. Idealmente, seria vantajoso o seu encaminhamento para um Centro de Reabilitação Profissional, com o objetivo de lhe proporcionar uma intervenção mais intensiva e a sua inserção profissional.

Por norma estes programas são realizados por uma equipa multidisciplinar, recorrendo-se a uma abordagem global e simultânea, onde este pode retomar o acompanhamento pela Terapia da Fala e Terapia Ocupacional que era um dos objetivos deles e que terminou devido dificuldades económicas.

Este tipo de programas intensivos pode implicar algum distanciamento familiar, que neste caso em particular pode revelar-se vantajoso, uma vez que lhe iria permitir a mudança de local, o contacto com novas pessoas e novas oportunidades, dando-lhe a possibilidade de lidar com pessoas que apresentam défices semelhantes, conferindo-lhe a sensação de "normalidade".

Por último, sabe-se que a componente vocacional, e a (re) aquisição de competências laborais, são normalmente um dos objetivos destes programas e uma mais-valia para este doente, na medida em que seria uma via de entrada no mercado trabalho devido aos contatos, e que está dificultada não só pelos défices apresentados como também pela seropositividade.

Este tipo de reabilitação poderia aumentar a possibilidade de voltar a estar inserido num contexto profissional adequado às suas limitações, preferencialmente desempenhando trabalhos mais seriados e rotineiros e portanto menos exigentes do ponto de vista cognitivo.

#### **4.12. Reflexão do Caso**

Este caso clínico foi um dos maiores desafios para mim enquanto estagiária. Para além de ser um doente muito jovem diagnosticado com VIH, também desenvolveu um conjunto de problemáticas neurológicas que tornam o caso único e ainda mais complexo, obrigando-me a uma procura de informação constante.

Contrariamente ao que eu estava à espera, o doente apresentou desde logo uma postura muito colaborativa e participativa, possivelmente devido à proximidade de idades, o que facilitou a interação com este. E apesar de este se mostrar muito agradado e motivado com as consultas realizadas, existiram momentos em que tive a sensação de que não seria capaz de o ajudar, face o tipo de intervenção que este necessitava. Neste sentido, as reuniões de orientação e de supervisão assumiram um papel fundamental, pois vi nelas a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas e de expor os meus receios.

No meu ponto de vista pessoal e profissional, este caso permitiu-me a aprendizagem e a consolidação de conhecimentos previamente adquiridos na minha formação.

### **V. Estudo de Caso II: Paciente J.C.**

#### **5.1. Dados de Identificação**

O J.C. tem 45 anos, é casado e tem 2 filhas adolescentes de 11 e 16 anos. Fez o 6º ano pelo ensino normal e quando adulto fez equivalência ao 9º ano pelas novas oportunidades. Há 11 anos que trabalha como Assistente Operacional num estabelecimento de ensino. Vive com a esposa e as filhas.

## 5.2. Motivo do Encaminhamento

O J.C. foi encaminhado pelo serviço de Psicologia, no âmbito das consultas de doenças neuromusculares, para realizar avaliação neuropsicológica, devido ao diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) e por este apresentar receios e queixas neurocognitivas relacionadas com a atenção e a memória.

Manifesta sintomatologia dolorosa diária, cansaço intenso, perda de força generalizada, parestesias dos membros inferiores, hipoestesia do membro inferior direito e intolerância ao barulho e a temperaturas extremas (frio e calor). Este mencionou ainda grande preocupação relacionada com a disfunção sexual.

## 5.3. Genograma



## 5.4. Fontes de Informação

Utilizaram-se duas fontes para a recolha da história clínica, a entrevista com o J.C., a mulher e filha mais velha e a consulta do processo clínico.

## 5.5. História Clínica

No ano de 2016 o doente ficou internado de 5 a 9 de Dezembro, devido a queixas de cansaço extremo, parestesias e estesias nos membros superiores (sensação de formigueiro).

Este foi submetido a vários exames médicos e foi-lhe detetado um problema de tendinites, bem como 3 hérnias discais. Uma vez que os sintomas continuaram, voltou a realizar novos exames e foi-lhe diagnosticado EM.

Tem diabetes há mais de 10 anos, é insulínica e atualmente apresenta disfunção sexual (encaminhado para especialidade de Urologia). Iniciou fisioterapia em 2016 devido às tendinites.

J.C. para além de ser acompanhado em Neuropsicologia é seguido pelas especialidades de Diabetologia, Urologia, Psicologia/Doenças Neuromusculares, Psiquiatria e Neurologia/Doenças Desmielinizantes.

## 5.6. História Pessoal

Antes de trabalhar como Assistente Operacional no atual estabelecimento de ensino, desempenhou uma variedade de trabalhos. Após terminar o 6º ano de escolaridade (com 14 anos) iniciou trabalho numa empresa têxtil, trabalho esse que durou até aos seus 25 anos. Posteriormente existiu uma fase em que também trabalhava em locais de eventos/festividades aos fins-de-semana. O paciente conheceu a esposa na empresa têxtil, uma vez que esta também trabalhava consigo.

Durante a recolha de informação, o J.C. refere ter tido uma depressão há cerca de 10 anos. Na altura foi acompanhado pelo médico de família que o medicou com sucesso. Como era uma pessoa muito ativa associa esse quadro depressivo, à sobrecarga laboral.

Depois de ser informado que era portador de uma doença neurodegenerativa, o paciente teve uma reação de choque. Demorou algum tempo a aceitar os seus limites e apresentou tendência para o isolamento, anedonia e tristeza. Teve um período com insónias e despertares frequentes durante a noite, questionando-se sobre o futuro que iria proporcionar às filhas. Descreve que a esposa também “*foi muito abaixo*” (sic) com o diagnóstico, embora reconheça que esta lhe dá todo o apoio que necessita.

A esposa acrescenta que depois do diagnóstico de EM, o J.C. chorava todos os dias, e possuía um discurso pessimista.

J.C. reconhece que foi uma doente de 20 anos que costumava estar consigo na enfermaria que sofria igualmente de EM que o ajudou. Admirou desde logo a forma como ela conseguia lidar com a doença e isso fez com que este se sentisse mais conformado e aprendesse a ver a vida de uma forma diferente.

Atualmente continua a manter uma rotina ativa e diferenciada e a música tranquiliza-o. Uma vez que as filhas e a esposa são escuteiras, após a descoberta da doença, resolveu ingressar no grupo e isso permite-lhe passar vários momentos em família, tendo sempre em atenção as suas limitações físicas. Foi-lhe atribuída uma incapacidade de 76%.

### **5.7. História Familiar**

O doente nega histórico de doenças psiquiátricas a nível familiar. No entanto, tem uma irmã em estudo pela Neurologia, com suspeita de Fibromialgia e a tia materna também foi diagnosticada com EM.

Relativamente à relação familiar com a esposa e com as filhas, este reconhece uma grande harmonia e que estas são o seu maior apoio e suporte.

### **5.8. Avaliação (Neuro) Psicológica**

A avaliação do estado neurocognitivo e emocional de J.C. decorreu em 4 consultas, com duração aproximada de 1 hora cada uma, no período compreendido entre os dias 24 de Abril e 23 de Maio. O doente revelou um bom cumprimento dos horários marcados para as consultas, comparecendo atempadamente às mesmas. A recolha anamnésica foi sendo transversal às sessões de avaliação.

#### **5.8.1. Estado Mental e Comportamento durante a Avaliação**

Compareceu às consultas sempre com um aspeto cuidado, no entanto apresenta excesso de peso. Evidenciou um discurso coerente, lógico e muito positivo, bem como um comportamento adequado.

O doente revela insight e aparentemente parece encarar a sua situação de forma positiva. Humor predominantemente eufímico. Apesar de sorrir espontaneamente, existiram momentos de labilidade emocional.

#### **5.8.2. Instrumentos Aplicados**

Uma vez mais, paralelamente à anamnese focada na história do problema (sintomas, evolução, tratamentos e resultados, fatores precipitantes e predisponentes) e da recolha de



dados biopsicossociais relevantes (dados sociodemográficos, desenvolvimentais e familiares), avaliou-se a sua funcionalidade na vida diária e procedeu-se à aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação neurocognitiva que constam no protocolo *standard* (c.f.3.2.1.):

- Fototeste;
- *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III);
- *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA);
- *INCO Frontal Screening* (IFS);
- *Auditory Verbal Learning Test* (AVLT);
- *Trail Making Test* (TMT) e
- *Behavioral Assessment Dysexecutive Syndrome* (BADS).

### 5.8.3. Resultados

#### ▪ Fototeste

**Tabela 1.** Resultados obtidos no Fototeste.

<b>Denominação</b> = 6/6
<b>Fluência Verbal</b> = 31
<b>Recordação Livre</b> = 12/12
<b>Total = 49 pontos (acima média)</b>

Nesta prova, o doente obteve uma pontuação total que se situa acima dos parâmetros médios esperados para as pessoas da sua faixa etária e com o seu nível de escolaridade. Não evidenciou qualquer tipo de alterações ao nível da memória visual recente, capacidade de nomeação ou fluência verbal semântica.

#### ▪ MoCA

**Tabela 2.** Resultados obtidos no MoCA.

Resultado Bruto
-----------------

<b>Visuoespacial/Executiva</b>	
▪ TMT – B	1/1
▪ Desenho Cubo	0/1
▪ Desenho Relógio	3/3
<b>Nomeação</b>	3/3
<b>Atenção</b>	
▪ Sequência de Números	2/2
▪ Série de Letras	1/1
▪ Subtração de 7 em 7	3/3
<b>Linguagem</b>	
▪ Repetição	2/2
▪ Fluência Verbal	1/1
<b>Abstração</b>	2/2
<b>Evocação Diferida</b>	2/5
<b>Orientação</b>	6/6
<b>Total</b>	<b>27/30 (média)</b>
<b>Índice de Memória</b>	<b>10/15</b>

Nesta prova, o J.C. obteve um a pontuação total que se situa dentro dos valores médios esperados.

Salienta-se apenas alguma dificuldade gráfica visuoespacial na componente tridimensional (Desenho do Cubo) e dificuldades ao nível da evocação diferida da informação previamente aprendida, no entanto demonstrou boa capacidade de reconhecimento. Não foram patenteados défices ou alterações significativas nos outros domínios cognitivos avaliados.

### ▪ ACE-III

**Tabela 3.** Resultados obtidos no ACE-III.

	<b>Resultado Bruto</b>	<b>Resultado em notas Z</b>
Atenção	18/18	0 (média)
Memória	25/26	-0.4 (média)
Fluência		
• Fonémica (letra P) =15 (P=82-89)		
• Fonémica (letra M) =12 (P=72-81)		
• Fonémica (letra R) =12 (P=72-81)	13/14	-0.5 (média)
• Semântica (animais) =27 (P=95-97)		
• Total=39 (P=72-81)		
Linguagem	25/26	0 (média)
Visuoespacial	12/16	-1.8 (inferior/limite)
<b>Total</b>	<b>93/100</b>	<b>-0.9 (média inferior)</b>

De acordo com os valores obtidos nesta prova, os resultados são sugestivos de um funcionamento cognitivo global médio inferior.

Apesar de não se observarem défices considerados significativos na generalidade dos domínios cognitivos avaliados, uma vez mais este demonstrou dificuldades ao nível da

capacidade gráfica visuoespacial, tanto na componente bidimensional como tridimensional.

No entanto, é necessário ter em consideração que durante a consulta o paciente revelou sentir-se pior fisicamente, sentindo dores e um maior cansaço, podendo ter interferido negativamente com o seu desempenho em todas as tarefas que exigiram papel e lápis (Desenho do Infinito, Desenho do Cubo e Linguagem Escrita).

#### ▪ INECO

**Tabela 4.** Resultados obtidos no INECO.

	<b>Resultado Bruto</b>
<b>Séries Motoras</b>	3/3
<b>Instruções Conflituosas</b>	2/3
<b>Go-No-Go</b>	3/3
<b>Dígitos Inverso</b>	4/6
<b>Meses</b>	2/2
<b>Espacial</b>	3/4
<b>Provérbios</b>	2/3
<b>Hayling</b>	6/6
<b>Total</b>	<b>25/30 (média)</b>
<b>Índice de Memória Trabalho</b>	<b>9/10</b>

A pontuação total obtida por J.C. nesta prova situa-se uma vez mais dentro dos parâmetros médios esperados tendo em consideração a sua idade e escolaridade.

De acordo com o seu desempenho, as diferentes dimensões do funcionamento executivo avaliadas parecem encontra-se preservadas, uma vez que este não evidenciou alterações significativas em nenhuma das tarefas realizadas.

#### ▪ AVLT

**Tabela 5.** Resultados obtidos no AVLT.

<b>Índice</b>	<b>Resultado Bruto</b>	<b>Percentil</b>
AVLT (ensaio 1)	6	41-59
AVLT (ensaio 2)	8	41-59
AVLT (ensaio 3)	11	72-81
AVLT (ensaio 4)	12	60-71
AVLT (ensaio 5)	13	72-81
<b>Recordação Retardada</b> (Delayed Recall - 30 minutos)	<b>12</b>	<b>72-81</b>
<b>Reconhecimento</b> (Delayed Recognition)	<b>29/30</b>	-
<b>Recordação Imediata</b> Total Learning (TL)	<b>50</b>	<b>60-71</b>
<b>Learning Over Trials (LOT)</b>	20	60-71
<b>% Retenção</b> Long Term Percent Retention (LTPR)	<b>92.31%</b>	<b>60-71</b>

Apesar das queixas e receios relacionados com a memória, o doente apresentou um bom desempenho nesta prova, realizando uma aprendizagem positiva ao longo dos ensaios de Recordação Imediata.

Foi capaz de recordar 50 palavras, sendo que apenas 29% a 40% dos homens com 45 anos de idade e a sua escolaridade conseguiram recordar mais de 50 palavras na tarefa de Recordação Imediata.

No ensaio de Recordação Retardada, J.C. recordou 12 palavras em 15, sendo que a pontuação ajustada situa-se no percentil de 72 a 81%, o que significa que apenas 19 a 28% da população masculina “normal” com a sua idade e escolaridade recordou mais de 12 palavras nesse ensaio.

A capacidade de reconhecimento da informação previamente aprendida encontra-se preservada e tendo por base o seu desempenho e os resultados obtidos, não foram patenteados défices ao nível do domínio mnésico.

- **BADS**

**Tabela 6.** Resultados obtidos na BADS.

<b>Subteste 1:</b> Alteração da Regra = 4
<b>Subteste 2:</b> Programa de Ação = 4
<b>Subteste 3:</b> Procura da Chave = 2
<b>Subteste 4:</b> Juízo Temporal = 2
<b>Subteste 5:</b> Mapa do Zoo = 3
<b>Subteste 6:</b> Teste Modificado dos 6 Elementos = 4
<b>Resultado de Perfil Total = 19/24</b>

**Classificação Geral:** Funcionamento Executivo na média

(Resultado Estandarizado Corrigido= 102)

Pela avaliação realizada através da BADS, os resultados estandarizados indicam um funcionamento executivo dentro da média.

Mantém preservada a capacidade de mudar um padrão de resposta, resolver problemas práticos, bem como um bom planeamento de ação e capacidade de automonitorização/planeamento e organização temporal.

Salienta-se apenas que este demonstrou algumas dificuldades relacionadas com a conceção de estratégias para ação (subteste 3: *Key Search*) e capacidade de previsão temporal (subteste 4: *Temporal Judgement*).

#### 5.8.4. Síntese dos Resultados

Apesar das queixas e do receio evidenciado pelo doente relativamente à existência de possíveis alterações cognitivas, de acordo com a avaliação neuropsicológica realizada, não foram objetiváveis défices significativos em nenhum dos domínios cognitivos.

O fraco desempenho do J.C. nas tarefas gráficas visuoespaciais está relacionado com a perda de força, cansaço, fadiga e dor física que este foi apresentando nas diferentes sessões de avaliação, conseqüentes da EM.

#### 5.9. Análise Integrativa dos Resultados

A EM caracteriza-se por ser uma doença neurodegenerativa, desmielinizante, inflamatória e autoimune crónica do SNC, na qual a inflamação, a desmielinização e perda axonal ocorrem mesmo em estágios iniciais da doença (Oh, Vidal-Jordana, & Montalban, 2018; Oreja-Guevara et al., 2019).

Dependendo do tipo de EM de cada portador e sabendo-se que no caso do J.C. o tipo de EM não é especificado, sabe-se que esta doença apresenta sintomatologias diferentes, podendo afetar qualquer parte do corpo. No entanto, existem sintomas que são mais frequentemente apontados pela maioria dos doentes.

A disfunção cognitiva está entre os sintomas mais comuns e disruptivos, afetando de 40 a 70% dos indivíduos com EM e contribuindo substancialmente para a incapacidade, diminuindo a participação eficaz em atividades significativas (por exemplo, trabalho, relações sociais) e reduzindo a qualidade de vida (Chiaravalloti & DeLuca, 2008).

As áreas que comumente apresentam mais défices são a velocidade de processamento de informação, atenção complexa, memória e função executiva e existe até um padrão de comprometimento cognitivo na EM que tem sido definido como “síndrome de desconexão” ou “síndrome fronto-subcortical”, embora outras estruturas também estejam implicadas.

A lentidão no processamento da informação parece ser a alteração cognitiva mais frequente na EM e um dos primeiros sintomas cognitivos a serem detetados, afetando cerca de 40 a 70% destes indivíduos (Migliore et al., 2018).

Ao longo do curso da doença, o acúmulo de lesões e a degeneração axonal contribuem para a perda de tecido cerebral (e.g. atrofia cerebral), exacerbando os défices atencionais e de velocidade de processamento e promovendo défices adicionais nos domínios da memória, fluência verbal e função executiva (Sanfilippo, Benedict, Guttman, & Bakshi, 2006)

Segundo Arnett e Strober (2011), foram encontradas dificuldades de memória em 40-65% dos doentes com EM, cerca de 20 a 50% apresentam dificuldades específicas de atenção e entre 15 e 25% destes indivíduos apresentam dificuldades executivas, o que torna as alterações executivas menos frequentes.

A maioria dos estudos mostra ainda que tanto a linguagem como a inteligência estão geralmente preservadas.

Contrariamente ao que está descrito na literatura consultada, o J.C. é um homem que apesar das suas queixas cognitivas e receios, até ao momento atual não evidencia qualquer tipo de alterações cognitivas significativas, apresentando essencialmente fadiga, alterações de sensibilidade, perda da força muscular nos braços e pernas e disfunção sexual. A disfunção sexual é um problema muito comum que afeta cerca de 47 a 75% dos homens com EM (Delaney & Donovan, 2017).

Apesar da qualidade de vida não poder ser tão bem avaliada neste tipo de doença, devido ao facto de esta apresentar diversas manifestações clínicas, afetar principalmente adultos jovens (20-40 anos) e o prognóstico ser incerto, em 2016, foi realizado um estudo

européu, do qual Portugal fez parte, em que um dos objetivos era determinar a qualidade de vida do doente com EM, relacionada com a gravidade da doença. Assim sendo, 98% dos doentes referiram a fadiga (independentemente do grau da gravidade da doença), como o sintoma mais incómodo para os indivíduos profissionalmente ativos e 75% referiram sentir realmente perda de produtividade («Viver com esclerose múltipla», 2019).

Ao contrário de outras pessoas que se encontram na mesma situação, o doente J.C. teve a possibilidade de continuar a exercer a sua atividade profissional de forma adaptada às suas limitações físicas, desde que teve conhecimento do diagnóstico. E apesar do grau de exigência ser menor, o J.C. refere que a fadiga e o cansaço físico fácil interferem frequentemente com a sua produtividade.

### **5.10. Conclusão**

Apesar de ser expectável que existisse défices cognitivos decorrentes da EM (e.g. diminuição da velocidade de processamento de informação; défices ao nível da atenção complexa, memória e função executiva, etc.), isso não se verificou em J.C. Contudo, uma vez que a ocorrência de disfunções cognitivas é algo frequente neste tipo de população, recomenda-se que seja realizada uma reavaliação neuropsicológica num prazo de 12 meses, para controlo evolutivo de possíveis défices cognitivos.

Por J.C. já se encontrar em acompanhamento psicológico no DPSM e demonstrar uma boa aceitação e adaptação à doença, a avaliação circunscreveu-se à componente cognitiva. No entanto, com base na literatura sobre a doença, numa futura reavaliação deveriam ser aplicadas outro tipo de medidas para avaliar fatores como a ansiedade, a depressão e a fadiga.

## **VI. Reflexão Final**

Neste último capítulo faço uma reflexão crítica e ponderada acerca do meu percurso, enquanto aluna e estagiária, relativo a este ano de estágio curricular.

A seleção deste local de estágio foi uma escolha feita por mim, tendo por base algumas informações que me foram sendo dadas, sendo que aquela que assumiu um maior peso na minha decisão, foi o grau de exigência a que iria estar sujeita. Para mim, o desafio é algo que desperta o interesse e aumenta a aprendizagem e como tal a curiosidade e a vontade de começar eram imensas, uma vez que este foi o meu primeiro contacto com a realidade hospitalar.

Iniciei o meu estágio sem ter a verdadeira noção do tipo de trabalho que é realizado num centro hospitalar público, nomeadamente o facto de este ocorrer de forma extremamente rápida. As listas de espera são avultadas e a variedade de população a intervir é imensa, abrangendo a população pediátrica, adultos e geriatria, e com grande diversidade de perturbações clínicas, tanto no campo da Psicologia Clínica e da Saúde, como no da Neuropsicologia. Consequentemente, as agendas de cada um dos profissionais e em particular os de Psicologia e Psiquiatria (com quem tive contacto mais próximo) encontram-se sobrecarregadas.

Este estágio hospitalar e a observação e aprendizagens feitas com cada um dos psicólogos com quem tive oportunidade de estar, em particular com a minha orientadora de estágio, permitiram-me obter uma experiência clínica variada que veio contribuir para a minha formação não apenas como neuropsicóloga, mas também como psicóloga clínica. As minhas expectativas foram em muito extrapoladas, na medida em que se revelou uma experiência rica tanto do ponto de vista académico e clínico como humano.

Dada a quantidade de pessoas acompanhadas durante este ano, escolher um caso clínico específico para apresentar acabou também por ser uma decisão difícil, no entanto a seleção dos dois estudos de caso aqui apresentados tiveram a finalidade não só, de ilustrar a minha área de atuação principal, como demonstrar que o papel do neuropsicólogo não passa apenas por realizar uma avaliação e um diagnóstico. O papel de um neuropsicólogo é muito variável e a partir da avaliação neuropsicológica existe a necessidade de serem realizadas intervenções e reabilitações específicas e adequadas a cada doente. E apesar de estes dois doentes fazerem parte do grande leque de pessoas que são encaminhadas por psicólogos, psiquiatras e neurologistas, uma grande parte dos doentes acompanhados apresentava preocupações relativas ao seu desempenho cognitivo, como por exemplo, um esquecimento, falta de concentração em atividades, desorientação, ou seja, isto revela que muitos dos encaminhamentos que foram feitos também tiveram um objetivo preventivo. Tudo isto para explicar que na realidade hospitalar, a falta de profissionais nesta e noutras áreas compromete a adequada intervenção com os doentes e os respetivos familiares.

Outro aspeto que importa ressaltar, é que as problemáticas nunca surgem com a clareza com que nos são apresentadas no ensino curricular, existindo quase sempre uma sobreposição de patologias e problemáticas que dificultam o diagnóstico.

É ainda de salientar que a dinâmica das consultas no DPSM originou alguma ansiedade e preocupação, não só pelo facto de serem as primeiras consultas da minha atividade



profissional, como pelo facto de serem casos muito diversificados, exigindo de mim uma preparação e empenho constantes.

A necessidade de resolução de pequenas questões burocráticas e logísticas diárias, como a marcação de gabinetes, acabou também por ser um fator de *stress*, uma vez que eram vários os estagiários ao serviço, motivando-me para encontrar uma solução que facilita-se a realização das consultas. Assim sendo, optei por criar uma tabela mensal na qual todos os estagiários de Psicologia tinham a possibilidade de reservar os gabinetes conforme a disponibilidade dos mesmos, existindo uma maior organização e compromisso no cumprimento de horários.

Redigir este relatório também não foi uma tarefa fácil, e uma vez que não era meu objetivo tornar a leitura muito pesada, fica a sensação de que muito ficou por dizer acerca do percurso de estágio, da prática clínica, e principalmente da análise compreensiva dos dois estudos de caso. No entanto, as pesquisas que efetuei mostraram-me que independentemente da prática clínica, a investigação e a procura de informação serão sempre uma ferramenta fulcral para adquirirmos conhecimentos de uma forma contínua, de esclarecer dúvidas e de promover a nossa aprendizagem.

Em termos pessoais, posso afirmar que a minha forma de ver e de lidar com diferentes situações da minha vida se foi modificando à medida que ia conhecendo novas pessoas e novas histórias. Ao longo do meu percurso enquanto estagiária, nem todos os momentos foram fáceis, e nem sempre consegui corresponder às minhas próprias expectativas. Contudo, foi com essas experiências, dúvidas e receios, e com a vontade de fazer bem e melhor, que consegui aperceber-me do meu crescimento enquanto futura psicóloga e enquanto ser humano.

Por fim, mas não menos importante, posso afirmar que esta foi sem dúvida uma fase marcante na minha vida académica e pessoal. E apesar de ser o final de uma etapa, avizinha-se o início de uma nova fase, com novas oportunidades, levando comigo uma maior maturidade e responsabilidade.

**Referências Bibliográficas**

- Alvarez, J. A., & Emory, E. (2006). Executive function and the frontal lobes: a meta-analytic review. *Neuropsychology Review*, *16*(1), 17–42. <https://doi.org/10.1007/s11065-006-9002-x>
- APA. (2010). Clinical Neuropsychology. Obtido de American Psychological Association website: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/neuro>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). *Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. 217–220. Lisboa:ISPA.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO*. Obtido de [http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv\\_guia\\_para\\_el\\_diagnostico\\_neuropsicologico.pdf](http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf)
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Editorial El Manual Moderno.
- Arnett, P. A., & Strober, L. B. (2011). Cognitive and neurobehavioral features in multiple sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*(3), 411–424. <https://doi.org/10.1586/ern.11.12>
- Barbosa, F., Peixoto, B., & Silveira, C. (2011). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome: Dados normativos portugueses e indicadores psicométricos*. *13*(6). Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/234217852\\_Behavioural\\_Assessment\\_of\\_the\\_Dysexecutive\\_Syndrome\\_Dados\\_normativos\\_portugueses\\_e\\_indicadores\\_psicometricos](https://www.researchgate.net/publication/234217852_Behavioural_Assessment_of_the_Dysexecutive_Syndrome_Dados_normativos_portugueses_e_indicadores_psicometricos)
- Boissé, L., Gill, M. J., & Power, C. (2008). HIV infection of the central nervous system: clinical features and neuropathogenesis. *Neurologic Clinics*, *26*(3), 799–819, x. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2008.04.002>

- Castillo, J. (2004). *Infección-enfermedad por VIH/SIDA*. 8(4). Obtido de [http://www.cicv.cl/sites/default/files/sida\\_y\\_revision\\_bibliografica.pdf](http://www.cicv.cl/sites/default/files/sida_y_revision_bibliografica.pdf)
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., ... Teixeira-Pinto, A. (2015). Auditory Verbal Learning Test in a Large Nonclinical Portuguese Population. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(5), 321–331. <https://doi.org/10.1080/23279095.2014.927767>
- Cavaco, S., & Teixeira-Pinto, A. (2011). *DRS-2: Escala de Avaliação da Demência (CEGOC-TEA)*. Lisboa.
- Chiaravalloti, N. D., & DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *The Lancet. Neurology*, 7(12), 1139–1151. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70259-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70259-X)
- Courtenay, B. C., Merriam, S. B., & Reeves, P. M. (1998). The Centrality of Meaning-Making in Transformational Learning: How HIV-Positive Adults Make Sense of their Lives. *Adult Education Quarterly*, 48(2), 65–84. <https://doi.org/10.1177/074171369804800203>
- Cruz, V. T., Pais, J., Bento, V., Mateus, C., Colunas, M., Alves, I., ... Rocha, N. P. (2013). A rehabilitation tool designed for intensive web-based cognitive training: description and usability study. *JMIR Research Protocols*, 2(2), e59. <https://doi.org/10.2196/resprot.2899>
- Cruz, V. T., Pais, J., Ruano, L., Mateus, C., Colunas, M., Alves, I., ... Collaborators, C. N. (2014). Implementation and Outcomes of a Collaborative Multi-Center Network Aimed at Web-Based Cognitive Training – COGWEB Network. *JMIR Mental Health*, 1(1), e2. <https://doi.org/10.2196/mental.3840>
- Deeks, S. G., Overbaugh, J., Phillips, A., & Buchbinder, S. (2015). HIV infection. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 15035. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.35>
- Delaney, K. E., & Donovan, J. (2017). Multiple sclerosis and sexual dysfunction: A need for further education and interdisciplinary care. *NeuroRehabilitation*, 41(2), 317–329. <https://doi.org/10.3233/NRE-172200>

- Dias, E., Pinto, J., Lopes, J. P., Rocha, R., Carnero-Pardo, C., & Peixoto, B. (2015). Phototest: Normative data for the Portuguese population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(2), 59–62. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.09.004>
- Ellis, R. J., Calero, P., & Stockin, M. D. (2009). HIV Infection and the Central Nervous System: A Primer. *Neuropsychology Review*, 19(2), 144–151. <https://doi.org/10.1007/s11065-009-9094-1>
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical Supervision: The State of the Art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030–1041. <https://doi.org/10.1002/jclp.22124>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989–996. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Grilo, A. (2001). *Temáticas centrais implicadas na vivência da infeção por VIH/SIDA*. (2), 111–118.
- Grzegorski, T., & Losy, J. (2017). Cognitive impairment in multiple sclerosis - a review of current knowledge and recent research. *Reviews in the Neurosciences*, 28(8), 845–860. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0011>
- Hamdan, A. C., Pereira, A. P. A. de, & Riechi, T. I. J. de S. (2011). Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica: Desenvolvimento Histórico e Perspectivas Atuais. *Interação Em Psicologia*, 15(0). Obtido de <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/25373>
- Heaton, R. K., Velin, R. A., McCutchan, J. A., Gulevich, S. J., Atkinson, J. H., Wallace, M. R., ... Grant, I. (1994). Neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus-infection: implications for employment. HNRC Group. HIV Neurobehavioral Research Center. *Psychosomatic Medicine*, 56(1), 8–17.
- Hollenbach, J. A., & Oksenberg, J. R. (2015). The immunogenetics of multiple sclerosis: A comprehensive review. *Journal of Autoimmunity*, 64, 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2015.06.010>

- Hsieh, S., McGrory, S., Leslie, F., Dawson, K., Ahmed, S., Butler, C. R., ... Hodges, J. R. (2015). The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: a new assessment tool for dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39(1-2), 1-11. <https://doi.org/10.1159/000366040>
- Hughes, A. J., Dunn, K. M., & Chaffee, T. (2018). Sleep Disturbance and Cognitive Dysfunction in Multiple Sclerosis: a Systematic Review. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0809-7>
- Jacobson, S. C., Blanchard, M., Connolly, C. C., Cannon, M., & Garavan, H. (2011). An fMRI investigation of a novel analogue to the Trail-Making Test. *Brain and Cognition*, 77(1), 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2011.06.001>
- Letendre, S. (2011). Central nervous system complications in HIV disease: HIV-associated neurocognitive disorder. *Topics in Antiviral Medicine*, 19(4), 137-142.
- Llinàs-Reglà, J., Vilalta-Franch, J., López-Pousa, S., Calvó-Perxas, L., Torrents Rodas, D., & Garre-Olmo, J. (2017). The Trail Making Test. *Assessment*, 24(2), 183-196. <https://doi.org/10.1177/1073191115602552>
- Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). Psychometric and normative indicators of the Portuguese version of the Addenbrooke's cognitive examination-III. Preliminary study on a sample of healthy subjects. Obtido 18 de Março de 2019, de ResearchGate website: [https://www.researchgate.net/publication/281626234\\_Psychometric\\_and\\_normative\\_indicators\\_of\\_the\\_Portuguese\\_version\\_of\\_the\\_Addenbrooke's\\_cognitive\\_examination-III\\_Preliminary\\_study\\_on\\_a\\_sample\\_of\\_healthy\\_subjects](https://www.researchgate.net/publication/281626234_Psychometric_and_normative_indicators_of_the_Portuguese_version_of_the_Addenbrooke's_cognitive_examination-III_Preliminary_study_on_a_sample_of_healthy_subjects)
- Malley, D. (2006). DeLuca, J. (Ed.). (2005). Fatigue as a window to the brain. London: The MIT Press. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(5), 597-599. <https://doi.org/10.1080/09602010600685210>
- Margolin, D. I. (1992). *Cognitive Neuropsychology in Clinical Practice*. Oxford University Press.
- Migliore, S., Curcio, G., Couyoumdjian, A., Ghazaryan, A., Landi, D., Moffa, F., ... Vernieri, F. (2018). Executive functioning in relapsing-remitting multiple sclerosis patients

- without cognitive impairment: A task-switching protocol. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 24(10), 1328–1336. <https://doi.org/10.1177/1352458517719149>
- Miller, B. L., & Cummings, J. L. (2017). *The Human Frontal Lobes, Third Edition: Functions and Disorders*. Guilford Publications.
- Moreira, H. S., Lima, C. F., & Vicente, S. G. (2014). Examining Executive Dysfunction with the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS): normative values from a healthy sample and clinical utility in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 42(1), 261–273. <https://doi.org/10.3233/JAD-132348>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Norris, G., & Tate, R. L. (2000). The Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADs): Ecological, Concurrent and Construct Validity. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10(1), 33–45. <https://doi.org/10.1080/096020100389282>
- Oh, J., Vidal-Jordana, A., & Montalban, X. (2018). Multiple sclerosis: clinical aspects. *Current Opinion in Neurology*, 31(6), 752–759. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000622>
- Oreja-Guevara, C., Ayuso Blanco, T., Brieva Ruiz, L., Hernández Pérez, M. Á., Meca-Lallana, V., & Ramió-Torrentà, L. (2019). Cognitive Dysfunctions and Assessments in Multiple Sclerosis. *Frontiers in Neurology*, 10, 581. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00581>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Peavy, G., Jacobs, D., Salmon, D. P., Butters, N., Delis, D. C., Taylor, M., ... Kirson, D. (1994). Verbal memory performance of patients with human immunodeficiency virus

- infection: evidence of subcortical dysfunction. The HNRC Group. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(4), 508–523. <https://doi.org/10.1080/01688639408402662>
- Pereira-Chioccola, V. L., Vidal, J. E., & Su, C. (2009). Toxoplasma gondii infection and cerebral toxoplasmosis in HIV-infected patients. *Future Microbiology*, 4(10), 1363–1379. <https://doi.org/10.2217/fmb.09.89>
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223–236. <https://doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Reger, M., Welsh, R., Razani, J., Martin, D. J., & Boone, K. B. (2002). A meta-analysis of the neuropsychological sequelae of HIV infection. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 410–424. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813212>
- Ribeiro, J., & Leal, I. (1996). *Psicologia Clinica da Saúde*. (4), 589–599.
- Rodrigues, R., Silva, R., Malheiro, L., Loureiro, J., & Moreira, S. (2018). *Neurological complications of Human Immunodeficiency Virus infection*. 18(2).
- Sanfilipo, M., Benedict, R., Guttman, B., & Bakshi, R. (2006). *Gray and white matter brain atrophy and neuropsychological impairment in multiple sclerosis*. 66(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000201238.93586.d9>
- Siebert, R., & Abernethy, D. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76(4), 469–475. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.054635>
- Tan, I. L., Smith, B. R., von Geldern, G., Mateen, F. J., & McArthur, J. C. (2012). HIV-associated opportunistic infections of the CNS. *The Lancet. Neurology*, 11(7), 605–617. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70098-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70098-4)

- Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 89–98. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia—CORRECTED VERSION. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(5), 777–786. <https://doi.org/10.1017/S1355617709990415>
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171–174.
- Viver com esclerose múltipla. (2019). Obtido 25 de Julho de 2019, de Médis website: <http://www.medis.pt/mais-medis/saude-e-medicina/viver-com-esclerose-multipla/>
- Wahass, S. H. (2005). THE ROLE OF PSYCHOLOGISTS IN HEALTH CARE DELIVERY. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63–70.
- Weber, E., Blackstone, K., & Woods, S. P. (2013). Cognitive neurorehabilitation of HIV-associated neurocognitive disorders: a qualitative review and call to action. *Neuropsychology Review*, 23(1), 81–98. <https://doi.org/10.1007/s11065-013-9225-6>
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 141–162. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>
- Wilson, B., Gracey, F., Evans, J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. United States of America: Cambridge.



### **Lista de Anexos**

**Anexo 1:** Calendarização das Atividades de Estágio 2018/2019.

**Anexo 2:** Protocolo de Avaliação Neuropsicológica *Standard*.

**Anexo 3:** Comprovativo de frequência em atividades formativas desenvolvidas pelo Centro Académico da unidade hospitalar.

**Anexo 4:** Comprovativo da coautoria da ação formativa desenvolvida no DPSM com o tema — Instrumento de Avaliação Neuropsicológica – MoCA.

**Anexo 5:** PowerPoint de apresentação do instrumento (NADL-F).

**Anexo 6:** Breve descrição dos casos acompanhados durante o estágio.

**Anexo 7:** Manual de avaliação e intervenção no grupo de cuidadores informais de doentes portadores de demência – “Cuidar de Quem cuida”.

**Anexo 8:** Manual terapêutico do cuidador informal.

**Anexo 9:** PowerPoint utilizado nas sessões de grupo de Cuidadores informais de doentes portadores de demência – “Cuidar de Quem cuida”.

**Anexo 10:** Análise estatística relativa à eficácia do grupo de cuidadores informais de doentes portadores de demência.

**Anexo 11:** Caderno de exercícios de estimulação cognitiva do doente J.M.



**Anexo 2:** Protocolo de Avaliação Neuropsicológica *Standard*.

**Protocolo de Avaliação Neuropsicológica Standard**

1. Protocolo para avaliação de pessoas **Com Escolarização**

✚ **Fototeste**

✚ **Montreal Cognitive Assessment – MoCA**

✚ **Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III)**

✚ **Teste da Fluência Verbal**

- FV Semântica (animais)
- FV Fonémica (letra P)
- FV Fonémica (letra M)
- FV Fonémica (letra R)

✚ **Auditory-Verbal Learning Test (AVLT)**

✚ **INECO Frontal Screening**

✚ **Trail Making Test (TMT)**

- TMT-A
- TMT-B

✚ **Dementia Rating Scale-2 (DRS-2)**

✚ **Behavioral Assessment Dysexecutive Syndrome (BADS)**

+

✚ **Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)**

✚ **Geriatric Depression of Scale (GDS) - >65 anos**

Ou

✚ **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - <65 anos**

## 2. Protocolo para avaliação de pessoas **Sem Escolarização (Analfabetas)**

### **Fototeste**

### ***Trail Making Test (TMT)***

- TMT-A
- TMT-B

### **Teste da Fluência Verbal**

- FV Semântica (animais)
- FV Fonémica (letra P)
- FV Fonémica (letra M)
- FV Fonémica (letra R)

### **Teste do Desenho do Relógio**

### **Teste da Orientação Espaciotemporal**

### ***Auditory-Verbal Learning Test (AVLT)***

### ***Dementia Rating Scale-2 (DRS-2)***

+

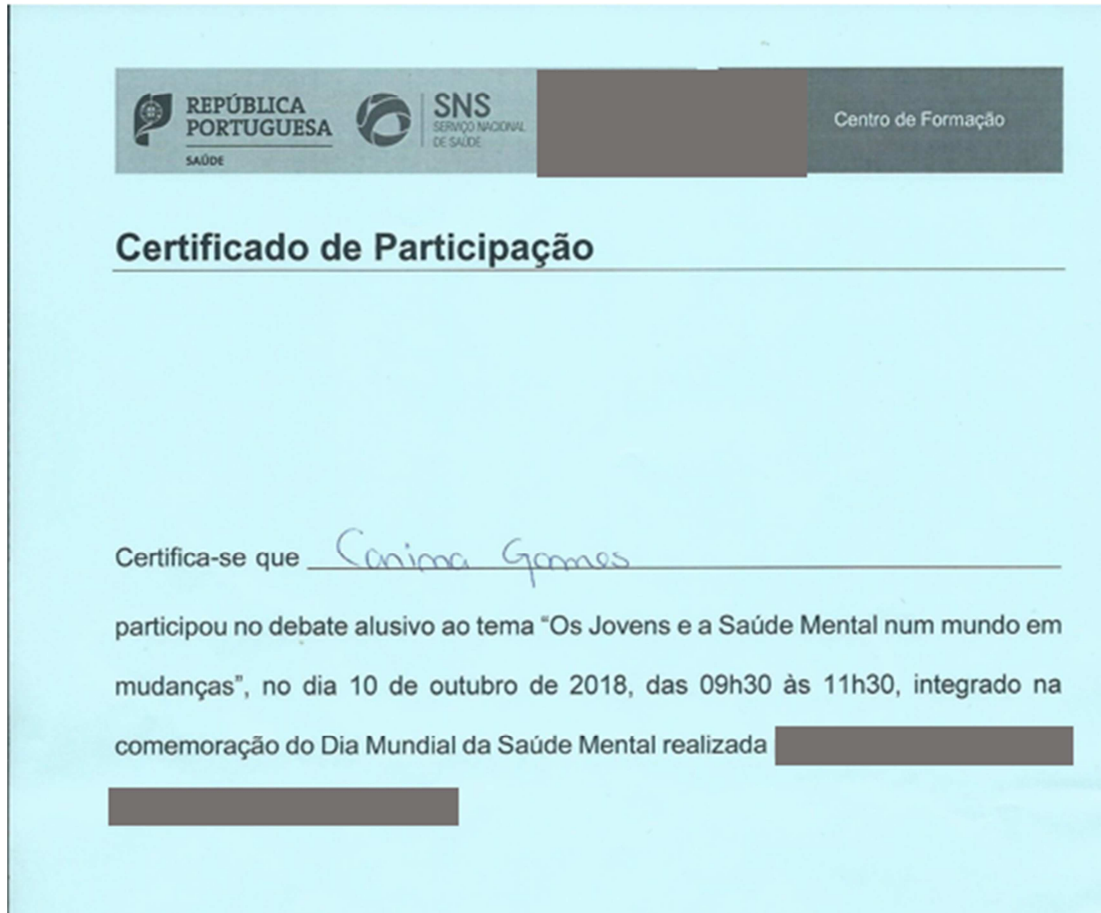
### ***Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)***

### ***Geriatric Depression of Scale (GDS)* - >65 anos**

Ou

### ***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* - <65 anos**

**Anexo 3:** Comprovativo de frequência em atividades formativas desenvolvidas pelo Centro Académico da unidade hospitalar.



# CERTIFICADO

Certifica-se que

**Carina Sofia Marques Gomes**

participou no evento formativo "A Intervenção Multidisciplinar na Pessoa com ELA", organizado [REDACTED] em parceria com a Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica, que decorreu no dia 16 de novembro de 2018, entre as 09h00 e as 18h00, num total de 9 horas.



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

# CERTIFICADO

Certifica-se que

**CARINA SOFIA MARQUES GOMES**

participou no evento formativo "II Reunião Cruzadas: Crescer em Wire(less)", organizado [REDACTED] que decorreu no dia 20 de novembro de 2018, entre as 09h00 e as 17h00, num total de 8 horas.

## Certificado de Participação

Certifica-se que Luísa Sofia Borges Jones, participou na ação de formação "Abordagem ao Doente Difícil", realizada [REDACTED] no dia 3 de junho de 2019, das 09h00 às 13h00, num total de 4 horas.

**Anexo 4:** Comprovativo da coautoria da ação formativa desenvolvida no DPSM com o tema — Instrumento de Avaliação Neuropsicológica – MoCA.

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		Acreditação	
<b>Folha de Sumário</b> <small>Centro de Formação – Acreditado por Despacho n.º 622 de 01/07/99</small>			
<b>1. FORMAÇÃO</b>			
CURSO/AÇÃO/SESSÃO Psicologia		SERVIÇO/LOCAL Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	
TEMA Instrumento de Avaliação Neuropsicológica - MoCA			DURAÇÃO TOTAL 1h00
DATA	HORÁRIO	FORMADOR	RUBRICA
26-11-18	11h30 – 12h30	Carina Gomes	
<b>2. SUMÁRIO</b>			
Exposição teórica de informação, referente a um instrumento de <i>screening</i> breve do Défice Cognitivo Ligeiro, utilizado na prática da Avaliação Neuropsicológica.			
<b>3. TIPO DE AULA / MEIOS UTILIZADOS</b>			
TIPO DE AULA			
<input checked="" type="checkbox"/> TEÓRICA	DURAÇÃO: 0 h 30 m	<input type="checkbox"/> PRÁTICA	DURAÇÃO: _ h _ m
MEIOS UTILIZADOS			
<input checked="" type="checkbox"/> Projetor Multimédia	<input type="checkbox"/> Computador Portátil	<input type="checkbox"/> Quadro Branco	<input type="checkbox"/> Cavalete + Papel
<input type="checkbox"/> Outro(s): _____			



**Anexo 5:** PowerPoint de apresentação do instrumento (NADL-F).

CESPU  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

infacts

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental  
Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

**Numerical Activities Daily Living - Financial [NADL-F]**

"A New Clinical Tool for Assessing Numerical Abilities in Neurological Diseases"

Carina Gomes, Estagiária Psicologia - CESPU

## Capacidade Financeira (CF)

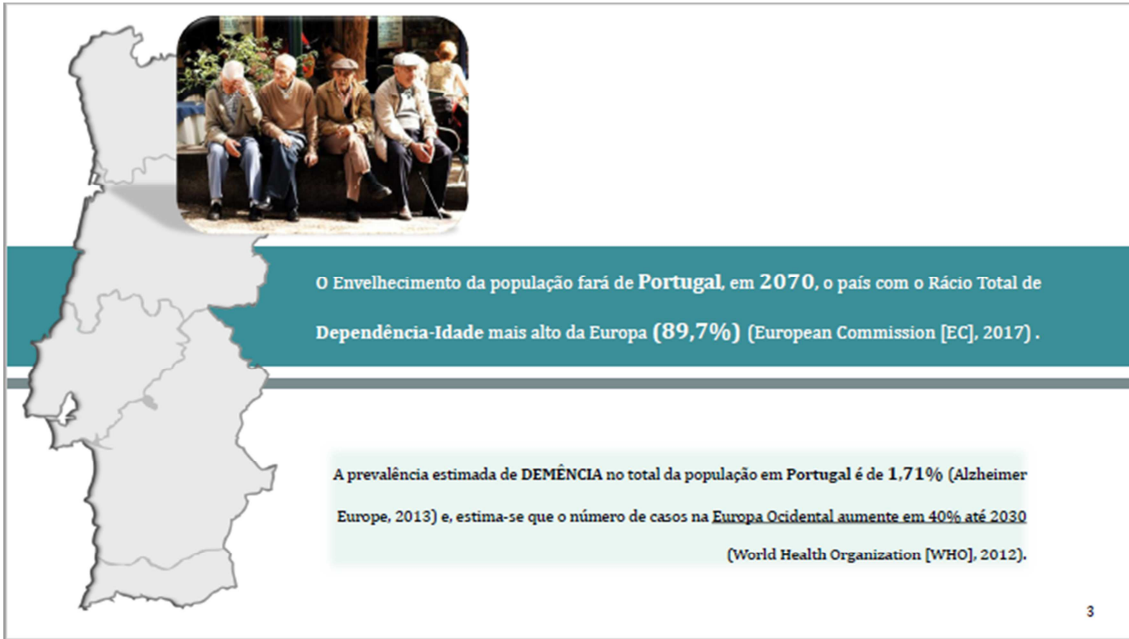
Habilidade de gerir os assuntos financeiros de forma independente e de acordo com os valores e interesses próprios (Marson, 2016).

- Nível de Independência
- Funcionamento na Comunidade
- Saúde Geral nos Adultos

Comporta um vasto leque de aptidões básicas:

- Compreensão de Conceitos Financeiros
- Capacidades Monetárias (ex: contagem de dinheiro)
- Efetuar Transações Monetárias
- Pagar Contas
- +
- Capacidade de ajuizar/avaliar as situações e tomar decisões financeiras em função dos interesses pessoais.

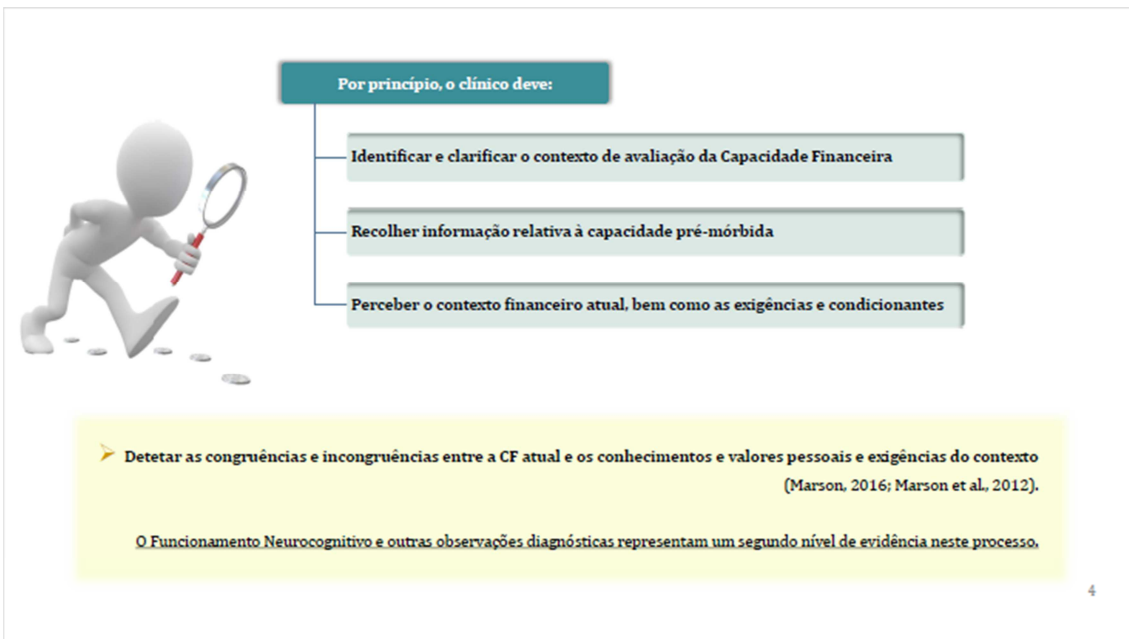
2



O Envelhecimento da população fará de **Portugal**, em **2070**, o país com o **Rácio Total de Dependência-Idade** mais alto da Europa (**89,7%**) (European Commission [EC], 2017).

A prevalência estimada de **DEMÊNCIA** no total da população em Portugal é de **1,71%** (Alzheimer Europe, 2013) e, estima-se que o número de casos na Europa Ocidental aumente em **40%** até 2030 (World Health Organization [WHO], 2012).

3



Por princípio, o clínico deve:

- Identificar e clarificar o contexto de avaliação da Capacidade Financeira
- Recolher informação relativa à capacidade pré-mórbida
- Perceber o contexto financeiro atual, bem como as exigências e condicionantes

➤ Detetar as congruências e incongruências entre a CF atual e os conhecimentos e valores pessoais e exigências do contexto (Marson, 2016; Marson et al., 2012).

O Funcionamento Neurocognitivo e outras observações diagnósticas representam um segundo nível de evidência neste processo.

4

### Os instrumentos da CF têm objetivos diferentes!!



1. Princípios Neuropsicológicos Tradicionais.
2. Importância do Mundo Real e Independência dos Pacientes.
3. Capacidade de Tomada de Decisão, como capacidade fundamental de base para a CF.

... Outros incluem, mas não se limitam à avaliação da CF.

... Outros são ainda motivados por Objetivos Legais.



Ex.: IACFin (*Financial Capacity Assessment Instrument*)

- > Avalia a CF.
- > Desenvolvido com o intuito de oferecer respostas específicas ao Sistema Legal Português.

(Sousa et al., 2014, 2015)

### FCI (*Financial Capacity Instrument*)

- > + Popular e + Amplamente Usado!
- > Para idosos, incluindo idosos com Demência.
- > CF → Conjunto de Habilidades e Atividades clinicamente relevantes e necessárias para o Funcionamento Independente na Comunidade.

Avalia a CF em 3 níveis #:

1. Nível da Tarefa (habilidades financeiras específicas)
2. Nível do Domínio (áreas + amplas da Atividade Financeira)
3. Nível Global

} 9 Domínios

1. Habilidades monetárias básicas
2. Conhecimento Conceitual Financeiro
3. Transações em Dinheiro
4. Gestão de Talões e Cheques
5. Administração de Extratos Bancários
6. Julgamento Financeiro
7. Pagamento de Contas
8. Conhecimento de Bens/Propriedades
9. Tomada de Decisão

- > Classifica o paciente como Capaz, Marginalmente Capaz ou Incapaz

(Marson et al., 2000; Marson et al., 2016)

## Numerical Activities of Daily Living – Financial [NADL-F]

- ≅ FCI, para uso clínico adaptado ao contexto Europeu
- Compreende um conjunto de tarefas clinicamente relevantes:
  - Capacidade Monetária Básica
  - Capacidade de Efetuar Compras e Realizar Cálculos Mentais
  - Capacidade de Gerir Contas Domésticas
  - Capacidade de Detetar Condutas Fraudulentas

(Arcara et al., 2017)



O Objetivo não é criar um novo modelo conceitual sobre as Capacidades Financeiras...

→ mas sim levar em consideração o que é necessário para definir um "Funcionamento Financeiro Independente" nos vários Contextos Socioculturais.

Versão Experimental Portuguesa – Uso Condicionado

NADL-FINANCIAL folha de cotação

Informação Pessoal	
Nome	
Data de nascimento/ idade	
Anos de escolaridade	
Anamnese	
Letabilidade	
Tratamento farmacológico actual	
Nível de autonomia (IACI)	
Avaliador	
Data de administração do teste	

Domínios	Pontuação
Contagem monetária	(max 5)
Capacidades de leitura	(max 8)
Compra de artigos	(max 14)
Percentagens	(max 9)
Conceitos financeiros	(max 14)
Pagamento de contas	(max 6)
Julgamentos financeiros	(max 6)

7 Domínios

Domínios	Pontuação
<b>A</b> → Contagem monetária	(max 5)
<b>B</b> → Capacidades de leitura	(max 8)
<b>C</b> → Compra de artigos	(max 14)
<b>D</b> → Percentagens	(max 9)
<b>E</b> → Conceitos financeiros	(max 14)
<b>F</b> → Pagamento de contas	(max 6)
<b>G</b> → Julgamentos financeiros	(max 6)



**Anexo 6:** Breve descrição dos casos acompanhados durante o estágio.

Nome	Idade	Escolaridade	Sexo	Proveniência	Motivo / Pedido	Diagnóstico
M. O.	63	12	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: queixas alterações mnésicas	DCL Amnésico Multidomínios
C. S.	85	7	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: queixas alterações mnésicas	DCL Não-Amnésico Multidomínios
A. P.	42	6	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: queixas alterações mnésicas	Sem alterações objetiváveis / Conflito conjugal
M. S.	76	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica – suspeita de quadro demencial	Síndrome Demencial (DA)
A. P.	64	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
E. R.	73	3	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: alterações mnésicas; desorientação espacial	DCL Amnésico Multidomínios
A. P.	79	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: queixas alterações mnésicas; mudanças comportamento	Síndrome Demencial (Frontotemporal)

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

A. L.	60	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: queixas alterações mnésicas	DCL Amnésico Multidomínios
J. L.	81	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: queixas alterações mnésicas	DCL Amnésico Multidomínios
M. S.	78	12	Feminino	Neurologia	Conflitos conjugais e familiares Avaliação neuropsicológica (queixas cognitivas importantes)	Síndrome Demencial
M. C.	68	4	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
J. O.	60	4	Masculino	Neurologia	Traumatismo Cranioencefálico, com queixas de alterações mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
R. A.	48	+12	Masculino	Psiquiatria	Alterações mnésicas importantes - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico
I. R.	58	9	Feminino	Psiquiatria	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
A. E.	59	4	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica: queixas alterações mnésicas	DCL Amnésico Multidomínios

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

J. S.	82	3	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (DA)
A. S.	59	4	Masculino	Psiquiatria	Queixas de alterações subjetivas- Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
J. C.	54	4	Masculino	Psiquiatria	Sintomatologia depressiva (c/ ideação suicida) e queixas de alterações mnésicas importantes - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
A. S.	78	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
J. C.	51	6	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
J. L.	48	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	Funcionamento Executivo Deficitário
M. A.	52	4	Feminino	Neurologia	Traumatismo Cranioencefálico - Avaliação neuropsicológica	Funcionamento Executivo Deficitário
R. A.	61	4	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	Funcionamento Executivo Deficitário

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

A. S.	64	4	Feminino	Psiquiatria	Sintomatologia depressiva e queixas cognitivas subjetivas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
M. P.	72	4	Feminino	Psiquiatria	Sintomatologia depressiva e queixas mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
R. C.	80	S/ escolaridade	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
C. G.	58	4	Feminino	Psiquiatria	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
M. A.	57	4	Feminino	Psiquiatria	Suspeita de quadro demencial - Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial
M. G.	76	4	Feminino	Psiquiatria	Queixas de alterações mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
Z. N.	69	4	Feminino	Psiquiatria	Depressões recorrentes – Avaliação neuropsicológica	Sem alterações cognitivas objetiváveis
A. C.	74	3	Masculino	Psiquiatria	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios



## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

M. S.	66	4	Feminino	Psiquiatria	Suspeita de declínio cognitivo - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
R. C.	60	4	Feminino	Psiquiatria	Queixas alterações mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
M. S.	74	4	Feminino	Psiquiatria	Suspeita de quadro demencial - Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial
L. R.	65	4	Feminino	Neurologia	Queixas de alterações mnésicas- Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
F. C.	51	3	Masculino	Neurologia	Suspeita de quadro demencial - Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial
F. E.	72	4	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Não-Amnésico Multidomínios
L. S.	56	4	Masculino	Neurologia	Traumatismo Cranioencefálico – Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (de predomínio Frontotemporal)
M. C.	78	5	Feminino	Psicologia/Oncologia	Avaliação neuropsicológica	Sem alterações cognitivas objetiváveis

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

M. G.	61	12	Feminino	Neurologia	Queixas de alterações mnésicas- Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
A. A.	61	4	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (DA)
G. A.	66	4	Feminino	Neurologia	AVC Isquémico - Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (de predomínio Frontotemporal)
R. A.	60	4	Feminino	Psiquiatria	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
M. C.	77	3	Feminino	Psiquiatria	Suspeita de declínio cognitivo - Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (DA)
J. C.	45	9	Masculino	Psicologia/Doenças Desmielinizantes	Esclerose Múltipla – Avaliação neuropsicológica	Sem alterações cognitivas objetiváveis
M. S.	57	12	Feminino	Psicologia Saúde Mental-Adultos	Avaliação neuropsicológica	Sem alterações cognitivas objetiváveis
A. S.	45	9	Masculino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

J. R.	56	2	Masculino	Psicologia/Oncologia	Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico
R. F.	66	4	Feminino	Neurologia	Queixas de alterações mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
A. M.	69	8	Masculino	Psiquiatria	Queixas de alterações mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico
M. M.	66	4	Feminino	Psicologia	Malformação de Arnold-Chiari I: suspeita de declínio cognitivo - Avaliação neuropsicológica	DCL Não-Amnésico Multidomínios
A. G.	79	4	Feminino	Neurologia	Sintomatologia depressiva e queixas de alterações mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
A. V.	68	4	Feminino	Neurologia	Queixas de alterações mnésicas - Avaliação neuropsicológica	DCL Não-Amnésico Multidomínios
J. G.	75	3	Masculino	Neurologia	Suspeita de deterioração cognitiva - Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (DA)
A. F.	58	4	Feminino	Psiquiatria	Suspeita de declínio cognitivo - Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

M. R.	59	4	Feminino	Neurologia	Avaliação neuropsicológica	Sem alterações cognitivas objetiváveis
D. R.	47	11	Feminino	Psicologia	Doença de Huntington – Avaliação Neuropsicológica	Funcionamento Executivo Deficitário
J. M.	26	9	Masculino	Neurologia	Infeção VIH – Avaliação neuropsicológica	DCL devido a infeção por VIH
A. R.	73	4	Masculino	Neurologia	Queixas de alterações mnésicas, apatia e alterações executivas – Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
M. S.	74	4	Feminino	Psiquiatria	Queixas de alterações mnésicas – Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
M. A.	57	9	Feminino	Psiquiatria	Sintomatologia depressiva e suspeita de declínio cognitivo – Avaliação neuropsicológica	Sem alterações cognitivas objetiváveis
G. N.	65	4	Feminino	Neurologia	Sintomatologia depressiva e queixas de alterações mnésicas – Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

A. M.	80	S/escolaridade	Feminino	Neurologia	Deterioração cognitiva – Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (DA)
M. F.	70	4	Feminino	Psiquiatria	Sintomatologia depressiva, luto patológico; queixas de alterações mnésicas – Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
M. L.	76	S/escolaridade	Feminino	Neurologia	Suspeita de deterioração cognitiva – Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (DA)
D. P.	68	4	Masculino	Neurologia	Enfarte do Miocárdio Suspeita de deterioração cognitiva – Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial (DA)
A. G.	58	12	Masculino	Neurologia	Queixas de alterações mnésicas – Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico
J. P.	68	11	Masculino	Otorrino	Tristeza reativa e queixas cognitivas subjetivas – Avaliação neuropsicológica	DCL Não-Amnésico Domínio Único
A. F.	83	4	Masculino	Neurologia	Suspeita de deterioração cognitiva – Avaliação neuropsicológica	Síndrome Demencial
M. A.	64	4	Feminino	Psiquiatria	Suspeita de declínio cognitivo – Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios

## Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

A. P.	52	12	Feminino	Neurologia	Esquecimentos frequentes – Avaliação neuropsicológica	Sem alterações cognitivas objetiváveis
A. T.	64	4	Feminino	Neurologia	Queixas de alterações mnésicas – Avaliação neuropsicológica	DCL Não-Amnésico Domínio Único
M. S.	67	4	Feminino	Psiquiatria	Queixas de alterações mnésicas – Avaliação neuropsicológica	DCL Amnésico Multidomínios
R. S.	43	4	Masculino	Psicologia - Saúde Mental Adulto	Avaliação neuropsicológica	Oligofrenia moderada / ansiedade
M. F.	49	4	Feminino	Medicina Interna	Sintomatologia depressiva, fase de luto ativa – acompanhamento e orientação psicológica	
C. G.	49	4	Feminino	Psiquiatria	Sintomatologia depressiva – acompanhamento e orientação psicológica	
L. P.	42	4	Feminino	Psiquiatria	Sintomatologia depressiva – acompanhamento e orientação psicológica	

**Anexo 7:** Manual de avaliação e intervenção no grupo de cuidadores informais de doentes portadores de demência – “Cuidar de Quem cuida”.

## **Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde**

Manual de Avaliação e Intervenção Psicológica

### **“Cuidar de Quem cuida”**



Grupo de Cuidadores Informais de Doentes Portadores de Demência

---

Realizado por Carina Gomes, Estagiária de Psicologia - CESPU

**Janeiro, 2019**

## **Introdução**

Portugal é um país envelhecido e o crescimento da população idosa parece acompanhar-se de um aumento do número de casos de demência. É expectável que este número continue a aumentar, uma vez que, de acordo com a estimativa de Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho (2015), é nos grupos etários acima dos 80 anos que se encontram mais de 64% das pessoas com demência.

Atualmente, a demência constitui uma das principais causas de incapacidade para os doentes e de sobrecarga para os cuidadores e serviços de saúde (Correia, 2014), sendo que a grande maioria dos cuidados são prestados por cuidadores informais não remunerados.

Cuidar de uma pessoa com algum nível de dependência exige lidar com uma diversidade de esforços, tensões e tarefas que podem superar as reais possibilidades do cuidador, podendo conduzi-lo à exaustão e ter um impacto a nível físico, psicológico, social e económico quer na vida do cuidador, como da pessoa foco dos seus cuidados.

Os cuidadores familiares quando assumem a tarefa de cuidados, geralmente não recebem formação para desempenhar esta atividade e quando se confrontam com esta realidade sentem que não estão suficientemente preparados para desempenharem a tarefa, motivo pelo qual se torna urgente capacitar os cuidadores ao nível de competências pessoais/sociais, no sentido de os dotar de conhecimentos não só para o cuidado como também para o seu autocuidado.

Não é demais salientar que o reconhecimento da importância da demência no panorama epidemiológico atual é um ponto de partida obrigatório para a definição das estratégias institucionais de apoio e tratamento dos doentes com demência no nosso país.



## Enquadramento Teórico

### Conceito de Demência

O termo demência, no seu sentido atual, designa um conjunto de patologias que se caracterizam pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas e da capacidade de desempenhar as atividades diárias (Correia, 2014). Segundo a Associação Portuguesa Alzheimer (2018) este é um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais. Esta deterioração cognitiva é associada à idade avançada e a uma consequência inevitável do envelhecimento (*senium*).

Tendo por base os critérios de diagnóstico, esta também pode ser definida como um comprometimento de memória em pelo menos dois domínios, suficientes para interferir nas atividades de vida diária, de acordo com o NINDS AIREN<sup>1</sup>. E segundo o CAD-DTC<sup>2</sup> é uma deterioração da função intelectual suficiente para interferir nas atividades corriqueiras da vida diária, que não é isolada a uma única categoria da performance intelectual e é independente do nível de consciência (Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005).

Os sintomas de demência implicam geralmente uma deterioração gradual, lenta e irreversível, da capacidade de funcionamento mental da pessoa (a memória, a atenção, a concentração, a linguagem, o pensamento, etc.), e isto, por sua vez, tem repercussões no comportamento (Leitão, Morais, & Guimarães, 2006; Caldas-Castro, 2005).

Na literatura encontram-se inúmeras classificações propostas para as síndromes demenciais. Uma classificação comumente adotada é a que distingue dois grupos: o grupo das demências Degenerativas ou Primárias, que engloba a demência do tipo Alzheimer, a demência por Corpos de Lewy e a demência Frontotemporal, dentre outras; e o grupo das demências Não-Degenerativas ou Secundárias, o qual abrange inúmeros subtipos, destacando-se a demência do tipo Parkinson, demência Vasculosa, as demências Priónicas, as demências Hidrocefálicas, as demências por Lesões Expansivas Intracranianas e as demências Toxicometabólicas (Fornari, Garcia, Hilbig, & Fernandez, 2010).

---

<sup>1</sup> (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences); <sup>2</sup> (California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers).

As demências Não-Degenerativas resultam de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, contaminações tóxicas e/ou tumores.

As demências Degenerativas podem ter uma origem predominantemente cortical, como a demência do tipo Alzheimer, ou subcortical, como a demência devido a doença de Huntington.

Para além da distinção supraescrita, as demências podem dividir-se em Irreversíveis, grupo que engloba demências Degenerativas, além da demência Vascular e Mista ou Reversíveis, que é referente ao grupo que representa parte das demências Não-Degenerativas (Fornari, Garcia, Hilbig, & Fernandez, 2010).

Segundo Leitão, Morais, & Guimarães (2006) nalguns casos a condição da pessoa pode melhorar, ou permanecer estável durante algum tempo. Uma pequena percentagem de casos tem tratamento ou pode mesmo retroceder, mas na grande maioria dos casos isso não acontece. Contudo, se o início se dá muito tarde na vida, as consequências tendem a ser menos graves.

A incidência e prevalência de demência e em particular a de Alzheimer, aumentam com a idade, duplicando a cada cinco anos após a sexta década de vida. De acordo com as perspetivas epidemiológicas atuais, cerca de 5% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade sofrem de uma forma de demência (Guerreiro, Brás, Santana, & Oliveira, 2008) atingindo os 20% na faixa etária acima dos 80 anos (Correia, 2014). Foi estimado que em 2005, existiam 24 milhões de indivíduos com demência em todo o mundo e que este número duplicará a cada 20 anos, devido ao envelhecimento da população (Correia, 2014; Tom et al., 2015).

#### ▪ **Demência do tipo Alzheimer**

É a principal causa de demência, sendo responsável por pelo menos 60% dos casos de síndrome demencial (Guerreiro, Brás, Santana, & Oliveira, 2008; Correia, 2014; Fornari, Garcia, Hilbig, & Fernandez, 2010).

Cerca de 10 a 15 anos antes de surgirem os primeiros sintomas, as células cerebrais vão sofrendo uma redução, de tamanho e número, devido à formação de emaranhados neurofibrilares no seu interior e placas senis no espaço exterior existente entre elas. Estas 2 lesões que ocorrem no cérebro impossibilitam a comunicação dentro do cérebro uma vez que as conexões existentes entre as células cerebrais ficam perdidas e os neurónios degeneram-se.

Isto traduz-se numa incapacidade de recordar ou assimilar a informação, porque se vão perdendo certas funções ou capacidades.

As lesões atingem inicialmente as estruturas mediais do lobo temporal (córtex entorrinal e hipocampo) progredindo, com a evolução da doença para o neocórtex (Correia, 2014).

Geralmente, o primeiro sintoma é a perda de memória episódica para eventos recentes (Fornari et al., 2010). O défice de memória evolui insidiosamente e progride lentamente ao longo do tempo, comprometendo também a memória semântica e a memória de trabalho, as quais estavam inicialmente preservadas.

O declínio de outras funções cognitivas pode surgir concomitantemente ou posteriormente à amnésia e o comprometimento da linguagem tende a ocorrer precocemente ao longo da evolução da doença, bem como outros sintomas característicos como a evidência de um discurso vago durante as conversações; perda de entusiasmo na realização de atividades anteriormente apreciadas; demorar mais tempo na realização de atividades de rotina; esquecer-se de pessoas ou lugares conhecidos; a incapacidade para compreender questões e instruções; a deterioração de competências sociais e a imprevisibilidade emocional.

Consoante as pessoas e as áreas cerebrais afetadas, os sintomas variam e a doença progride a um ritmo diferente. As capacidades da pessoa podem variar de dia para dia ou mesmo dentro do próprio dia, podendo piorar em períodos de *stress*, fadiga e problemas de saúde. No entanto, o certo é que vai existir uma deterioração ao longo do tempo (Associação Portuguesa Alzheimer, 2018).

A descrição a seguir representada, fornece uma orientação face à evolução do síndrome demencial, permitindo aos cuidadores antecipar as dificuldades e problemas futuros e prepararem-se quer fisicamente, quer psicologicamente para as etapas seguintes (Santana, 2015).

### **- Estádio I:**

Alterações da memória (esquecimento de nomes, números de telefone, mensagens e tarefas que foram ou deveriam ter sido executadas). Inicialmente estas alterações são subtis e podem passar relativamente despercebidas. Também é frequente que os familiares e amigos subestimem essas alterações, atribuindo-as ao processo natural do envelhecimento.

Afetação da capacidade de atenção. A combinação de alterações da memória e da atenção tem repercussões práticas na execução de tarefas que impliquem várias etapas (grande maioria das atividades profissionais, procedimentos sociais e atividades domésticas mais complexas).

Mais ou menos concomitantemente, muitos doentes começam a apresentar dificuldades de linguagem (dificuldade de compreensão de frases mais complexas, dificuldade em acompanhar uma conversa, dificuldade em evocar os nomes ou as palavras exatas para descrever os objetos, pessoas ou situações – anomia). O discurso dos doentes fica assim mais limitado, podendo consistir essencialmente em frases simples e curtas, ou, pelo contrário, em frases muito longas, redundantes e de difícil compreensão devido à omissão das palavras-chave (nomes). Alguns doentes mais conscientes das suas dificuldades isolam-se, evitam conversar e ficam deprimidos.

A orientação no tempo e no espaço encontram-se também frequentemente afetadas neste estágio: os doentes desconhecem ou cometem erros na sua localização no tempo (dia da semana, mês, ano, estação do ano, etc.) e perdem-se – primeiro em locais menos conhecidos, e depois na sua localidade e na própria residência.

Nesta fase quase todas as pessoas apresentam dificuldades mais ou menos severas em compreender e representar material simbólico e abstrato (o cálculo, sobretudo o cálculo mental mais complexo, a interpretação de linguagem simbólica e o desenho tridimensional, são tarefas comuns em que a abstração é fundamental, e exemplos das consequências práticas destas dificuldades são a incapacidade de fazer trocos ou utilizar o dinheiro, compreender provérbios e desenhar um cubo).

Outra perturbação psicológica notória e frequente neste estágio é a apatia (os doentes perdem a iniciativa para executar tarefas, ficando progressivamente mais parados e inativos).

Menos frequentemente os doentes desenvolvem gostos estranhos, nomeadamente em relação à roupa (preferência por cores berrantes) ou à alimentação (doces, por exemplo).

### **- Estádio II:**

Neste estágio os doentes são incapazes de manter a sua atividade profissional; outras atividades complexas, como por exemplo a condução de veículos e a administração das finanças estão severamente comprometidas, conduzindo a uma dependência cada vez maior de terceiras pessoas.

Relativamente às perturbações cognitivas, salientam-se mais uma vez as alterações da memória, da linguagem e da orientação no espaço e no tempo. Neste estágio, o defeito de memória mantém as características genéricas já enunciadas, ou seja, uma perturbação marcada da memória para factos recentes, com conservação parcial da memória para factos distantes.

Os defeitos de linguagem tornam-se também mais salientes, tanto em termos de compreensão da linguagem oral ou escrita como da produção de palavras – falar e escrever. Os pacientes repetem constantemente as mesmas palavras ou frases. A alteração grave na orientação temporal e espacial, associada a um compromisso emergente da interpretação de estímulos (tacto, paladar, visão e audição), provocam uma desorganização dos horários e ritmos biológicos (horários das refeições, ritmos de sono-vigília). Surgem também frequentemente dificuldades no controlo dos movimentos finos, na coordenação da postura corporal e no controlo esfíncteriano; as suas consequências práticas são a impossibilidade de executar de uma forma autónoma as atividades simples da vida diária (higiene, alimentação, vestir), as quedas ou acidentes e a incontinência noturna.

Os pacientes são irritáveis, sofrem mudanças bruscas do humor, podem apresentar-se extremamente apáticos ou, pelo contrário, muito agitados repetindo incessantemente os mesmos movimentos ou atos, podem apresentar alucinações visuais ou auditivas, podem ficar egoístas e agressivos e, como dissemos, muitas vezes têm perturbações do apetite e do sono.

### **-Estádio III:**

Os doentes apresentam uma demência grave. Em termos cognitivos, pode dizer-se que perderam quase todas as funções mentais, como a capacidade para entender e utilizar palavras, restringindo-se o seu discurso à repetição do final das frases do interlocutor (ecolalia) ou à repetição de sons e perderam a capacidade para andar, sentar-se, sorrir, engolir e controlar os esfíncteres. Os doentes ficam acamados, rígidos e sem movimentos dirigidos, tornando-se extremamente vulneráveis a infeções ou escaras de decúbito e necessitando apoio permanente.

É tipicamente uma doença da velhice, uma vez que raramente ocorre antes dos 60 anos e, embora atualmente estejam disponíveis tratamentos específicos que podem modular o curso da doença e amenizar os sintomas, a doença progride inevitavelmente ((Fornari et al., 2010).

### ▪ **Demência Vascular**

É a segunda causa de demência (cerca de 15% dos casos) e o quadro clínico é o resultado direto da doença Vascular no SNC (Correia, 2014). É mais utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos enfartes), mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (doença de Binswanger), angiopatia amiloide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos (Zanini, 2010).

Ao contrário da doença de Alzheimer, não há critérios clínicos unificados para o diagnóstico da demência Vascular. No entanto, existem dois padrões distintos de características clínicas (Fornari, Garcia, Hilbig, & Fernandez, 2010), como é o caso da Síndrome Cortical, em que as manifestações dependem do local anatômico da lesão, podendo incluir disfunção executiva, afasia, apraxia, agnosia, heminegligência, confusão, déficit visuoespacial e amnésia anterógrada. Apresenta início abrupto ou insidioso e deterioração em etapas.

A Síndrome Subcortical é determinada pelo rompimento de circuitos córtico-corticais e as suas características clínicas incluem sinais motores focais, ataxia, histórico de quedas, paralisia pseudobulbar, mudanças de humor e personalidade, disfunções cognitivas (como déficit leve de memória) e perda da função executiva.

### ▪ **Demência Mista**

Corresponde há coexistência de lesões típicas de doença de Alzheimer e de doença Vascular (Correia, 2014).

A sobreposição existente entre estas duas síndromes demenciais diz respeito á comorbidade, aos fatores de risco e patogênese compartilhados. Até o momento, não há consenso em afirmar que as alterações neuropatológicas condizentes com a (DA) predisponham à doença cerebrovascular, ou que a doença cerebrovascular desencadeie o início da (DA), uma vez que alguns investigadores acreditam que cada entidade se desenvolva independentemente da outra.

A apresentação mais comum de (DM) é a de um paciente com sintomas e características clínicas típicas de (DA) que sofre um agravamento abrupto, acompanhado por sinais clínicos de acidentes vasculares encefálicos (Fornari et al., 2010).

- **Demência do tipo Parkinson**

A doença de Parkinson (DP) é tradicionalmente conhecida com manifestações motoras, sendo as mais conhecidas o tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e alterações do equilíbrio. Estas manifestações são responsáveis por incapacidades físicas e psíquicas, mas existem outras que não devem ser ignoradas, uma vez que também acarretam prejuízo significativo para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, como psicose, perturbações cognitivas e depressão (Thanvi et al., 2003).

O termo demência associada à (DP) refere-se à demência que se desenvolve pelo menos 12 meses após a instalação das alterações motoras. Quando a demência se desenvolve nos primeiros 12 meses de evolução da doença, preenche-se o critério para o diagnóstico de demência de Corpos de Lewy (McKeith et al., 2005).

Entre as alterações cognitivas, a demência associada à (DP) é muito comum, com uma prevalência estimada entre 20% e 40% e é a manifestação mais grave e que aumenta o risco de morte (Melo, Barbosa, & Caramelli, 2007).

- **Demência por Corpos de Lewy**

É a segunda cause de demência degenerativa (15-25% dos casos) e caracteriza-se pela presença de corpos de Lewy em estruturas corticais e subcorticais (Correia, 2014).

Corresponde ao comprometimento de regiões específicas do cérebro devido à presença de estruturas proteicas, conhecidas como corpos de Lewy, que se desenvolvem dentro das células cerebrais e provocam sua degeneração e morte, resultando na demência. Caracteriza-se clinicamente por um quadro de demência em que ocorrem flutuação dos défices cognitivos numa questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígido acinéticos, de distribuição simétrica (Caramelli & Barbosa, 2002).

A demência por Corpos de Lewy tem um declínio cognitivo progressivo e interfere na capacidade funcional do indivíduo, essencialmente ao nível da capacidade de resolução de problemas e atividades de vida diária, havendo um comprometimento da atenção, funções

executivas e capacidades visuoespaciais nas fases iniciais, com relativa preservação da memória (Zanini, 2010).

#### ▪ **Demência Frontotemporal**

É a segunda causa de demência de início precoce, geralmente na faixa dos 40 aos 60 anos e caracteriza-se pelo envolvimento seletivo dos lobos frontais e/ou temporais, com preservação das zonas posteriores do cérebro (Correia, 2014; Allegri, Harris, & Serrano, 2001).

De acordo com Fornari, Garcia, Hilbig, & Fernandez (2010) há três fenótipos clínicos distintos para a (DFT). A forma de apresentação mais comum é a (DFT) Comportamental (Variante Frontal) que se caracteriza por progressivas mudanças comportamentais e de personalidade que incluem comportamento social anormal, padrão de alimentação não usual e comportamentos ritualizados.

A segunda variante manifesta-se sob a forma de uma Afasia de Fluência em estágios iniciais, havendo dificuldade para encontrar a palavra certa, porém a compreensão de seu significado encontra-se preservada.

O comportamento e a interação social estão frequentemente inalterados até estágios tardios da doença, quando o paciente se torna mudo.

A terceira forma de apresentação é conhecida como Variante Temporal ou Demência Semântica, que se manifesta sob a forma de uma Afasia Progressiva, havendo dificuldade para nomear objetos e compreender palavras (o que reflete a predominância de disfunção no lobo temporal esquerdo), além de dificuldade em reconhecer objetos e faces (refletindo uma disfunção temporal direita).

Clinicamente, evidenciam-se, no estágio inicial, perturbação de personalidade, com condutas antissociais e desinibição, sendo que, num momento posterior, surgem perturbações da linguagem, com anomias, estereotípias e alterações na compreensão. A memória, o cálculo e a orientação visuoespacial começam a deteriorar-se nos estágios moderados da doença. No



estágio final, constata-se uma severa deterioração cognitiva global, com o aparecimento de uma síndrome de acinesia progressiva e perda da linguagem (Serrano, Ranalli, Butman & Allegri; cit. por Allegri, Harris, & Serrano, 2001).

Outros traços de ajuda diagnóstica são o declínio na higiene e no cuidado pessoal, rigidez e inflexibilidade mental, distratibilidade, híper oralidade, rigidez e tremor.

#### ▪ **Doença de Pick**

A Doença de Pick é um tipo de demência Frontotemporal relativamente rara, representando cerca de 1% de todos os casos de demência (Tsuchiya, Piao, Oda, et al., 2006).

Afeta os lobos frontais, sendo que em alguns casos também pode atingir os lobos temporais do cérebro. Se existirem lesões no lobo temporal, a memória será a principal capacidade a ser afetada. O indivíduo perde a memória de curta e longa duração e outros défices cognitivos pioram progressivamente, dentre eles o comprometimento nas atividades de vida diária.

Por norma, tem início na meia-vida (entre os 50 e os 60 anos de idade) e o curso médio da doença é de 5 anos, podendo variar de 2 a 15.

Nos estágios iniciais a pessoa está ciente do tempo e capaz de reconhecer pessoas e faces, o que não é habitual na doença de Alzheimer. No entanto, existe a possibilidade de ocorrer apraxia (Hardin & Schooley, 2002).

As alterações normalmente não são percebidas pela maioria dos pacientes, uma vez que o indivíduo pode conseguir realizar tarefas quando lhe é pedido, mas não é capaz de realizar as mesmas independentemente. A capacidade para iniciar, organizar ou repetir uma simples tarefa é perdida com o avançar da doença (Hardin & Schooley, 2002).

#### ▪ **Demência devido a Doença de Huntington**

De acordo com a Associação Portuguesa Alzheimer (2018) a Doença de Huntington é uma doença degenerativa e hereditária, que afeta o cérebro e o corpo. Inicia-se, habitualmente, no período entre os 30 e 50 anos e é caracterizada pelo declínio intelectual e movimentos

irregulares involuntários dos membros ou músculos faciais. As alterações de personalidade, memória, fala, capacidade de discernimento e problemas psiquiátricos são outros sintomas característicos desta doença. Não existe tratamento disponível para impedir a sua progressão, contudo a medicação pode controlar as perturbações do movimento e os sintomas psiquiátricos. Na maioria dos casos, a pessoa desenvolve Demência.

### **Cuidadores Informais**

O impacto dos sintomas neuropsiquiátricos e das perturbações cognitivas no quotidiano do doente com demência e da sua família é grande, pois a progressiva redução da funcionalidade e da autonomia geram uma necessidade cada vez maior de auxílio para a realização das atividades de vida diárias (AVD) necessitando da presença de um cuidador. O cuidador pode ser definido como formal, ou seja, um profissional com formação específica/contratado ou cuidador informal, que pode ser um familiar, amigo ou vizinho que desenvolve tarefas de apoio e cuidados voluntários (Rafacho & Oliver, 2010).

A sobrecarga do cuidador informal é definida como o conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados por aqueles que cuidam de pacientes com algum tipo de comprometimento (Vitalino, Zhang, Scanlan, 2003). Os estudos sobre as síndromes demenciais dizem-nos que a sobrecarga do cuidador é um dos fatores responsáveis pelas dificuldades em lidar com os sintomas e institucionalização precoce do paciente (Santos, Sousa, Brasil, & Dourado, 2011).

Normalmente, o cuidador deve responsabilizar-se pela rede de cuidados necessários, no entanto, é comum o desconhecimento de como lidar adequadamente com a pessoa com demência, surgindo a necessidade de orientação e suporte.

A perceção de qualidade de vida dos cuidadores é frequentemente descrita como menor comparativamente com a população em geral, sendo associada a um maior risco de pobreza, isolamento, problemas de saúde físicos e mentais e, dificuldades significativas em permanecer incluídos no mercado de trabalho.

Estes fatores podem conduzir o cuidador para o stresse crónico e o isolamento social, o que incrementa o risco de patologias físicas e mentais, como depressão, ansiedade e

Burnout (Truzzi, Souza, Bucasio, Berger, Figueira, Engelhardt, et al., 2008) e conseqüentemente compromete a continuidade da prestação dos cuidados e o papel de cuidador, bem como a qualidade de vida da pessoa que recebe os seus cuidados.

Em última instância a ausência de recursos e, ou sobrecarga do cuidador pode conduzir a uma institucionalização mais precoce e estes devem receber atenção dos profissionais e serviços de saúde.

As intervenções de grupo direcionadas ao cuidador, podem ser de cunho psicoeducacional, psicossocial ou psicoterapêutico e têm como objetivo a compreensão e a aceitação do diagnóstico, a criação de estratégias de *coping* adequadas, diminuição da sobrecarga e aumento da capacidade de resiliência do cuidador e conhecimento sobre os possíveis recursos para lidarem com a situação e a necessidade de expressarem preocupações e emoções (Santos, Sousa, Brasil, & Dourado, 2011).

Os estudos na área sugerem que essas intervenções apresentam resultados significativos no alívio da sobrecarga e da depressão dos cuidadores, acarretando um aumento das capacidades relacionadas com o ato de cuidar, além de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

## **Desenvolvimento do Programa e Grupo de Intervenção**

### **▪ Objetivos da Intervenção**

As sessões são promovidas em torno de **2 vertentes**.

#### **1. Vertente Psicoeducativa**, em que os objetivos são:

- ✓ Fornecer informação sobre o envelhecimento biológico, psicológico e social; bem como as doenças típicas do processo do envelhecimento, nomeadamente as Síndromes Demenciais (tipos; etiologia; sintomas; curso esperado);
- ✓ Informar sobre o que é ser Cuidador Informal e as implicações que o exercício desta tarefa tem na vida pessoal, social e laboral dos cuidadores;

- ✓ Esclarecer sobre os cuidados a ter em casa, de forma a permitir ao cuidador e família antecipar mudanças na sua organização causadas pela doença e aumentar a capacidade para lidar funcionalmente com as transições;
- ✓ Informar sobre os cuidados nas atividades de vida diária (AVD) como a alimentação, higiene, vestir, etc.;
- ✓ Dar conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade.

## **2. Vertente de Suporte, que tem por função:**

- ✓ Ajudar a identificar e gerir emoções e otimizar estratégias de *coping* para lidar com as principais dificuldades;
- ✓ Identificação das limitações durante o processo de cuidar;
- ✓ Valorização e reconhecimento da Autoeficácia e Autoconfiança nos cuidados prestados;
- ✓ Partilhar experiências e sentimentos com pessoas que se encontram em situação semelhante;
- ✓ Reforçar a importância do Suporte Social e das Redes de Apoio e a necessidade de o solicitarem;
- ✓ Consciencialização e valorização do Autocuidado e desenvolvimento de estratégias para prevenir a exaustão (*Burnout do Cuidador*).

### **▪ Grupo Envolvido na Intervenção**

De forma a ajudar os familiares a lidar com as exigências do seu papel de cuidador, pretende-se que cada grupo criado seja constituído por cerca de **8 a 10 cuidadores informais de doentes portadores de demência**, de forma a facilitar e possibilitar a participação ativa de

todos os elementos nas várias atividades que serão desenvolvidas no decorrer do programa de intervenção.

- **Critérios de Inclusão**

Devem ser incluídos no grupo de intervenção, Cuidadores Informais dos familiares que estejam corretamente diagnosticados com um quadro demencial.

O Cuidador Informal ou o doente portador de Demência deve estar a ser acompanhado pelos serviços da presente Unidade Hospitalar. A sua seleção e respetivo encaminhamento poderão ser feitos não só pelos serviços do DPSM, como pelos diversos serviços do hospital que foram solicitados.

- **Homogeneidade e Heterogeneidade do grupo**

O grupo a ser intervencionado deve ser homogéneo em relação a atividade que executam. Será heterogéneo em relação ao sexo, idade, nível de escolaridade, tempo que executam a atividade de cuidador e o tipo de parentesco com o familiar que apresenta um quadro demencial.

- **Processo**

Preferencialmente o grupo deve ser o mesmo do início ao fim do programa (grupo fechado). Este procedimento ocorre em virtude de que, ao iniciar a intervenção os participantes já passaram pelo processo de integração, envolvimento e coesão grupal e portanto o vínculo emocional já deverá estar estabelecido entre os membros do grupo. No entanto, mantém-se a possibilidade de incluir alguns cuidadores caso a intervenção ainda esteja num ponto inicial e caso existam vagas, quer por desistência e/ou alta médica por falecimento do doente portador de demência.

Antes de iniciar o programa de intervenção, é necessário informar os cuidadores que devem fazer um esforço para estarem presentes em todas as sessões, desde a primeira até à última etapa.

## **Regras de Funcionamento**

No dia de cada sessão, os participantes devem dirigir-se ao balcão administrativo, 15 minutos antes da hora marcada, para efetivar consulta. Uma vez efetivada a consulta estes devem aguardar chamada na sala de espera. Caso haja um atraso ou alguém pretenda faltar deverá avisar assim que possível, justificando a ausência, uma vez que 2 faltas injustificadas implicam alta do grupo de intervenção por abandono.

▪ **Duração das Sessões**

Estão planeadas 8 sessões, que vão ocorrer 1 vez por mês (2ª semana de cada mês) com duração de aproximadamente 90 minutos para cada sessão, no entanto, é algo que ainda tem de ser acordado com o grupo, mediante a sua disponibilidade.

No final das sessões de intervenção programadas finaliza-se a atividade com o encerramento do processo de acompanhamento psicológico.

▪ **Comportamento de cada participante nas sessões de grupo**

Os participantes devem ser assíduos e pontuais, devem saber estar e saber ser pessoas em grupo, nomeadamente respeitarem-se a si próprios e aos outros elementos, sabendo ouvir e sabendo falar, com educação e responsabilidade.

## **Estrutura das Sessões**

### ***1ª Sessão – “Porque Estamos Aqui?”***

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Apresentação do(a) formador(a) e co formador (a), assim como de de todos os participantes;
- ✓ Apresentação do programa e dos conteúdos da intervenção;
- ✓ Fornecer uma base para a forma como as sessões seguintes se vão iniciar e o processo de desenvolvimento do grupo;
- ✓ Acordar com o grupo a frequência das sessões;
- ✓ Análise das expectativas e das necessidades do grupo.

---

<b>Conteúdo/Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dão-se as boas vindas aos participantes, reforçando a sua atitude em participar numa intervenção para cuidadores;</li><li>➤ O formador apresenta-se e cada participante faz a sua apresentação individual ao grupo, <u>realçando o que espera encontrar nestas sessões;</u></li></ul>
----------------------------	---

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicação dos objetivos e principal finalidade do programa;</li> <li>➤ Fornecem-se informações quanto ao número, duração, frequência, local e gratuidade das sessões, assim como os objetivos das mesmas;</li> <li>➤ Explicam-se as regras básicas (pontualidade, necessidade de serem participativos, confidencialidade de todos os dados e de todos os assuntos abordados nas sessões.</li> <li>➤ É pedido que durante o tempo de intervalo das sessões tragam dúvidas sobre leis, questões jurídicas e redes de apoio que queiram ver esclarecidas (com a participação/colaboração da Assistente Social).</li> <li>➤ Por último é explicado e solicitado a cada participante que preencha as escalas para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão (HADS), bem como dos níveis de sobrecarga (QASCI) e luto antecipado (MM-CGI-SF).</li> </ul>
<b>Métodos/Técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exposição Teórica</li> <li>➤ Discussão em Grupo/Interativo</li> </ul>
<b>Materiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Computador</li> <li>➤ <u>Material Impresso</u>: Manual do Utente; calendarização das sessões; instrumentos/escalas para avaliação da eficácia da intervenção no grupo (QASCI; HADS; MM-CGI-SF)</li> </ul>

## 2ª Sessão – “*Informar-me sobre a Legislação, Redes de Apoio e Questões Jurídicas*”

### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Informar os cuidadores sobre a legislação, questões jurídicas, serviços e redes de apoio existentes e como aceder a estas.

### **\*Colaboração da Assistente Social.**

<b>Conteúdo/Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificação dos recursos que existem na comunidade e as respetivas áreas de intervenção e circuitos de referênciação;</li> <li>➤ Exposição da legislação específica para pessoas em situação de dependência; *Colaboração/Participação da Assistente Social</li> <li>➤ Esclarecimento de dúvidas expostas pelos elementos do grupo;</li> <li>➤ Exposição de informação face aos manuais e materiais de apoio, de forma a promover o conhecimento dos participantes e a aumentar a eficácia da intervenção em grupo.</li> </ul>
<b>Método</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposição Teórica</li> <li>▪ Interação no Grupo (exposição de dúvidas e questões)</li> </ul>
<b>Materiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computador</li> <li>▪ <u>Material Impresso</u>: Entrega de uma brochura com listagem do que foi exposto na</li> </ul>

sessão para orientação do cuidador.

---

**NOTA:** Uma vez que as sessões grupais terão uma frequência mensal, existe a necessidade de informar os cuidadores acerca dos recursos que estão disponíveis na comunidade o mais cedo possível, para que possam tirar partido dos mesmos.

### ***3ª Sessão - “Saber Mais Sobre a Demência!”***

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Promover os conhecimentos teóricos dos cuidadores sobre as demências, dando enfoque ao quadro ou quadros demenciais presentes no grupo.

---

<b>Conteúdo/Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Para dar início à sessão, convidam-se os participantes a expor o que sabem acerca da demência; *Os elementos do grupo formam uma roda e cada um dos elementos partilha o que sabe sobre a demência.</li><li>➤ Reforça-se o facto do conhecimento sobre a doença ser uma importante fonte de poder para os cuidadores na medida em que reforça a sua confiança e os sentimentos de competência, ao mesmo tempo que gera expectativas mais realistas;</li><li>➤ Exposição teórica <b>“O que é uma demência?”</b> e os quadros demenciais mais frequentes, com ênfase na <b>Doença de Alzheimer (DA) e/ou outros tipos diagnosticados no grupo:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnóstico</li><li>- Etapas</li><li>- Manifestações clínicas mais comuns:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sintomas Cognitivos e Psiquiátricos</li><li>○ Incapacidade</li><li>○ Alterações do Comportamento;</li><li>○ Alterações do Sono</li><li>○ Alterações Motoras</li></ul></li><li>- Prognóstico/Futuro</li></ul><b>* Apresentação de um breve vídeo para facilitar a compreensão da doença e evolução do quadro demencial.</b></li></ul>
<b>Métodos/Técnicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Exposição Teórica/Interativa</li></ul>

---



---

➤ Discussão em Grupo

**Materiais**

➤ Computador

---

#### **4ª Sessão – “Lidar com a Situação de Dependência no Dia-a-Dia (Parte I) “**

##### ***- Memória, Comunicação e Desorientação***

##### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Potenciar as capacidades dos cuidadores;
- ✓ Promover a aquisição de estratégias para enfrentar as situações problemáticas da vida diária, de acordo com a evolução do quadro demencial;
- ✓ Fomentar a relação cuidador/familiar doente.

---

**Conteúdo/Atividades**

➤ Questiona-se se existem algumas dúvidas que queiram colocar relativamente à sessão anterior;

➤ Envolvimento dos participantes no sentido de identificarem as suas dificuldades, relacionadas com:

- Perda de Memória
- Alterações da Comunicação
- Desorientação

**\*É solicitado que os elementos identifiquem as dificuldades com que se vão deparando no dia-a-dia.**

**\*Situações concretas apresentadas pelos participantes.**

➤ Fornecer estratégias para lidarem com estas alterações.

---

**Nota:** No caso de esta sessão se tornar muito breve, poderá dar-se início à sessão seguinte (Parte II).

---

**Método**

▪ Discussão/Interação em Grupo

---

**Materiais**

▪ Computador

---

#### **5ª Sessão - “Lidar com a Situação de Dependência no Dia-a-Dia (Parte II) ”**

### Objetivos Específicos:

- ✓ Potenciar as capacidades práticas dos cuidadores;
- ✓ Utilização de estratégias facilitadoras para a prestação e cuidados de acordo com a evolução do quadro demencial;
- ✓ Promover a aquisição de estratégias para enfrentar as situações problemáticas da vida diária;
- ✓ Fomentar a relação cuidador/familiar doente.
- ✓ Capacitar os cuidadores de atitudes e comportamentos que possam contribuir para facilitar ao familiar de quem cuidam, uma vida digna até ao momento da morte.

---

<b>Conteúdo/Atividades</b>	<p>➤ Fazer uma exposição teórica sobre a diversidade da prestação de cuidados e tarefas frequentes dos cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Higiene Pessoal, Vestuário e Alimentação</li><li>○ Lazer, Atividades e Exercício</li><li>○ Segurança e Ambiente Seguro</li><li>○ Comportamento Agressivo, Agitação, Nervosismo, Cólera...</li><li>○ Ansiedade e Medo</li><li>○ Apatia e Mudanças Bruscas de Humor, Tristeza ou Felicidade Extrema</li><li>○ Perseguição</li><li>○ Comportamento Embaraçoso/Estranho</li><li>○ Não Reconhecer Pessoas nem Objetos</li><li>○ Sentir Tristeza/Estar Deprimido.</li><li>○ Frustração</li><li>○ Esconder e Perder Coisas e Perguntas Repetitivas</li><li>○ Comportamento Sexualmente Inapropriado</li><li>○ Insónia e Deambulação Noturna</li><li>○ Deambulação</li><li>○ Sono e Repouso</li><li>○ Incontinência</li></ul>
----------------------------	--

---

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Movimentos Involuntários</li><li>○ Perda De Coordenação</li><li>➤ Envolvimento dos participantes no sentido de identificarem as suas dificuldades na realização das tarefas diárias; <b>*É solicitado que os elementos identifiquem as dificuldades com que se vão deparando no dia-a-dia.</b> <b>*Situações concretas apresentadas pelos participantes.</b></li><li>➤ São mencionadas as estratégias facilitadoras para a prestação de cuidados nas Atividades de Vida Diária (AVD);</li><li>➤ Entrega de um folheto-guia “<i>Como Cuidar do Familiar com Demência?</i>”</li><li>➤ Visualização de imagens de ajudas técnicas específicas.</li></ul>
<b>Método</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Exposição Teórica</li><li>▪ Discussão em Grupo</li></ul>
<b>Materiais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Computador</li><li>▪ Material Impresso</li></ul>

---

### ***6ª Sessão – “O que é Ser Cuidador Informal?”***

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Refletir sobre o significado de ser cuidador;
- ✓ Partilhar experiências e sentimentos do desempenho do papel de cuidadores.
- ✓ Reconhecer os sinais de alarme de *Stress* inerentes ao desempenho do papel de cuidadores.

---

<b>Conteúdo/Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Questiona-se se existem algumas dúvidas que queiram colocar relativamente à sessão anterior;</li><li>➤ Lança-se a seguinte pista para reflexão: “<i>O que significa ser Cuidador?</i>” <b>*Pede-se aos participantes que expressem as suas opiniões e sentimentos (escrevendo num papel em branco, por exemplo).</b> <b>Faz-se uma síntese do que foi dito pelos participantes</b></li><li>➤ De seguida, faz-se uma exposição das fases (habitualmente descritas na literatura) que caracterizam a adaptação à situação de prestação de cuidados: negação, procura de informação, reorganização e resolução;</li><li>➤ <u>Atividade Grupal</u>: identificar fatores positivos e negativos que podem ocorrer em consequência de terem que prestar cuidados aos seus familiares;</li></ul>
----------------------------	--

---

---

	<p><b>*Num quadro fazem-se duas listas (uma com os aspetos positivos outra com os negativos)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Exposição das consequências da prestação de cuidados na vida dos cuidadores;</li><li>➤ Exposição dos principais sinais de alerta de Stress (descritos na literatura sobre esta temática);</li></ul> <p><b>*Pede-se a cada um dos participantes que identifiquem em si próprios a ausência ou presença dos mesmos.</b></p>
<b>Método</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Exposição Teórica</li><li>▪ <i>Brainstorming</i> (“tempestade de ideias”)</li><li>▪ Discussão em Grupo/Interativo</li></ul>
<b>Materiais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Computador e Ardósia/Quadro</li></ul>

---

### ***7ª Sessão – “Aprender a Autocuidar-se”***

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Consciencializar para a importância de cuidarem de si;
- ✓ Promover atitudes positivas face à prestação de cuidados;
- ✓ Capacitar os cuidadores de estratégias de *coping* adequadas, na redução da sobrecarga associada à prestação de cuidados.

---

<b>Conteúdo/Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Questiona-se se existem algumas dúvidas que queiram colocar relativamente à sessão anterior;</li><li>➤ Faz-se uma breve revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior;</li><li>➤ Fornecimento da informação sobre os direitos dos cuidadores;</li><li>➤ <u>Pista de Reflexão: “É possível cuidar cuidando-se?”</u>  <u>“Quais as estratégias utilizadas pelos cuidadores?”</u></li><li>➤ Exposição teórica de potenciais <u>Estratégias de Coping</u>:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Procurar informação,</li><li>○ Estabelecer limites,</li><li>○ Ter objetivos e expectativas realistas,</li></ul></li></ul>
----------------------------	--

---

## Relatório de Estágio

### Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

- Realização de atividades de lazer,
- Valorizar a experiência de ser cuidador,
- Pedir e aceitar a ajuda.
- Escolher um texto que fale da valorização do cuidador e pedir a opinião dos participantes.  
*“Cuida de um Familiar com Demência? Lembre-se que também precisa de cuidar de si próprio.”*

- 
- |               |  |
|---------------|--|
| <b>Método</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Exposição Teórica</li><li>▪ Discussão em Grupo</li></ul> |
|---------------|--|

- 
- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>Materiais</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Computador</li></ul> |
|------------------|--|
- 

### ***8ª Sessão – “Avaliação da Eficácia do Grupo de Intervenção”***

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Conselhos finais aos cuidadores
- ✓ Fazer a avaliação da eficácia do programa.

---

<b>Conteúdo/Atividades</b>	<p><b><u>Numa primeira parte:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Faz-se uma breve revisão dos conteúdos abordados de todas as sessões;</li><li>➤ Leitura de pequeno excerto ou de um poema para refletirem e debater;</li></ul> <p><b><u>Na segunda parte:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Avaliar o trabalho entre as sessões;</li><li>➤ Administração do questionário de satisfação e aplicação dos instrumentos/escalas preenchidas na primeira sessão (HADS; QASCI; <b>MM-CGI-SF</b>).</li></ul>
----------------------------	---



- 
- |               |  |
|---------------|--|
| <b>Método</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Interação em Grupo</li></ul> |
|---------------|--|

- 
- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>Materiais</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <u>Material Impresso:</u><br/>Excerto ou poema impresso; instrumentos/escalas para avaliação da eficácia da intervenção no</li></ul> |
|------------------|--|
-

---

grupo (QASCI; HADS; MM-CGI-SF) e questionário para avaliação e satisfação da intervenção de grupo.

---

## Psicometria para Avaliação da Eficácia

### ▪ QASCI (Questionário da Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal)

A escala de QASCI permite avaliar o impacto físico, emocional e social do papel do cuidador informal, no contexto da prestação de cuidados.

Os autores do QASCI (Martins, Ribeiro, Garrette, 2003) referem que os componentes deste instrumento, em que o cuidador informal tende a apresentar maior sobrecarga física, emocional e social são as implicações da vida pessoal do cuidador informal; as reações a exigências; a sobrecarga emocional e percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo.

É um instrumento construído para avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal, integrando 32 itens, avaliados numa escala ordinal de 1 a 5. Comporta sete dimensões do cuidar: implicações na vida pessoal do cuidador (11 itens); satisfação com o papel e com o familiar (5 itens); reações a exigências (5 itens); sobrecarga financeira (2 itens) e percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo (3 itens).

Dimensões	Nº dos itens
Sobrecarga emocional	1, 2, 3, 4
Implicações na vida pessoal	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Sobrecarga financeira	16, 17
Reacções a exigências	18, 19, 20, 21, 22
Mecanismo de eficácia e de controlo	23, 24, 25
Suporte familiar	26, 27
Satisfação com o papel e com o familiar	28, 29, 30, 31, 32

\* Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003)<sup>XX</sup>

- **MM-CGI-SF (*Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form*)**

Nas demências, o processo de luto antecipatório, não só permite ao cuidador uma preparação para a vida após a morte da pessoa amada, como também possibilita o reconhecimento das "mini-perdas" ao longo desta longa jornada (Morton, 2003). Estas incluem a perda de objetivos e planos futuros, assim como, do estilo de vida social e económico, do companheirismo e intimidade, independência e liberdade, durante a fase de prestação de cuidados (Ross, 2008).

A MM-CGI-SF é uma versão reduzida composta por 18 itens, e à semelhança da escala original (MM-CGI, de 50 itens) é de autopreenchimento, de acordo com uma escala tipo Likert. Esta escala tem a finalidade de explorar o luto antecipado, como novo constructo associado à sintomatologia depressiva, sobrecarga e exaustão, sentida pelos cuidadores de doentes com demência.

Apesar da eliminação de 32 itens, mantém a mesma estrutura fatorial adaptando, no entanto, uma nova organização dos itens. A escala ficou reorganizada da seguinte forma: **F1-**

**Sobrecarga e Sacrifício Pessoal:** Itens A: 1, 2, 10, 16, 17 e 18; **F2- Profunda Tristeza e**

**Saudade:** Itens B: 4, 8, 9, 11, 12 e 15) e **F3- Preocupação e Sentir Isolamento:** Itens C: 3, 5, 6, 7, 13 e 14) (Marwit & Meuser, 2005; citado por Almeida, 2013).

A MM-CGI-SF para além de obter o valor total de Luto, e dos três fatores, permite elaborar um perfil pessoal de luto que nos indica, se os valores apresentados são baixos, médios ou elevados. De acordo com os autores, as pontuações que se localizam na área superior (um desvio padrão acima da média), poderão indicar que os cuidadores necessitam de uma intervenção formal ou assistência de suporte para melhorar as estratégias de *coping*. Baixas cotações (um desvio padrão abaixo da média), sugerem um processo de negação ou minimização da angústia. Estas podem ainda, serem indicadores de uma adaptação positiva, caso o indivíduo não mostre sinais de luto reprimido ou distúrbios psicológicos. As pontuações médias/centrais designam reações normais.

- **HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)**

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão é uma escala pequena e fácil de usar nos meios hospitalares. Compreende 14 itens divididos em duas subescalas que medem a depressão e a ansiedade.

Para cada item há 4 respostas possíveis, cotadas de 0 a 3, em que 0 reflete menor gravidade e o 3 maior gravidade. Pontuações de 7 ou menos são considerados não casos, 8 a 10 casos duvidosos, e mais do que 11 como casos bem definidos. É facilmente compreendido e aceite pelos pacientes (Ribeiro et al., 2006; Hernández, 2003; citado por Rebelo, 2010).

## Referências

- Allegri, R., Harris, P., & Serrano, C. (2001). Perfis Diferenciais de Perda de Memória entre a Demência Frontotemporal e a do Tipo Alzheimer, *14* (2), 317 – 324.
- Almeida, F. B. de. (2013). Estudo do luto antecipado em cuidadores de doentes com demência. Obtido de <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/305>
- Belleville, S., Fouquet, C., Hudon, C., Zomahoun, H. T. V., Croteau, J., & Consortium for the Early Identification of Alzheimer's disease-Quebec. (2017). Neuropsychological Measures that Predict Progression from Mild Cognitive Impairment to Alzheimer's type dementia in Older Adults: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, *27* (4), 328 – 353. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9361-5>
- Caldas-Castro, A., & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. - Grupo LIDEL. Obtido de <https://www.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-saude/neurologia/a-doenca-de-alzheimer-e-outras-demencias-em-portugal/>



- Candida, A. (2010). *Intervenção Cognitiva na Demência*. Católica Portuguesa, Lisboa.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? (24), 7– 10.
- Castro, L., & Souza, D. (2016). Programa De Intervenção Psicossocial Aos Cuidadores Informais Familiares: O Cuidar E O Autocuidado, (42), 150 – 162.
- Christie, H. L., Bartels, S. L., Boots, L. M. M., Tange, H. J., Verhey, F. J. J., & de Vugt, M. E. (2018). A systematic review on the implementation of eHealth interventions for informal caregivers of people with dementia. *Internet Interventions*, 13, 51 – 59. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.07.002>
- Correia, D. (2014). *Manual de Psicopatologia* (2.<sup>a</sup> ed.). lidel.
- Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, 44 (2308 – 2314).
- Demência - Distúrbios neurológicos. (sem data). Obtido 27 de Outubro de 2018, de <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/del%C3%ADrio-e-dem%C3%AAncia/dem%C3%AAncia>
- Ferreira, C., & Barham, E. (2016). An intervention to reduce burden among caregivers who assist elderly people with Alzheimer’s disease, pp. 111 – 130.
- Fornari, L., Garcia, L., Hilbig, A., & Fernandez, L. (2010). The several faces of dementia syndrome: How to diagnose clinically?, 20(2), 185–193.
- Gauthier, S., Ng, K. P., Pascoal, T. A., Mathotaarachchi, S., Chung, C.-O., Benedetti, A. L., ... Rosa-Neto, P. (2017). Author response: Neuropsychiatric symptoms predict hypometabolism in preclinical Alzheimer disease. *Neurology*, 89 (18), 1931 – 1931. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004593>
- Göthlin, M., Eckerström, M., Rolstad, S., Kettunen, P., & Wallin, A. (2018). Better prognostic accuracy in younger mild cognitive impairment patients with more years of

- education. *Alzheimer's & Dementia (Amsterdam, Netherlands)*, 10, 402 – 412.  
<https://doi.org/10.1016/j.dadm.2018.05.001>
- Guerreiro, R., Brás, J., Santana, I., & Oliveira, C. (2008). Dementia Genetics - A brief review, 8(1).
- Hardin S, & Schooley B. (2002). A story of Pick's disease: A rare form of dementia. *J Neurosci Nurs*. 34(3):117-22.
- Leitão, O., Morais, M., & Guimarães, P. (2006). *Manual do Cuidador da pessoa com Demência* (2.<sup>a</sup> Edição em português). Lisboa: Novartis.
- Martins, T., Ribeiro, P., Garrett, C. (2003) – Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4 (1), 131-148.
- McKeith, G., et al. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 65,1863-1872.
- Melo, L., Barbosa, E., & Caramelli, P. (2007). Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento, 34 (4), 176 – 183.
- Morton, L. (2003). Psychological journey of an Alzheimer's caregiver. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4 (4), 262-266.
- Neto, J., Tamelini, M., & Forlenza, O. (2005). The Differential Diagnosis of Dementia, 32 (3), 119 – 130.
- Portugal, Associação Alzheimer. (2018). O que é a Demência? Obtido 27 de Outubro de 2018, de [http://alzheimerportugal.org/alzheimerportugal.org/public/Text.php?section\\_context\\_id=0&section\\_parent\\_id=9&section\\_id=32&text\\_id=18&title=o-que-e-a-demencia](http://alzheimerportugal.org/alzheimerportugal.org/public/Text.php?section_context_id=0&section_parent_id=9&section_id=32&text_id=18&title=o-que-e-a-demencia)
- Rafacho, M., Oliver, FC. (2010). A atenção aos cuidadores informais/familiares e a

- estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, 21(1), 41-50. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v21i1p41-50.
- Rebelo, V. L. (2010). Qualidade de vida em doentes com dor crónica. Obtido de <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/138>
- Rizzi, L., Rosset, I., & Roriz-Cruz, M. (2014). Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types [Research article]. Obtido 27 de Outubro de 2018, de <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/908915/abs/>
- Ross, A. C. (2008). *An Assessment of Anticipatory Grief as Experienced by Family Caregivers of Individuals with Dementia*. (Doctor of Philosophy), Alabama: Faculty of Auburn University, Auburn.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28 (2), 182 – 188.
- Santana, I. (2015). A Doença de Alzheimer. Obtido 26 de Dezembro de 2018, de <http://www.psimedi.pt/index.php/material-didatico/17-doencaalzheimer>
- Santos, R., Sousa, M., Brasil, D., & Dourado, M. (2011). Group interventions focused on the burden of caregivers of patients with dementia: a systematic review, 4 (38), 161 – 167.
- Thanvi, R., Munshi, K., Vijaykumar, C. (2003). Neuropsychiatric non-motor aspects of Parkinson's disease. *Postgrad Med J*. 79, 561-565.
- Tom, S. E., Hubbard, R. A., Crane, P. K., Haneuse, S. J., Bowen, J., McCormick, W. C., ... Larson, E. B. (2015). Characterization of dementia and Alzheimer's disease in an older population: updated incidence and life expectancy with and without dementia. *American Journal of Public Health*, 105(2), 408–413. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301935>

Truzzi, A., Souza, W., Bucasio, E., Berger, W., Figueira, I., Engelhardt, E., et al. (2008).

A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Eur J Psychiat*, 22 (3), 151-60.

Tsuchiya K, Piao YS, Oda T, et al. (2006, Apr 12). Pathological heterogeneity of the precentral gyrus in Pick's disease: a study of 16 autopsy cases. *Acta Neuropathol.* 112(1):29-42.

Vitalino, PP., Zhang, J., Scanlan, JM. (2003) A one-year randomized controlled Psychosocial intervention study among family carers of dementia patients – effects on patients and carers. *Psychol Bull*, 129 (6), 946-72.

Zanini, R. (2010). Dementia in the elderly: Neuropsychological aspects, 2 (18), 220 – 226.

### **Anexos**

**Anexo 1:** QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

**Anexo 2:** MM-CGI-SF – *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form*

**Anexo 3:** HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

**Anexo 4:** Questionário de Avaliação da Intervenção

## Anexo 1

### QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5

8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Nas últimas 4 semanas</b>	<b>Não/Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Sempre</b>
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial,	1	2	3	4	5

com mais valor?					
-----------------	--	--	--	--	--

Martins, T; Ribeiro, JLP; Garrett, C (2003)

## Anexo 2

### *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form (MM-CGI-SF)*

(Versão portuguesa, traduzida e adaptada por: Almeida, F., Leite, M., Gonçalves, P., Sobral, M., & Rodrigues, E., 2013, a partir da versão original Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory - Short Form, 2005)

### Instruções:

Este inventário destina-se a medir a experiência de dor / luto em atuais cuidadores de pessoas que vivem com demência progressiva (e.g. Doença de Alzheimer). Leia cada afirmação cuidadosamente, depois decida qual o seu grau de agrado de concordância ou discordância com o que é dito. Assinale um número de 1 a 5, usando a chave abaixo indicada (e.g. 5 = concordo plenamente). É importante que responda a todos os itens para que os resultados sejam exatos.

<b>CHAVE DE RESPOSTAS</b>							
1 = Discordo plenamente / 2 = Discordo / 3 = Concordo em parte / 4 = Concordo / 5 = Concordo plenamente							
1	Tive que desistir de muita coisa para ser um cuidador (a).	1	2	3	4	5	A
2	Sinto que estou a perder a minha liberdade.	1	2	3	4	5	A
3	Não tenho ninguém com quem comunicar.	1	2	3	4	5	C
4	Sinto-me vazio e doente sabendo que esta pessoa que amo se “foi”.	1	2	3	4	5	B
5	Passo muito tempo preocupado com as coisas más que ainda virão.	1	2	3	4	5	D
6	A demência é uma dupla perda... perdi a proximidade com a pessoa que	1	2	3	4	5	B

	amo e a ligação com a minha família.						
7	Os meus amigos simplesmente não compreendem aquilo por que estou a passar.	1	2	3	4	5	C
8	Tenho saudades do que já passou, do que tínhamos e do que partilhámos no passado.	1	2	3	4	5	B
9	Conseguiria lidar melhor com outras sérias doenças incapacitantes do que com esta.	1	2	3	4	5	B
10	Vou estar preso nesta situação, não sei por quanto tempo.	1	2	3	4	5	D
11	Dói quando o/a coloco na cama à noite e me apercebo que ele/ela “não está lá”.	1	2	3	4	5	B
12	Sinto-me muito triste com o que esta doença causou.	1	2	3	4	5	B
13	Fico acordado (a) a maior parte das noites preocupado (a) com o que está acontecer e como me vou desenhilhar no futuro.	1	2	3	4	5	D
14	As pessoas mais próximas de mim não entendem o que estou a passar.	1	2	3	4	5	C
15	Já perdi outras pessoas que me eram próximas, mas as perdas que agora experimento são muito mais arrasadoras.	1	2	3	4	5	B
16	Perdi a minha independência... não tenho liberdade para fazer o que me apetece, o que quero.	1	2	3	4	5	A
17	Gostaria de ter uma ou duas horas por dia para mim, para prosseguir com os meus interesses pessoais.	1	2	3	4	5	A
18	Estou preso (a) nesta função de cuidador (a) e não há nada que possa fazer sobre isto.	1	2	3	4	5	A

### Anexo 3

#### HADS

Zigmond & Snaith, 1983 (Traduzido por McIntyre, T., et al. 1999)

##### A Sinto-me tenso:

3	A maior parte do tempo
2	Muitas vezes
1	De vez em quando, ocasionalmente
0	Nunca

##### D Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:

0	Tanto como gostava
1	Não tanto como gostava
2	Só um pouco do que gostava
3	Nada como gostava

##### A Eu sinto-me um pouco assustado(a) como se algo terrível estivesse para acontecer:

3	Sim, e bastante forte
2	Sim, mas não tão forte
1	Um pouco, mas isso não me preocupa
0	Não, de maneira nenhuma

##### D Eu consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas:

##### D Sinto-me mais vagaroso:

3	Quase sempre
2	Muitas vezes
1	Às vezes
0	Nunca

##### A Sinto uma espécie de medo como se fosse um aperto no estômago

0	Nunca
1	Ocasionalmente
2	Bastante vezes
3	Muitas vezes

##### D Perdi o interesse pela minha aparência

3	Sim, definitivamente
2	Não me cuido tanto como deveria
1	Talvez não me cuide tanto
0	Cuido-me como sempre

##### A Sinto-me inquieto(a) como se estivesse que estar sempre a andar de um lado para o



0	Tanto como costumava conseguir
1	Não tanto como costumava conseguir
2	Definitivamente, mas não tanto como costumava conseguir
3	Não, de maneira nenhuma

**A Tenho preocupações que não me saem da cabeça:**

3	A maior parte do tempo
2	Muito tempo
1	De vez em quando, mas não muitas vezes
0	Apenas ocasionalmente

**D Sinto-me alegre:**

3	Nunca
2	Poucas vezes
1	Às vezes
0	A maior parte do tempo

**A Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado:**

0	Sim, definitivamente
1	Geralmente
2	Poucas vezes
3	De modo nenhum

**outro:**

3	Sim
2	Sim, bastante
1	Não muito
0	Não de forma alguma

**D Antecipo as coisas com satisfação:**

0	Tanto como costumava fazer anteriormente
1	Um pouco menos do que anteriormente
2	Muito menos do que anteriormente
3	Quase nunca

**A Tenho sentimentos súbitos de pânico:**

3	Com muita frequência
2	Bastantes vezes
1	Não muitas vezes
0	Nunca

**D Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou de rádio:**

0	Frequentemente
1	Às vezes
2	Poucas vezes
3	Raramente

Agora certifique-se que respondeu a todas as perguntas.  
Obrigado.

D:  8 10

A:  8-10

Id: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## Anexo 4

### Questionário de Avaliação da Intervenção

De forma a aperfeiçoar o nosso programa, agradecemos que expressem a vossa opinião sincera sobre os tópicos seguintes, independentemente de esta ser positiva ou negativa, assinalando as opções que melhor a traduzem.

**1 - Como classifica a qualidade das sessões em que participou?**

- Má
- Regular
- Boa
- Excelente

**2 - O desempenho do formador em relação à clareza das intervenções foi:**

- Mau

- Razoável
- Bom
- Muito bom

**3- A organização das ações foi:**

- Má
- Razoável
- Boa
- Muito boa

**4- Encontrou nestas Sessões aquilo que procurava?**

- Nunca
- Quase nunca
- Muitas vezes
- Sempre

**5- Em que medida as sessões que apresentámos satisfizeram as suas necessidades?**

- Nenhuma
- Parcialmente
- Moderadamente
- Totalmente

**6- O que aprendeu contribui para enfrentar de forma mais eficaz os seus problemas?**

- Nada
- Pouco
- Bastante
- Muito

**7- De uma forma geral, em que medida está satisfeito com o programa em que participou?**

- Nada
- Pouco

Bastante

Muito

**8- Se uma pessoa amiga estivesse a passar por uma situação semelhante à sua, recomendaria o nosso programa?**

Não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Sim

**9- Se tivesse oportunidade voltaria a frequentar o programa de intervenção?**

Não

Provavelmente não

Provavelmente sim

Sim

Obrigada pela colaboração!

**Anexo 8:** Manual terapêutico do cuidador informal.

*"Não me peças para lembrar,  
Não me tentes fazer entender,  
Deixa-me descansar  
e saber que estás comigo.*

*Beija a minha face e segura a  
minha mão,  
Estou confuso além da minha  
compreensão.  
Estou triste, doente e perdido...*

*Tudo que sei é que preciso  
que estejas comigo a todo  
custo!*

*Não percas a paciência  
comigo,  
Não insultes nem maldigas o  
meu pranto.  
Não posso evitar a forma como  
estou a agir,  
Não dá para mudar, ainda que  
eu tente...*

*Basta lembrar que eu preciso  
de ti e que o melhor de mim já  
se foi..."*

Lilly Araújo

## "CUIDAR DE QUEM CUIDA"

*Grupo de Cuidadores Informais  
de Doentes Portadores de  
Demência*



*Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde*

### O QUE É UMA DEMÊNCIA?

É uma doença progressiva, que provoca uma deterioração gradual, lenta e irrecuperável, da capacidade de funcionamento da pessoa e todos os seus tipos resultam da disfunção e da morte lenta das células cerebrais.

Embora os sinais iniciais de demência sejam muito vagos e subtis, alguns dos aspetos fundamentais são:

- ✓ Perda de memória;
- ✓ Confusão;
- ✓ Desorientação temporal e espacial;
- ✓ Alterações da personalidade, humor e comportamento;
- ✓ Apatia;
- ✓ Isolamento;
- ✓ Perda da capacidade para a execução das tarefas diárias;
- ✓ Problemas de linguagem.

*"Atualmente, a Demência constitui uma das principais causas de incapacidade para os doentes e de sobrecarga para os Cuidadores e Serviços de Saúde."*

**SER CUIDADOR** é uma tarefa complexa e exige lidar com uma diversidade de esforços, tensões e tarefas que, podendo conduzi-lo à exaustão e ter um impacto a nível físico, psicológico, social e económico, interferindo com os cuidados prestados à pessoa foco dos seus cuidados.

#### ASSIM SENDO, O OBJETIVO DO GRUPO:

Capacitar os cuidadores ao nível de competências pessoais e sociais, no sentido de os dotar de conhecimentos não só para o cuidado prestado como também para o seu autocuidado.

### REGRAS DE FUNCIONAMENTO

Os participantes devem dirigir-se ao balcão administrativo, 15 minutos antes da hora marcada, para efetivar consulta e aguardar chamada na sala de espera.

Caso haja um atraso ou alguém pretenda faltar deverá avisar assim que possível, justificando a ausência.

**NOTA:** 2 faltas injustificadas implicam alta do grupo por abandono.

#### ▪ Duração das Sessões

Estão planeadas 8 sessões 1x por mês, com duração aproximada de 90 minutos para cada sessão.

#### ▪ Comportamento de cada participante nas sessões de grupo

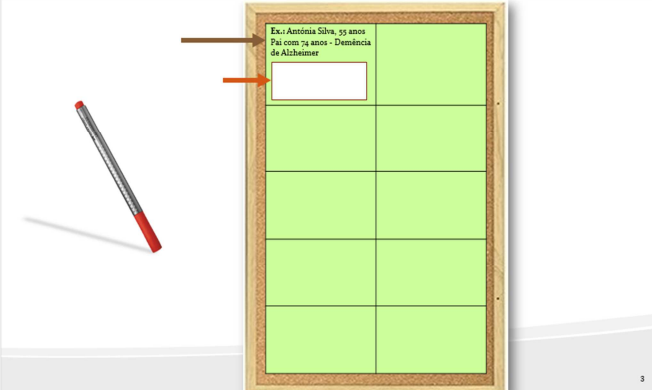
Os participantes devem ser:

- ✓ Assíduos e pontuais;
- ✓ Saber estar e ser pessoas em grupo;
- ✓ Respeitar-se a si próprio e aos outros elementos;
- ✓ Saber ouvir e falar, com educação e responsabilidade.

# Anexo 9: PowerPoint utilizado nas sessões de grupo de cuidadores informais de doentes portadores de demência – “Cuidar de Quem cuida”.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental  
Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

## Cuidadores Informais de Doentes Portadores de Demência

Ex. Antónia Silva, 55 anos  
Pai com 74 anos - Demência de Alzheimer

Sessão 1: “Porque Estamos Aqui?”

Segundo dados de um estudo da Entidade Reguladora da Saúde, citada pela Rede Social de Lisboa (2017):

- Portugal tem a maior taxa da Europa de cuidados domiciliários informais prestados por familiares, mas ainda não tem um estatuto do Cuidador Informal.
- Os Cuidadores manifestam “necessidades e preocupações muitas vezes diferentes das pessoas de que cuidam” e sentem-se “impotentes face às exigências da doença e do tratamento”, bem como “esgotados com a multiplicidade de cuidados” (...)



**PORTUGAL** é um país envelhecido e o crescimento da população idosa parece acompanhar-se de um **AUMENTO DO NÚMERO DE CASOS DE DEMÊNCIA**.

É expectável que este número continue a aumentar, uma vez que é nos **grupos etários acima dos 80 anos que se encontram mais de 64% das pessoas com demência**.


Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho (2015)

**DEMÊNCIA** → Uma das principais causas de **incapacidade para os doentes** e de **sobrecarga para os cuidadores** e serviços de saúde

(Correia, 2014).

**Esforços, Tensões e Tarefas**

**Exaustão e ter um impacto Físico, Psicológico, Social e Económico quer na vida do cuidador, como da pessoa foco dos seus cuidados.**



Estes fatores podem conduzir o cuidador para o **Stresse Crónico** e o **Isolamento Social**, o que incrementa o risco de patologias físicas e mentais, como **Depressão, Ansiedade e Burnout** (Truzzi, Souza, Bucasio, Berger, Figueira, Engelhardt, et al., 2008)

**CONSEQUENTEMENTE** → compromete a continuidade da prestação dos cuidados e o papel de cuidador, bem como a qualidade de vida da pessoa que recebe os seus cuidados!

### Objetivos da Intervenção

<p><b>Vertente Psicoeducativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quadro Demencial (tipos: etiologia; sintomas; curso esperado);</li> <li>✓ Ser Cuidador Informal e as respetivas implicações;</li> <li>✓ Antecipar Mudanças causadas pela doença e aumentar a Capacidade para Lidar funcionalmente com as transições;</li> <li>✓ Recursos disponíveis na comunidade.</li> </ul>	<p><b>Vertente de Suporte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar e gerir Emoções;</li> <li>✓ Estratégias para lidar com as principais dificuldades;</li> <li>✓ Identificação das Limitações durante o processo de cuidar;</li> <li>✓ Valorização e reconhecimento da Autoeficácia e Autoconfiança;</li> <li>✓ Partilhar Experiências e Sentimentos;</li> <li>✓ Consencialização e valorização do Autocuidado.</li> </ul>
---	--



# Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

### Regras de Funcionamento

#### > Duração das Sessões

8 sessões = 1 vez por mês (2ª semana de cada mês)  
= 90 minutos para cada sessão



#### > Comportamento

- Assiduidade e pontualidade;
- Saber estar e saber ser pessoa em grupo;
- Saber ouvir e saber falar.

7

Calendarização das Sessões Grupo I (2019)		
Data	Horário	Tema
14 Janeiro	14h30 - 16h00	1ª Sessão - "Porque Estamos Aqui?"
11 Fevereiro	14h30 - 16h00	2ª Sessão - "Informar-me sobre a Legislação, Redes de Apoio e Questões Jurídicas"
11 Março	14h30 - 16h00	3ª Sessão - "Saber Mais Sobre a Demência"
8 Abril	14h30 - 16h00	4ª Sessão - "Lidar com a Situação de Dependência no Dia-a-Dia (Parte I)"
12-19 Abril	14h30 - 16h00	5ª Sessão - "Lidar com a Situação de Dependência no Dia-a-Dia (Parte II)"
18-20 Maio/2019	14h30 - 16h00	6ª Sessão - "O que é Ser Cuidador Informal?"
12-17 Junho	14h30 - 16h00	7ª Sessão - "Aprender a Autocuidar-se"
12-14 Junho	14h30 - 16h00	8ª Sessão - "Involução do Sistema de Grupo de Intervenção"

8

### 2ª Sessão: "Informar-me sobre a Legislação, Redes de Apoio e Questões Jurídicas"

Colaboração e Participação - Dr.ª Alcina Abreu, Assistente Social

Espaço para Esclarecimento de Dúvidas e Questões

9

#### 1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados → Serviço Social ou Centro de Saúde

Conjunto de unidades de internamento e ambulatório → [resposta para descanso do cuidador](#)

Internamento temporário da pessoa com demência → máximo de 3 meses por ano  
(valor calculado de acordo com os rendimentos do agregado familiar)

#### 2. Social → Junta de Freguesia ou Centro de Saúde

Apoio em casa para a realização de atividades diárias

Os serviços de apoio domiciliário disponíveis e os custos associados variam de acordo com a tipologia da instituição (solidariedade social ou privada)

#### 3. Centro de Dia

Para acompanhamento e supervisão durante o dia

Os serviços disponíveis e os custos associados variam de acordo com a tipologia da instituição (solidariedade social ou privada)

#### 4. Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lares) → Junta de Freguesia ou Centro de Saúde

Em situações de maior dependência e/ou vulnerabilidade

Instituições sociais ou privadas que proporcionam o internamento temporário ou permanente

10

#### 5. Apoios Financeiros → Segurança Social

Possibilidade de algum Complemento Mensal para pessoas com carência económica e/ou determinado grau de dependência

- Complemento Solidário para Idosos
- Complemento de Dependência
- Complemento por Cônjuge a Cargo

#### 6. Informarem-se no Serviço de Ação Social do Município/ Junta de Freguesia/ Centro de Saúde se podem beneficiar de outros apoios:

- > Aquisição ou Aluguer de Ajudas Técnicas (camas articuladas, cadeiras de rodas, entre outros...);
- > Aquisição de Material de Incontinência e Medicação;

> Se forem beneficiários de algum subsistema de saúde (ADSE, ADM, PSP/SAP, SAMS, entre outros...) Informarem-se junto dos serviços se tem direito a algum tipo de participação.

Atenção: Para beneficiarem de alguns destes apoios ou usufruir de benefícios fiscais é necessário requerer o Atestado de Incapacidade Multilusos no Serviço de Saúde Pública do Centro de Saúde.

11

### Livros e Manuais de Apoio



Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer

<http://alzheimerportugal.org/pt/>

12

3ª Sessão: "Saber Mais Sobre a Demência"

# O que é a Demência?



13

ENVELHECIMENTO NORMAL → **DCL** → DEMÊNCIA

1. DCL Amnésico
2. DCL Amnésico Multidomínio
3. DCL Não-Amnésico Domínio Único
4. DCL Não-Amnésico de Multidomínios

**DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO**  
Perda das capacidades cognitivas, numa proporção maior do que é esperado para a idade da pessoa.

- Não interfere significativamente com as AVD's;
- Não é grave o suficiente para justificar um Diagnóstico de Demência.

Memória;  
Linguagem;  
Atenção;  
Processamento de informações Visuais e Espaciais;  
Funções do Pensamento Complexo;  
Problemas que resultam da combinação destas áreas

≈ 10% a 15% das pessoas com DCL progridem, por ano, para a Demência.  
Na população em geral, ≈ 1% a 2% das pessoas idosas evoluem, por ano, para Demência. (Alzheimer Portugal, 2016)

14

**DEMÊNCIA** > SÍNDROME → resultante de Doença Cerebral

✓ Deterioração gradual, lenta e irrecuperável, da capacidade de funcionamento da pessoa!

- Memória
- Pensamento
- Orientação
- Compreensão
- Cálculo
- Linguagem
- Raciocínio
- Funcionamento Executivo

+  
• Controlo Emocional  
• Comportamento Social  
• Motivação

❑ Em muitos tipos de demência → algumas das células nervosas do cérebro param de funcionar, perdem a conexão com outras células e morrem.  
❑ A demência é geralmente progressiva.  
❑ Espalha-se gradualmente pelo cérebro e os sintomas da pessoa pioram com o tempo.

⚠ Interfere com as Atividades de Vida Diárias

15

**INR** Instituto Nacional para a Reabilitação  
Ministério da Saúde, Direcção Regional de Saúde, Instituto Nacional para a Reabilitação, Lda

## SOBRE A DEMÊNCIA

Demência é um termo geral para mais de 100 doenças que causam a deterioração progressiva do pensamento, memória e capacidades diárias.

Estima-se que em todo o mundo existam mais de 46,8 milhões de pessoas com demência, número que pode duplicar a cada 20 anos.  
Em Portugal, este número é estimado em mais de 182 000 pessoas. A idade é o principal fator de risco.

16

## QUEM TEM DEMÊNCIA?

- ✓ Pode ocorrer em qualquer pessoa porém os riscos pioram com a idade.
- ✓ A maioria das pessoas que têm demência são mais velhas.
- ✓ Não é uma fase normal do envelhecimento mas é causada por doenças cerebrais.
- ✓ Alguns fatores de saúde e estilo de vida também aparentam ter um papel no risco de uma pessoa ter demência.

**4 Estádios:**

- Demência Ligeira
- Demência Moderada
- Demência Severa
- Demência Terminal

**NOTA:** Um doente com demência vive ≈ 6 anos após o diagnóstico, mas esse período pode oscilar entre os 2 e 20 anos.

17

Demências Degenerativas ou Primárias	Demências Não-Degenerativas ou Secundárias
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Demência do tipo Alzheimer</li> <li>❖ Demência por Corpos de Lewy</li> <li>❖ Demência Frontotemporal</li> <li>❖ Demência devido a Doença de Huntington</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Demência do tipo Parkinson</li> <li>❖ Demência Vasculiar</li> <li>❖ Demências Prionias</li> <li>❖ Demências Hidrocefálicas</li> <li>❖ Demências por Lesões Expansivas Intracranianas</li> <li>❖ Demências Toxicometabólicas</li> </ul>

Demências Irreversíveis VS. Demências Reversíveis

(Fornari, Garcia, Hilbig, & Fernandez, 2010)

18

# Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

### Demência do Tipo Alzheimer

**DEFINIÇÃO:**  
Doença Neurodegenerativa do Cérebro, causada pela acumulação de proteínas anormais em determinadas áreas do cérebro (**Placa Senil** e **Emaranhados Neurofibrilares**), provocando a perda progressiva dos neurónios.

Deterioração Global → **Progressiva** → **Irreversível**  
de diversas funções cognitivas, entre as quais:

- > MEMÓRIA
- > ATENÇÃO
- > CONCENTRAÇÃO
- > LINGUAGEM
- > PENSAMENTO

**PREVALÊNCIA:**  
Responsável por ~ 50% a 70% dos casos de síndrome demencial.  
Podem existir ~ 15 a 20 milhões de pessoas afetadas em todo o Mundo.  
PORTUGAL: ~70 a 90 mil pessoas.

Incidência entre os 40 e os 90 anos, no entanto o diagnóstico é + frequente após os 65 anos.

19

**NORMAL** vs **ALZHEIMER**

Neurónios

novelos neurofibrilares

placas amiloides

20

LOBULO PARIETAL

LOBULO FRONTAL

LOBULO OCCIPITAL

AMIGDALA

CORTEZA ENTORINAL

HIPOCAMPO

LOBULO TEMPORAL

CEREBELO

CRIFRBRAL CORTEX

22

### Caraterísticas Principais da Demência do Tipo Alzheimer

- ❑ Perda de Memória
- ❑ Alterações da Personalidade
- ❑ Alterações do Comportamento
- ❑ Problemas Físicos
- ❑ Desorientação Espaciotemporal
- ❑ ↓ Performance Psicomotora e Fluência Verbal
- ❑ ↓ Raciocínio Complexo
- ❑ Défices Construtivos
- ❑ Apraxia, Agnosia e Afasia
- ❑ Prosopagnosia (amnésia para rostos)

23

**MEMÓRIA EXPLÍCITA**

- Episódica (autobiográfica): Capacidade recordar eventos que ocorreram na vida das pessoas, desde os mais insignificantes aos mais pessoais e significativos.
- Semântica (conhecimento do mundo): Capacidade de conhecer o significado das palavras, funciona como um elo de ligação e permite a comunicação entre as pessoas.

Memória semântica: guarda dados e conhecimentos

Memória episódica: armazena experiências e vivências

Memória procedimental: armazena métodos e técnicas

Memória e conhecimento consciente ou inconsciente das diversas etapas, em termos de processos físicos e mentais, que conduzem aos atos.

24

### Fases da Demência

LEVE	MODERADA	GRAVE	TERMINAL
Comprometimento da memória		Incontinência	"Acamados"
Alt. Personalidade		Dificuldades na deglutição	Entubação
Desorientação espacial	Afasia	Comprometimento motor	Infeções intercorrentes
	Apraxia		
	Agitação		
	Insónia		

Fonte: Hurley (1996, cit in Allen et al, 2003), trad e adapt.

25

-

+

26

### "O Que Pode Ser Feito?"

**Tratamentos Farmacológicos**

- Inibidores da Colinesterase
- Ex.: Donepezil (Aricept), Memantina (Namenda) ou uma combinação dos dois

→ **Tratamentos Não-Farmacológicos**

- Auxiliares de memória
- NOTA: É importante manter os auxiliares de memória no mesmo lugar;
- Hábitos de Aprendizagem permitem melhorar a função da Memória Processual;
- Imagens são mais fáceis de lembrar;
- Música pode ser útil em todos os estágios da (DA);
- Dieta Mediterrânea ou Dietas ricas em Resveratrol (uvas vermelhas, vinho tinto e mirtilos) ou Antioxidantes;
- Atividades Estimulantes Sociais e Cognitivas;
- Exercício Aeróbico, estimular o desenvolvimento de novos neurónios no hipocampo e melhora a cognição.

Há 3 áreas principais onde é necessário que sejam feitos progressos para tratar com sucesso a Doença de Alzheimer:

- 1) Detetar e diagnosticar precocemente;
- 2) Desenvolvimento adicional de Medicamentos Sintomáticos;
- 3) Desenvolvimento de Medicamentos Modificadores da Doença.

29



Relatório de Estágio  
Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

4ª Sessão: "Lidar com a Situação de Dependência no Dia-a-Dia"

30

**IMAGINEM QUE:**

Acabam de acordar num quarto que não conhecem. Olham para a colcha e veem mãos engelhadas e cheias de manchas, que não são nada parecidas com as vossas mãos (que têm a pele lisa e jovem). Mas essas mãos parecem estar presas aos vossos braços. É muito confuso! Alguém entra no quarto com uma chávena de chá. E diz: "Mãe, bom-dia. Hoje é quarta-feira. É o seu dia de ir ao Centro-de-Dia". Mas se só têm uma filha, e ela tem só 17 anos, quem é esta mulher com mais de 50, que vos está a chamar de mãe? E o que vem a ser um Centro-de-Dia?

31

Memória	Frustração	Higiene Pessoal
Comunicação	Reações Exaltadas	Vestir
Desorientação	Comportamento Agressivo	Comer e Beber
Não Reconhecer Pessoas ou Objetos	Comportamento Embaraçoso	Lazer, Atividades e Exercício
Perguntas Repetitivas	Agitação e Nervosismo	Segurança
Esconder ou Perder Coisas	Apatia	Insónia e Deambulação Noturna
	Mudanças Bruscas de Humor	Incontinência
	Alucinações e Delírios	
	Relações Pessoais	

32

Relatos de um Cuidador...

Comunicação

"Mais um dia bonito", costumava dizer a minha mãe, muitas vezes ao descer para tomar o pequeno-almoço, enquanto lá fora chovia torrencialmente. E eu respondia simplesmente: "Então está bem-disposta?".

33

"10 Mandamentos para a Aproximação e Comunicação com Alguém que tem Demência"

Abordagem da Pessoa com Demência	Comunicar com a Pessoa com Demência
1. Permanecerás próximo da pessoa	6. Falarás devagar e com clareza
2. Usarás o nome da pessoa com regularidade	7. Usarás frases simples, curtas e concretas
3. Tocarás o corpo da pessoa	8. Completarás as tuas palavras com gestos e festas
4. Ficarás à altura da pessoa, frente a frente	9. Dirás uma mensagem de cada vez
5. Deverás estabelecer contacto com os olhos	10. Usarás frases afirmativas

34

Memória	Frustração	Higiene Pessoal
Comunicação	Reações Exaltadas	Vestir
Desorientação	Comportamento Agressivo	Comer e Beber
Não Reconhecer Pessoas ou Objetos	Comportamento Embaraçoso	Lazer, Atividades e Exercício
Perguntas Repetitivas	Agitação e Nervosismo	Segurança
Esconder ou Perder Coisas	Apatia	Insónia e Deambulação Noturna
	Mudanças Bruscas de Humor	Incontinência
	Alucinações e Delírios	
	Relações Pessoais	

35

# Relatório de Estágio

## Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

### Relatos de um Cuidador...

**Relações Pessoais**

"Sempre achei que o meu pai era um homem obstinado, solitário, e trabalhador. Descobri agora um pai afetuoso, generoso e terno. Este lado do seu filho tinha estado sempre bem escondido, talvez como resultado de um embaraço ou de inibições. Foi graças à doença de Alzheimer que eu descobri isso."

"A minha esposa e eu tínhamos uma relação física muito próxima, mas desde que ela foi diagnosticada há cerca de 4 anos atrás, perdeu o interesse. Nos primeiros tempos eu aborrecia-me muito, mas ainda continuamos a partilhar a cama, e isso ajuda-me a sentir mais próximo dela. Tenho que aceitar as coisas como elas são."

Memória	Frustração	Higiene Pessoal
Comunicação	Reações Exaltadas	Vestir
Desorientação	Comportamento Agressivo	Comer e Beber
Não Reconhecer Pessoas ou Objetos	Comportamento Embaraçoso	Lazer, Atividades e Exercício
Perguntas Repetitivas	Agitação e Nervosismo	Segurança
Esconder ou Perder Coisas	Apatia	Insonnia e Deambulação Noturna
	Mudanças Bruscas de Humor	Incontinência
	Alucinações e Delírios	
	Relações Pessoais	

### Relatos de um Cuidador...

**Alucinações e Delírios**

"Quando o meu marido faz observações a alguém que ele pensa estar sentado a seu lado, não me rio nem digo que ali não está ninguém. Digo calmamente: *Tens a certeza de que há aí alguém? Não será o desenho das cortinas?*"

"A minha irmã disse-me que um homem passa por ali todos os dias, e que tenta abrir a nossa porta de entrada. Um dia, logo depois de o carteiro ter entregue uma carta, ela disse-me que isso tinha voltado a acontecer, e ficou bastante preocupada. Garanti-lhe que o homem não era um ladrão, mas ela não pareceu convencida. Assim, como conheço bem o carteiro, ele concordou em tocar à campainha e entregar-me o correio, em vez de o pôr na caixa. A minha irmã ainda não tira os olhos dele, mas parece menos ansiosa."

### Ocupação do Tempo!

- Evitar o sentimento de Saturação nas tarefas
- Focar nas Capacidades e /ou Experiência Profissional
- Não Desanimar (tente novamente ou mude a atividade)
- Realizar Atividades Repetitivas (ex: limpar a mesa com um pano)
- Fazer com que se sinta útil e Valorizada
- Controlar o Material a Utilizar (lâpis, pequenos, cortantes)
- Atividades Leitura, Escrita e Cálculo (simples e com supervisão)
- Programar para de Mão as tarefas que exijam mais esforço



### Algumas Estratégias...

- ✓ Controlar a velocidade da perda de memória através da **Estimulação Cognitiva** adequada à fase da doença;
- ✓ Estimular a **Memória** sem ser de forma interrogativa (ex: ver fotografias, visitar locais conhecidos e com significado);
- ✓ Estimular a **Atividade Social** tendo em conta a fase da doença;
- ✓ Estimular a prática de **Atividade Física**;
- ✓ Utilizar o **Afeto e Inteligência Emocional** como a terapia da validação (não entrar em contradição com o doente);
- ✓ **Simplificar tarefas e adequar atividades** de modo a estimular sensorial e intelectualmente o doente;
- ✓ Tentar diminuir as alterações de comportamento ao **evitar mudanças no ambiente que está familiarizado**;
- ✓ Tomar o **ambiente mais seguro**;
- ✓ Evitar espaços agitados ou muito estimulantes.

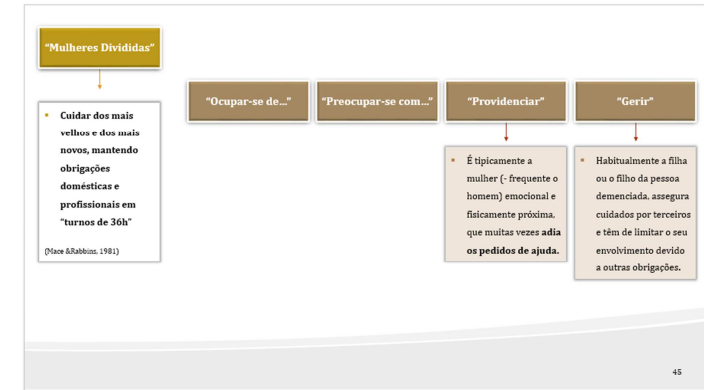




➔ O **Cuidador "Principal"** é definido operacionalmente como aquele que mais tempo passa em contacto com a pessoa doente (sendo geralmente o mais envolvido do ponto de vista emocional).  
(Mateos Manuel, 2006)

No mundo Ocidental, 30 a 60% dos cuidadores de pessoas demenciadas são os respetivos cônjuges, enquanto que a proporção global de mulheres rondará 75 a 94%, variando o contexto Sociocultural (Brodsky, 2005).

44



**"Sobrecarga Familiar"** = Consequências negativas da experiência de cuidar  
➤ Necessidade de ajuda nas Atividades da Vida Diária

+

**"Sobrecarga Financeira"**

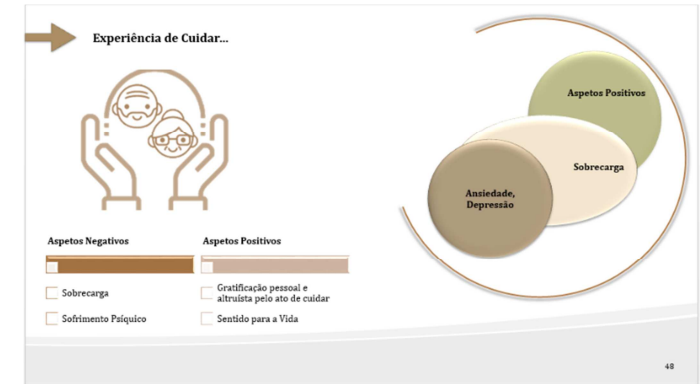
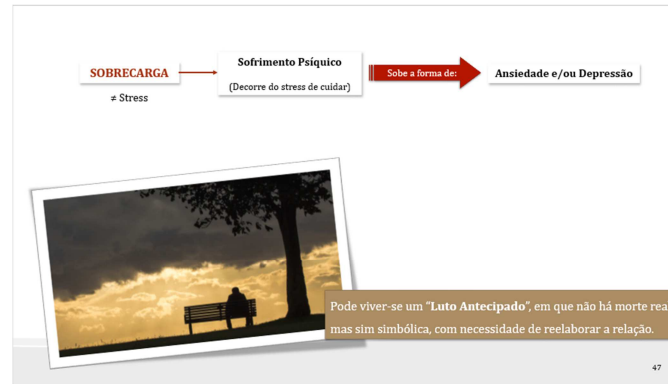
- Gastos pela situação da doença:**
  - Direta** (tratamentos; prejuízos pelas alterações comportamentais)
  - Indireta** (perda de capacidade de trabalho por parte do cuidador)

+

**"Dificuldades Suplementares"**

- Não saber porque se cuida;
- Insuficiência de informação sobre o diagnóstico;
- Reação natural do familiar em culpabilizar o doente (ou para se auto-culpabilizar por falta de empenho).

46



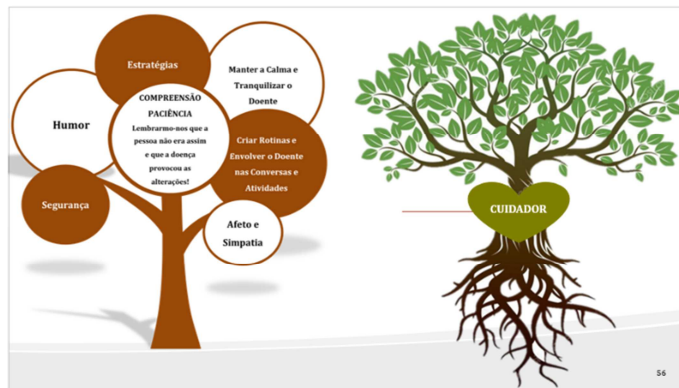


**"Aprender a Autocuidar-se"**

1. Reconhecer que a pessoa de quem se cuida não é responsável por isso;
2. Viver a vida "um dia de cada vez";
3. Saber o mais possível sobre o problema;
4. Guardar um pouco de tempo para si próprio;
5. Reconhecer que há sempre alguém que pode estar pior;
6. Reconhecer que não há ninguém para culpar;
7. Antecipar dificuldades e planejar as coisas;
8. Mobilizar apoio por parte dos profissionais e serviços;
9. Falar dos problemas com alguém de confiança.



(Nolan, 1996; Orvede, 2003)



A vida é feita de memórias.  
**Pessoas, lugares, histórias.**  
**E nós próprios.**



*Por vezes é preciso coragem para encorajar os outros.*

**Obrigada pela vossa Atenção!!**

**Anexo 10:** Análise estatística relativa à eficácia do grupo de cuidadores informais de doentes portadores de demência.

**Tabela 1.** Estudo comparativo entre o momento inicial e final das variáveis avaliadas no grupo de cuidadores informais, através do Teste de Wilcoxon

Variável	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Z	p
	M	SD	M	SD		
HADS_Depressão	10.29	3.68	7.43	1.27	-1.68	.09
HADS_Ansiedade	13.71	3.90	12.14	3.39	-.85	.39
MM-CG-SF_Luto Total	70.43	8.70	63.00	11.58	-1.86	.06
MM-CG-SF_Sobrecarga e Sacrifício	21.00	3.83	17.86	5.21	-2.21	.03*
MM-CG-SF_Tristeza e Saudade	27.43	2.15	24.86	4.60	-1.44	.15
MM-CG-SF_Isolamento	9.57	2.70	7.43	3.21	-1.79	.07
MM-CG-SF_Preocupação	12.43	1.99	10.43	2.70	-2.01	.04*
QASCI_Sobrecarga Total	109.14	16.95	98.43	14.26	-2.03	.04*

Resultados em Média e Desvio Padrão

Teste Wilcoxon

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*, MM-CGI-SF - *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form*,  
QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

\* $p < .05$

Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

# Caderno de Estimulação Cognitiva

**Nome:** J.M.

**LINGUAGEM**

**MEMÓRIA**

**FUNÇÕES EXECUTIVAS**

**ATENÇÃO**

**HABILIDADES VISUOESPACIAIS**

## Regras Gerais de Realização dos Exercícios

1. Realizar exercícios de estimulação cognitiva todos os dias, durante cerca de 30 minutos, de forma a assegurar a continuidade da estimulação, variando o tipo de domínio trabalhado e o tipo de exercício.
2. Escolher o momento do dia mais adequado e procurar um ambiente calmo.
3. O caderno está organizado em 3 níveis de dificuldade, dos exercícios mais simples aos mais complexos.

Se não conseguir realizar uma tarefa de um grau de dificuldade maior deve voltar ao grau de dificuldade inferior e treinar repetidamente até conseguir mudar de nível (neste sentido, conta-se com a ajuda e criatividade do familiar para criar outro tipo de exercícios semelhantes). Desta forma vai permitir a progressiva habituação às tarefas e evitar a frustração e desmotivação ao confrontar-se com os erros.

4. Apesar de cada um dos exercícios estar mais direcionado para trabalhar um domínio cognitivo em particular, a sua maioria envolve a funcionalidade de mais do que uma área cognitiva.
5. Os exercícios devem ser feitos com a presença de um familiar, assim caso o doente não perceba de imediato o que deve ser feito, o familiar explica e repete as vezes que forem necessárias.



**É muito importante que o familiar ajude, tentando não dar a resposta pela pessoa, reservando essa situação apenas para quando o doente não é mesmo capaz de realizar a tarefa corretamente.**

**🚩 O que pode ser feito em casa, à semelhança dos exercícios propostos:**

a) Para estimular a **LINGUAGEM** pode recorrer:

1. Leitura de palavras, frases, textos, notícias, livros, etc.;
2. Cópia de palavras, frases e textos;
3. Nomear objetos;
4. Dizer palavras por categoria (p. ex.: animais, frutas profissões);
5. Conhecimento de vocabulário e léxico (isto é, o significado das palavras);

**O meu exercício diário:**

Ler diariamente pelo menos 3 notícias ou outro tipo de texto que goste com uma dimensão mínima de uma página, sendo que todos os textos têm de ser diferentes.

b) Para estimular a **MEMÓRIA** pode recorrer:

A Memória pode ser estimulada de diferentes formas, podem recorrer-se a coisas que acontecem naturalmente no dia-a-dia. Exemplos disto são as listas de compras, os recados e os compromissos. Pode também utilizar:

- Objetos reais;
- Imagens;
- Palavras isoladas;
- Histórias;
- Conhecimentos gerais.

A apresentação das informações a serem memorizadas podem ser **VISUAIS** (mostrar objetos, ler palavras), ou **AUDITIVAS** (como dizer palavras ou frases).

c) Para estimular as **FUNÇÕES EXECUTIVAS** pode recorrer:

As funções executivas são as mais avançadas do cérebro humano e “comandam” o resto das funções cognitivas.

Referem-se ao controlo do comportamento e à capacidade de iniciar e levar a cabo comportamentos dirigidos a um determinado objetivo.

Estão incluídas capacidades como:

- Programação;
- Planear uma ação;
- Selecionar os meios adequados;
- Sequenciação, etc.

Para estimular a **ATENÇÃO** pode recorrer:

A Atenção pode ser entendida como o processo através do qual o nosso cérebro seleciona umas informações em detrimento de outras não relevantes para determinada situação.

**Cabe ao familiar(es) estimular a capacidade da pessoa em estar atenta e concentrada, de forma a que as diversas atividades possam ser realizadas.**

# Nível 1

 **LINGUAGEM**▪ **LEITURA****Exercício 1****Instruções:** Leia as seguintes palavras.

Pé	Nariz
Pá	Bola
Olá	Pião
Tio	Dente
Mãe	Dedo
Pai	Água
Mão	Sumo
Pera	Maçã
Mesa	Jogo
Porta	Anel
Olho	Brinco
Tábua	Papel

**Para cada uma das palavras ver se necessita de ajuda ou consegue sozinho.**

▪ **ESCRITA**

**Exercício 2**

**Instruções:** Escreva o que é pedido em cada linha.

**NOME:** \_\_\_\_\_

**NOME PAI:** \_\_\_\_\_

**NOME MÃE:** \_\_\_\_\_

**NOME IRMÃO:** \_\_\_\_\_

**MORADA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**▪ VOCABULÁRIO E LÉXICO****Exercício 3**

**Instruções:** Complete as seguintes palavras.

<b>G_TO</b>	<b>PÊ_A</b>	<b>C_O</b>	<b>SA_O</b>
<b>M_ÇÃ</b>	<b>LI_RO</b>	<b>LÁ_IS</b>	<b>LA_ANJA</b>
<b>C_REJA</b>	<b>L_ÃO</b>	<b>AN_S</b>	<b>VA_A</b>
<b>_VA</b>	<b>NÊS_ERA</b>	<b>AM_IXA</b>	<b>PÊ_SEGO</b>
<b>MA_GA</b>	<b>TANG_RINA</b>	<b>ABA_AXI</b>	<b>ANA_ÁS</b>

**Exercício 4**

**Instruções:** Diga para que servem os seguintes objetos.

Óculos	Guarda-Sol
Guardanapo	Almofada
Relógio	Chaves
Caneta	Escada
Colher	Fita-Métrica
Escova De Dentes	Compasso
Sofá	Dicionário
Mesa	Varinha Mágica
Cobertor	Faca

### Exercício 5

**Instruções:** Assinale com um círculo a palavra que está relacionada com:

**Cama**

Almofada – Rosa

<b>Mar</b>	Água – Óleo
<b>Anel</b>	Retrato – Dedo
<b>Peixe</b>	Pescador – Pastor
<b>Barco</b>	Céu – Água
<b>Pente</b>	Papel – Cabelo
<b>Porta</b>	Madeira – Pano
<b>Livro</b>	Papel – Champô
<b>Chapéu</b>	Cabeça – Joelho
<b>Ovo</b>	Árvore – Galinha

 **ATENÇÃO**

### **Exercício 6**

**Instruções:** Procure e assinale os algarismos **1** e **6**.



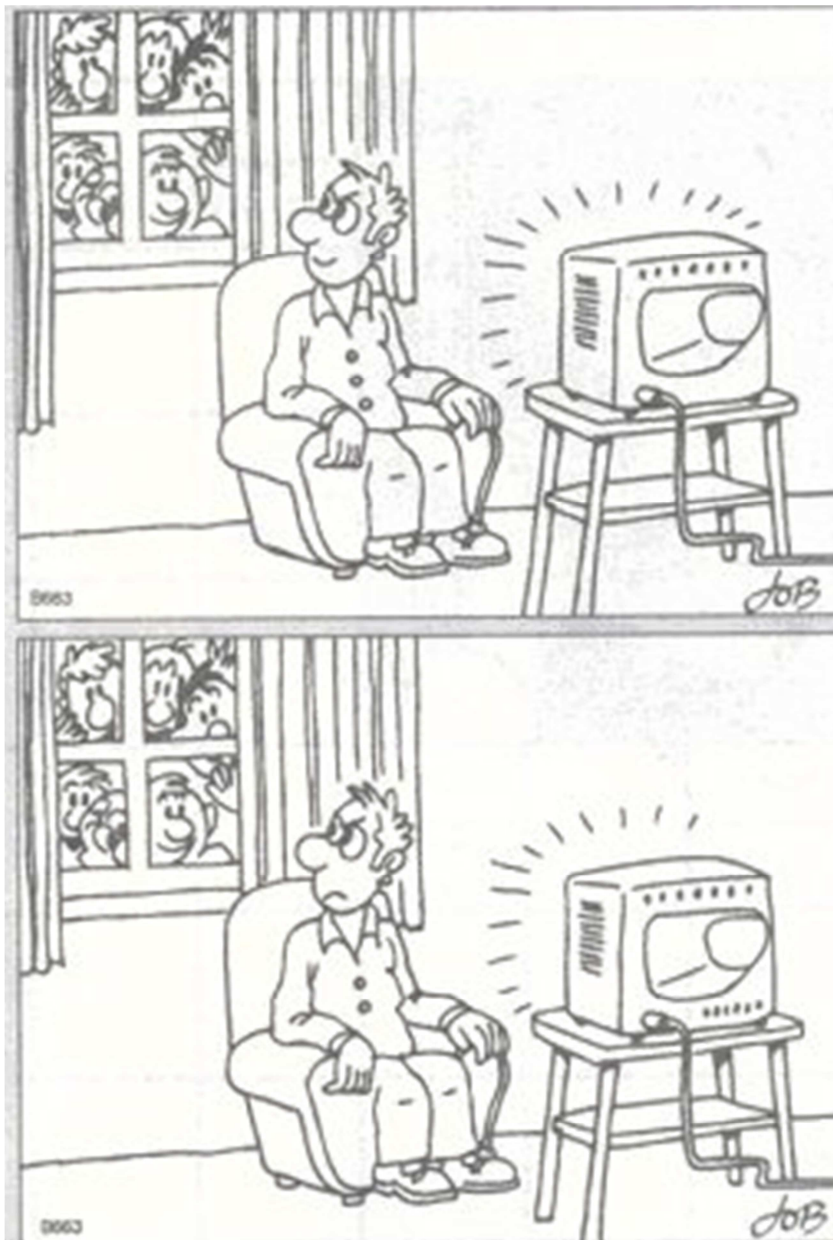


A C P V J S B S O D  
R A D C C O N L A C  
J E A V E E A O I T  
L A O L F G C S C A  
O R S E O A E S D I  
G G F H I C S L N P  
R A C A C O S R E O  
A S E D I P G E M R  
I D U I G U P E A C  
I V L C O L O A F O

**Exercício 8**

**Instruções:** Encontre as diferenças na seguinte imagem abaixo referida.

a)

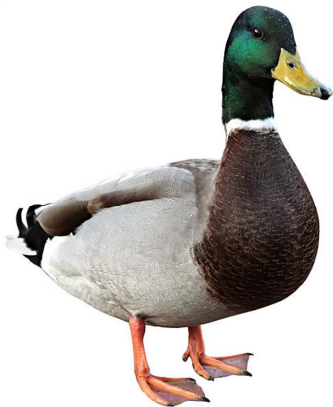
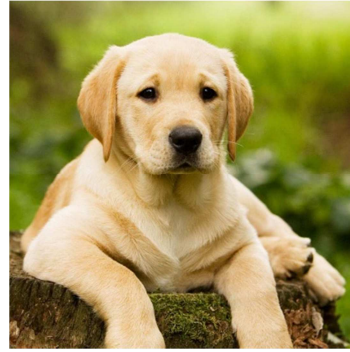


## ✚ MEMÓRIA

- Memória Visual Imediata

### Exercício 9

**Instruções:** Visualize as imagens que se seguem durante 20 segundos. Posteriormente, o administrador irá questionar quantas vezes é que o participante visualizou o (PEIXE).



- **Memória Recente**

### Exercício 10

**Instruções:** É necessária a colaboração do familiar.

O familiar diz calmamente as palavras e pede à pessoa que as memorize.

**Bloco 1**

Laranja

Casaco

**Bloco 2**

Chupeta

Anel

**Bloco 3**

Casa

Sapato

**Bloco 4**

Sol

Marinheiro

**Bloco 5**

Canção

Menino

**Bloco 6**

Noite

Casa

Lápis

**Bloco 7**

Máquina

Chapéu

Sol

**Bloco 8**

Lobo

Casa

Terra

**Bloco 9**

Marchar

Lâmpada

Chuva

**Bloco 10**

Azul

Aviador

Molhado

### **Exercício 11**

**Instruções:** O familiar lê o seguinte texto, devagar e assegura-se de que a pessoa está atenta.

O João e a Francisca decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para sua família. O jantar vai ser cabrito no forno.

Para a sobremesa encomendaram um bolo de brigadeiro com 50 velas em cima. Os convidados chegaram para a festa por volta das 9h da noite com os presentes.

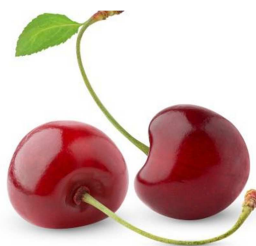
**De seguida, fazer-lhe as seguintes perguntas:**

1. Quais os nomes dos personagens do texto?
2. O que é que eles vão celebrar?
3. Como vão celebrar?
4. Quem é que eles convidaram?
5. O que é o menu?
6. A que horas chegaram os convidados?

▪ **Memória Semântica**

**Exercício 12**

**Instruções:** Mencionar o nome de cada alimento.



### Exercício 13

**Instruções:** Escreva o que se celebra em cada um dos feriados do ano abaixo expostos.

1 de Janeiro \_\_\_\_\_

19 de Março \_\_\_\_\_

25 de Abril \_\_\_\_\_

1 de Maio \_\_\_\_\_

10 de Junho \_\_\_\_\_

14 de Junho \_\_\_\_\_

5 de Outubro \_\_\_\_\_

1 de Novembro \_\_\_\_\_

1 de Dezembro \_\_\_\_\_

8 de Dezembro \_\_\_\_\_

25 de Dezembro \_\_\_\_\_

- **Memória de Trabalho**

### Exercício 14

**Instruções:** Diga os números na ordem apresentada e peça à pessoa que os repita de forma inversa (ao contrário) **ex.: 3-5-6 → 6-5-3**

<b>413</b>	<b>251</b>
<b>2514</b>	<b>3425</b>
<b>32415</b>	<b>41352</b>
<b>531423</b>	<b>152413</b>
<b>1424143</b>	<b>5314213</b>



**FUNÇÕES EXECUTIVAS****▪ Cálculo Mental****Exercício 15****Instruções:** Efetue os seguintes cálculos.

<b>2 + 2</b>	
<b>4 + 8</b>	
<b>9 + 3</b>	
<b>12 + 5</b>	
<b>16 + 4</b>	
<b>18 + 6</b>	
<b>25 + 3</b>	
<b>31 + 9</b>	
<b>45 + 7</b>	
<b>53 + 8</b>	

<b>24 + 12</b>	
<b>32 + 15</b>	
<b>45 + 24</b>	
<b>56 + 22</b>	
<b>63 + 21</b>	
<b>78 + 34</b>	
<b>86 + 45</b>	
<b>97 + 59</b>	
<b>99 + 84</b>	
<b>124 + 97</b>	

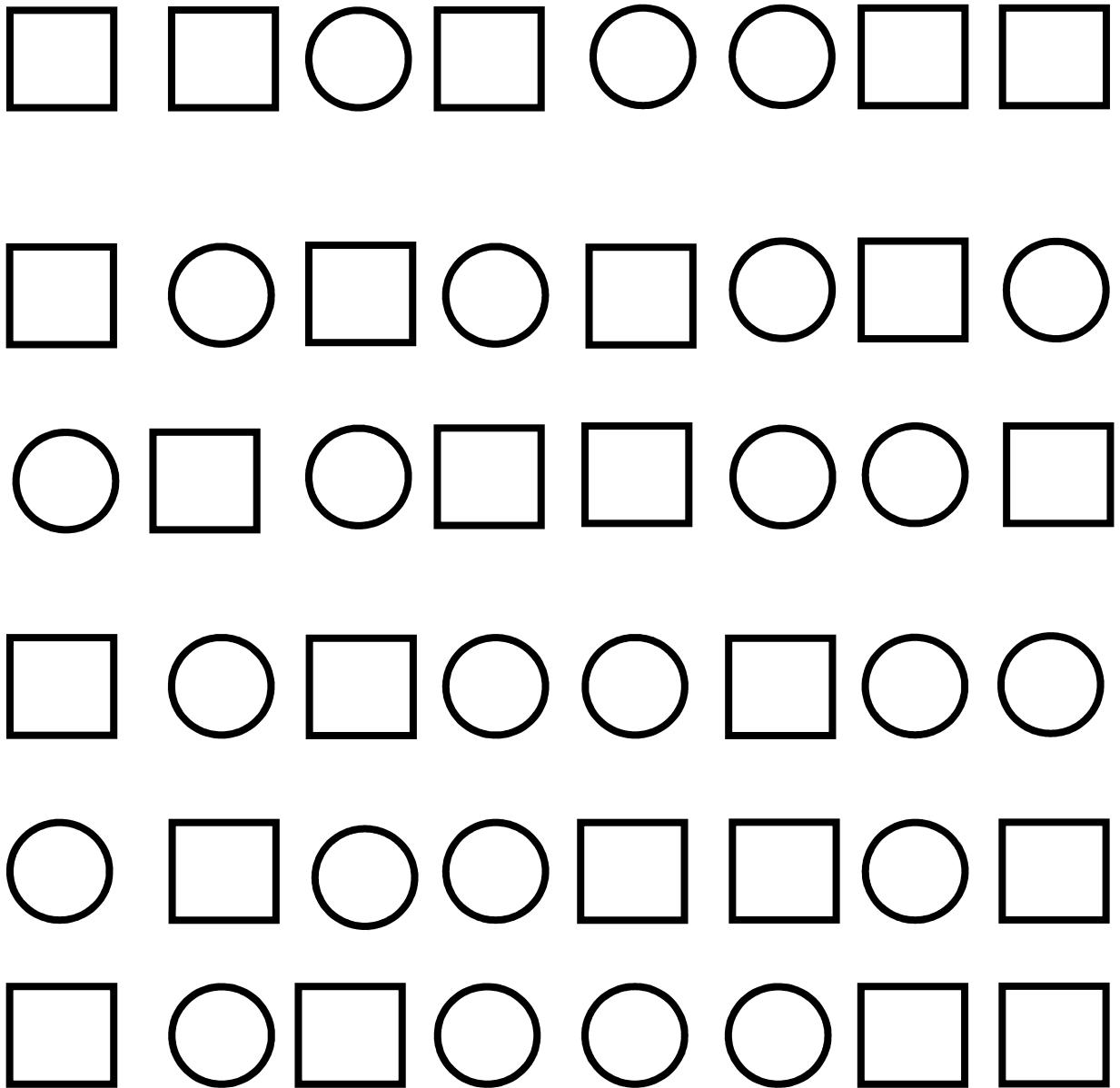
<b>3 - 2</b>	
<b>8 - 5</b>	
<b>9 - 7</b>	
<b>10 - 6</b>	
<b>15 - 5</b>	
<b>17 - 8</b>	
<b>22 - 4</b>	
<b>28 - 9</b>	
<b>34 - 7</b>	
<b>43 - 6</b>	

<b>28 - 12</b>	
<b>32 - 15</b>	
<b>43 - 16</b>	
<b>57 - 21</b>	
<b>65 - 38</b>	
<b>77 - 49</b>	
<b>81 - 54</b>	
<b>92 - 68</b>	
<b>97 - 29</b>	
<b>105 - 63</b>	

▪ **Inibição e Alternância**

**Exercício 16**

**Instruções:** Nos QUADRADOS deve dizer BOLA e nas BOLAS deve dizer QUADRADO.



▪ **Sequenciação**

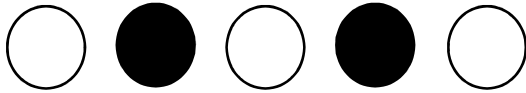
**Exercício 17**

**Instruções:** Complete as seguintes séries.

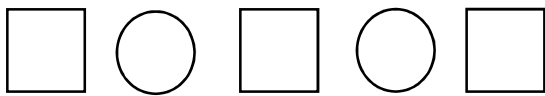


**Exercício 18**

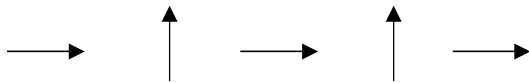
**Instruções:** Complete as seguintes séries.



\_\_\_\_\_



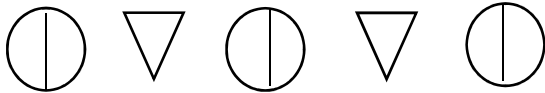
\_\_\_\_\_



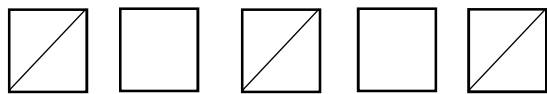
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

### Exercício 19

**Instruções:** Complete as seguintes séries.

1	3	5	7	9	_____	_____	_____	_____
8	7	6	5	4	_____	_____	_____	_____
5	10	15	20	25	_____	_____	_____	_____
12	10	8	6	4	_____	_____	_____	_____
1	2	1	2	1	_____	_____	_____	_____
4	4	5	5	4	_____	_____	_____	_____

### Exercício 20

**Instruções:** Complete as seguintes séries.

A	B	A	B	A	_____	_____	_____	_____
D	E	d	e	D	_____	_____	_____	_____
B	C	B	D	B	_____	_____	_____	_____
C	D	E	C	D	_____	_____	_____	_____
A	D	G	J	N	_____	_____	_____	_____
A	B	D	E	G	_____	_____	_____	_____

\*para a realização deste exercício, deve ser considerado o alfabeto sem a letra **K**.



**▪ Abstração e Conceptualização****Exercício 23**

**Instruções:** Atenda à seguinte legenda, na qual cada número corresponde a um grupo de palavras. Depois, terá que fazer corresponder as palavras da tabela abaixo à categoria pertencente. Por exemplo: “**Tomate**” e “**Feijão**” corresponde a número **1- Legumes**.

Note que várias palavras podem corresponder à mesma categoria.

Atenda a seguinte lista de palavras:

1. Legumes
2. Animais
3. Vestuário

PALAVRAS	NÚMERO
Casaco	
Ovelha	
Tomate	1
Sapatos	
Feijão	1

**Exercício 24**

**Instruções:** Organize as letras que se encontram nas colunas da esquerda de modo a construir palavras.

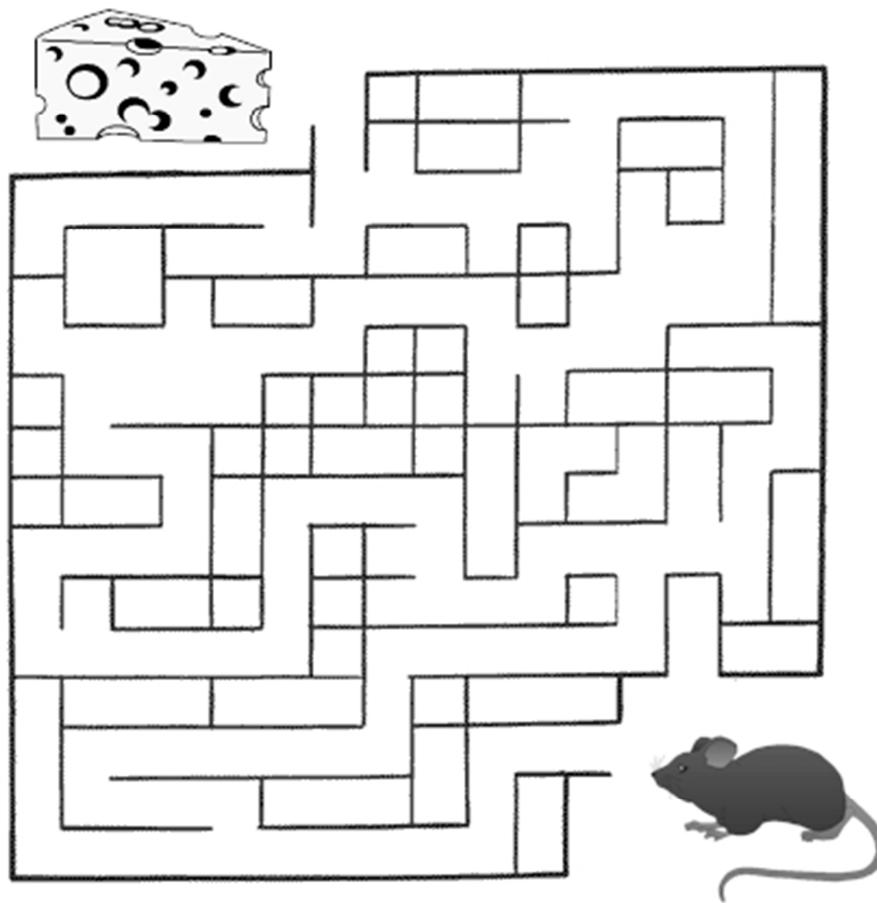
<b>LETRAS</b>	<b>PALAVRAS</b>
<b>S A A C</b>	
<b>L P A E P</b>	
<b>E S M A</b>	
<b>D D A O</b>	

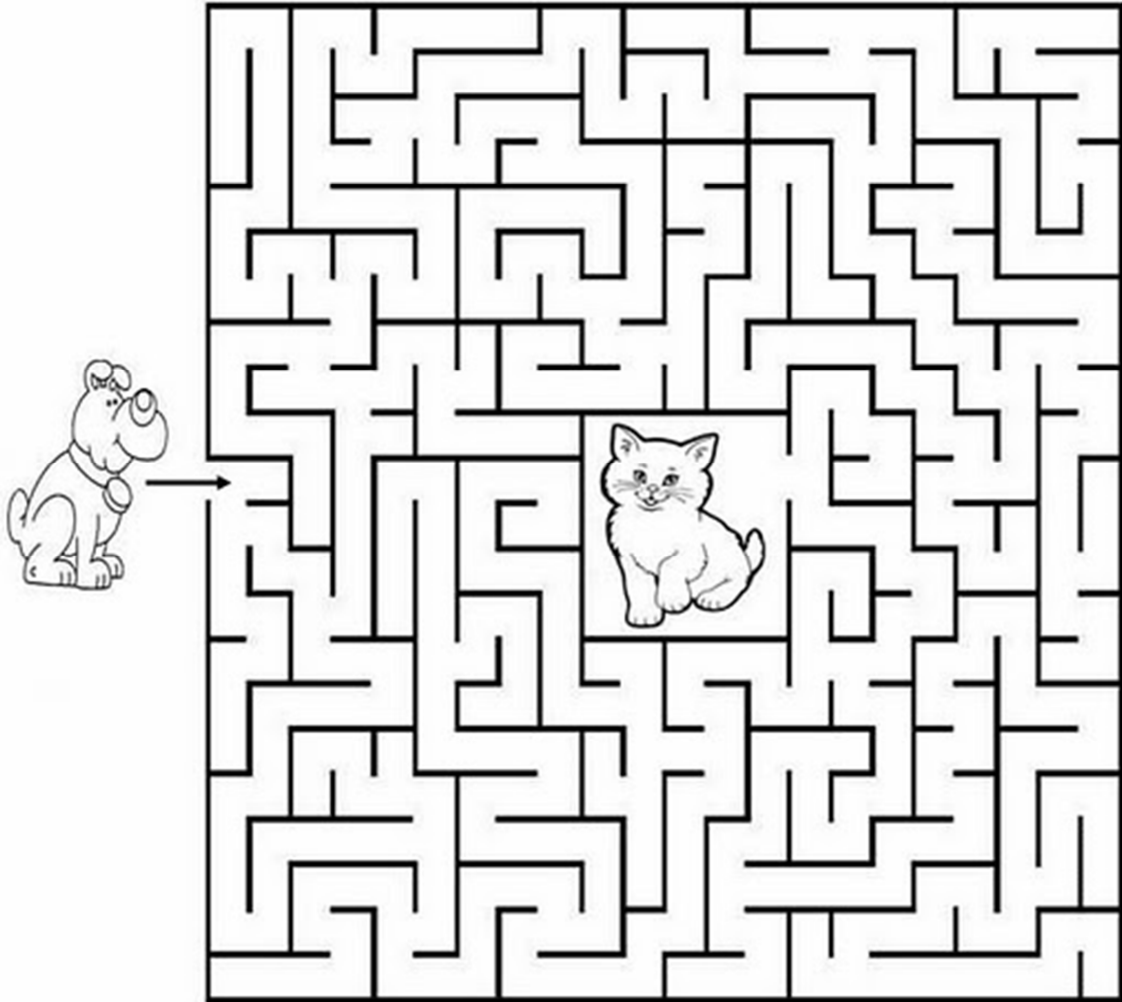


▪ **Programação/Planeamento**

**Exercício 25**

**Instruções:** Encontra a meta no menor tempo possível e com menos movimentos possíveis num tempo aproximado de 30 segundos.





# Nível 2

 **LINGUAGEM**▪ **LEITURA****Exercício 1****Instruções:** Leia as seguintes palavras.

Pelo	Moreno
Folhas	Padaria
Leque	Cabana
Rainha	Mancha
Panela	Torrada
Janela	Fiambre
Árvore	Garagem
Laranja	Gordura
Casaca	Cenouras
Óculos	Formador
Bicicleta	Cartolina
Apartamento	Arquiteto

**Para cada uma das palavras ver se necessita de ajuda ou consegue sozinho.**

## Exercício 2

**Instruções:** Leia a lista de frases abaixo apresentada.

1. Uma mão lava a outra e as duas lavam o rosto.
2. De grão em grão a galinha enche o papo.
3. Águas passadas, não movem moinhos.
4. Quem tem telhado de vidro não atira pedras ao do vizinho.
5. O que não tem solução, solucionado está.
6. Grandes peixes pescam-se em grandes rios.
7. Quem conta um conto, acrescenta um ponto.

**Para cada uma das frases ver se necessita de ajuda ou consegue sozinho.**

**Pedir à pessoa para explicar o significado de cada uma das frases.**





▪ **VOCABULÁRIO E LÉXICO****Exercício 5****Instruções:** Complete as seguintes palavras.

<b>GR</b> _ _ _	<b>P</b> _ _ <b>CO</b>	<b>TEC</b> _ _	<b>LU</b> _
<b>SA</b> _ _	<b>BO</b> _ _	<b>PRA</b> _ _	<b>CAN</b> _
<b>LU</b> _ _	<b>CADEI</b> _ _	<b>BAN</b> _ _	<b>CANE</b> _
<b>CO</b> _ _	<b>AL</b> _ <b>O</b>	<b>BAI</b> _ _ _	<b>BONE</b> _ _
<b>MÁQUI</b> _ _	<b>COMPUTA</b> _ _ _	<b>REVIS</b> _ _	<b>QUA</b> _ _ _



### Exercício 6

**Instruções:** Diga a palavra oposta ou contrária às seguintes palavras que se seguem.

<b>TRISTE</b>		<b>SIMPÁTICO</b>	
<b>BOM</b>		<b>CLARO</b>	
<b>CHORAR</b>		<b>PERDER</b>	
<b>PEQUENO</b>		<b>LONGE</b>	
<b>FÁCIL</b>		<b>SUJAR</b>	
<b>MUITO</b>		<b>ERGUER</b>	
<b>ABERTO</b>		<b>ENÉRGICO</b>	
<b>GORDO</b>		<b>AGARRRAR</b>	
<b>ALTO</b>		<b>COMPRAR</b>	
<b>BONITO</b>		<b>ENRIQUECER</b>	
<b>LENTO</b>		<b>ADORMECER</b>	
<b>CALMO</b>		<b>APAGAR</b>	
<b>CARO</b>		<b>CULPABILIZAR</b>	
<b>PARAR</b>		<b>ARTIFICIAL</b>	
<b>CEDO</b>		<b>FINALIZAR</b>	

**Exercício 7**

**Instruções:** Diga o **FEMININO** (coluna A) e o **MASCULINO** (coluna B) das seguintes palavras.

<b>Coluna A</b>	<b>Coluna B</b>
Bonito	Médica
Pintor	Padeira
Empresário	Antónia
Burro	Arquiteta
Manuel	Imperatriz
Ladrão	Rainha
Cão	Condessa
Cavalo	Atriz

### Exercício 8

**Instruções:** Assinale com um círculo a palavra que está relacionada com:

<b>Comer</b>	Cozinha – Quarto
<b>Caminhar</b>	Mar – Passeio
<b>Hospital</b>	Enfermeiro – Padeiro
<b>Pedra</b>	Duro – Amargo
<b>Calendário</b>	Ano – Hora
<b>Telefone</b>	Pensar – Falar
<b>Edifício</b>	Viga – Motor
<b>Vermelho</b>	Suave – Azul
<b>Cadeira</b>	Dormir – Sentar
<b>Garrafa</b>	Líquido – Sopa

**✚ ATENÇÃO****Exercício 9****Instruções:** Procure e assinale o algarismo 2.

3	5	7	9	5	4	9	6	8	7	1	2
4	2	6	1	8	9	7	8	8	5	9	7
5	1	6	9	6	5	7	9	5	4	2	5
0	9	2	3	6	2	1	8	8	9	7	6
6	8	7	9	2	2	2	3	5	4	6	7
2	0	1	1	4	4	5	7	9	1	0	0
3	5	7	9	0	8	0	1	2	4	5	7
1	0	3	2	2	5	7	2	9	4	6	7
8	8	2	2	0	9	3	7	6	9	4	8
2	1	9	6	8	7	1	8	2	4	5	9
5	3	5	7	9	5	4	5	4	4	6	0
7	4	4	6	1	8	9	8	5	0	8	2
5	4	2	8	1	6	1	3	1	9	6	9
6	2	3	6	0	4	6	1	8	9	8	5
5	5	7	9	4	1	3	0	2	5	6	9
9	8	0	3	7	7	1	6	4	8	9	2
4	3	1	0	5	5	6	7	8	6	9	0
0	1	4	5	7	7	7	9	9	2	2	0
6	8	8	1	3	5	9	9	4	3	1	2

**Exercício 10****Instruções:** Procure e assinale a letra **R**.

E	B	C	E	J	U	B	J	M	P	L	E
O	O	U	A	B	Q	T	E	E	B	V	I
J	A	E	U	H	S	L	X	U	L	Z	G
Y	D	H	I	T	P	Q	N	M	M	N	O
B	H	F	X	Z	R	W	Q	Y	T	M	B
U	I	F	G	L	Ç	M	N	V	X	C	E
E	T	P	I	H	Ç	A	O	U	D	P	X
Z	V	N	B	H	J	K	L	O	U	Y	R
P	P	T	E	I	Y	H	Ç	K	J	H	A
A	E	G	H	I	U	I	Y	U	O	L	Ç
K	H	J	K	I	F	D	S	A	E	R	Q
W	Q	R	M	N	B	V	C	D	F	G	H
P	O	I	U	Y	T	R	E	W	Q	A	S
D	F	G	H	J	K	L	Ç	Z	X	C	V
B	N	M	Ç	L	K	J	H	G	F	D	S
A	Q	E	R	T	Y	U	I	O	P	P	O
Q	E	T	U	O	S	F	H	K	Ç	X	V
N	A	S	D	F	G	H	L	P	U	Y	T
A	W	E	R	I	Y	O	R	U	B	M	M
M	N	M	B	M	V	W	M	N	B	P	Y

**Exercício 11**

**Instruções:** Encontre as diferenças na seguinte imagem abaixo referida.

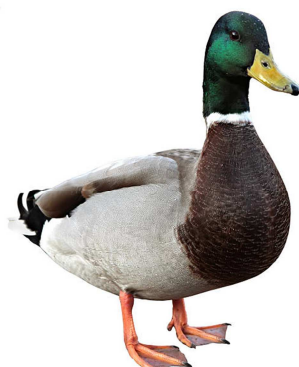


✚ MEMÓRIA

▪ Memória Visual Imediata

**Exercício 12**

**Instruções:** Visualize as imagens que se seguem durante 20 segundos. Posteriormente, o administrador irá questionar quantas vezes é que o participante visualizou a (GAIVOTA).



**▪ Memória Recente****Exercício 13**

**Instruções:** É necessária a colaboração do familiar.

O familiar diz calmamente as palavras e pede à pessoa que as memorize.

<b>Bloco 1</b>	<b>Bloco 2</b>	<b>Bloco 3</b>	<b>Bloco 4</b>
Anel	Cola	Veado	Lebre
Celeste	Nariz	Erva	Correr
Sapato	Esparguete	Comida	Jovem
Ilha	Tube	Caçador	Mato

<b>Bloco 5</b>	<b>Bloco 6</b>	<b>Bloco 7</b>	<b>Bloco 8</b>
Futebol	Bola	Chave de Fendas	Clip
Manta	Caneca	Fechadura	Árvore
Piquenique	Pano	Janela	Cão
Escola	Girafa	Chuva	Barco
	Livro	Tapete	Terra
	Parafuso	Portão	Andar
			Viagem
			Pai



### **Exercício 14**

**Instruções:** O familiar lê o seguinte texto, devagar e assegura-se de que a pessoa está atenta.

A família Ribeiro, no Verão, decidiu fazer um piquenique na encosta do castelo de Santa Maria da Feira. A D. Amélia Ribeiro fez uma torta de noz, que é a preferida dos seus 2 filhos, a Catarina e o André. Também levaram sumo de ananás, sandes de queijo e fiambre, com alface e tomate, e fruta variada.

Como estava muito sol, o Sr. António Ribeiro achou melhor levarem um guarda-sol para se protegerem, depois de comer, a família foi dar uma volta

**De seguida, fazer-lhe as seguintes perguntas:**

1. Qual é o Apelido da família que se fala no texto?
2. Quantas pessoas fazem parte dessa família e como se chama cada uma delas?
3. Em que época do ano é que esta família resolveu ir fazer o piquenique?
4. Onde fizeram o piquenique?
5. Que bolo fez a D. Amélia Ribeiro?
6. Quem gostava desse bolo?
7. Que outras coisas levaram eles para comer?
8. O que fez a família depois de comer?
9. A que horas regressaram a casa?

▪ **Memória Semântica**

**Exercício 15**

**Instruções:** Mencionar o nome de cada animal.



**Exercício 16**

**Instruções:** Escolha de entre as respostas apresentadas, aquela que é correta.

**Estátua da Liberdade**

Estados Unidos da América – Inglaterra

<b>D. Afonso Henriques</b>	Portugal – Espanha
<b>Mondego</b>	Coimbra – Lisboa
<b>Pico</b>	Madeira – Açores
<b>Braga</b>	Minho – Estremadura
<b>Eusébio</b>	Jogador de Futebol – Ciclista
<b>Pinto da Costa</b>	Dirigente Desportivo – Político
<b>Serra da Estrela</b>	Guarda – Porto
<b>Mona Lisa</b>	Leonardo da Vinci – Picasso
<b>China</b>	África – Ásia
<b>Bento XVI</b>	Rei – Papa
<b>Rio Sena</b>	França – Grécia
<b>Os Lusíadas</b>	Fernando Pessoa – Camões
<b>Ovos-moles</b>	Aveiro – Évora

- **Memória de Trabalho**

### **Exercício 17**

**Instruções:** Diga os números na ordem apresentada e peça à pessoa que os repita de forma inversa (ao contrário) **ex.: 3-5-6 → 6-5-3**

5-8-2	6-9-4
6-4-3-9	7-2-8-6
4-2-7-3-1	7-5-8-3-6
6-1-9-4-7-3	3-9-2-4-8-7
5-9-1-7-4-2-8	4-1-7-9-3-8-6

## FUNÇÕES EXECUTIVAS

### ▪ Cálculo Mental

#### Exercício 18

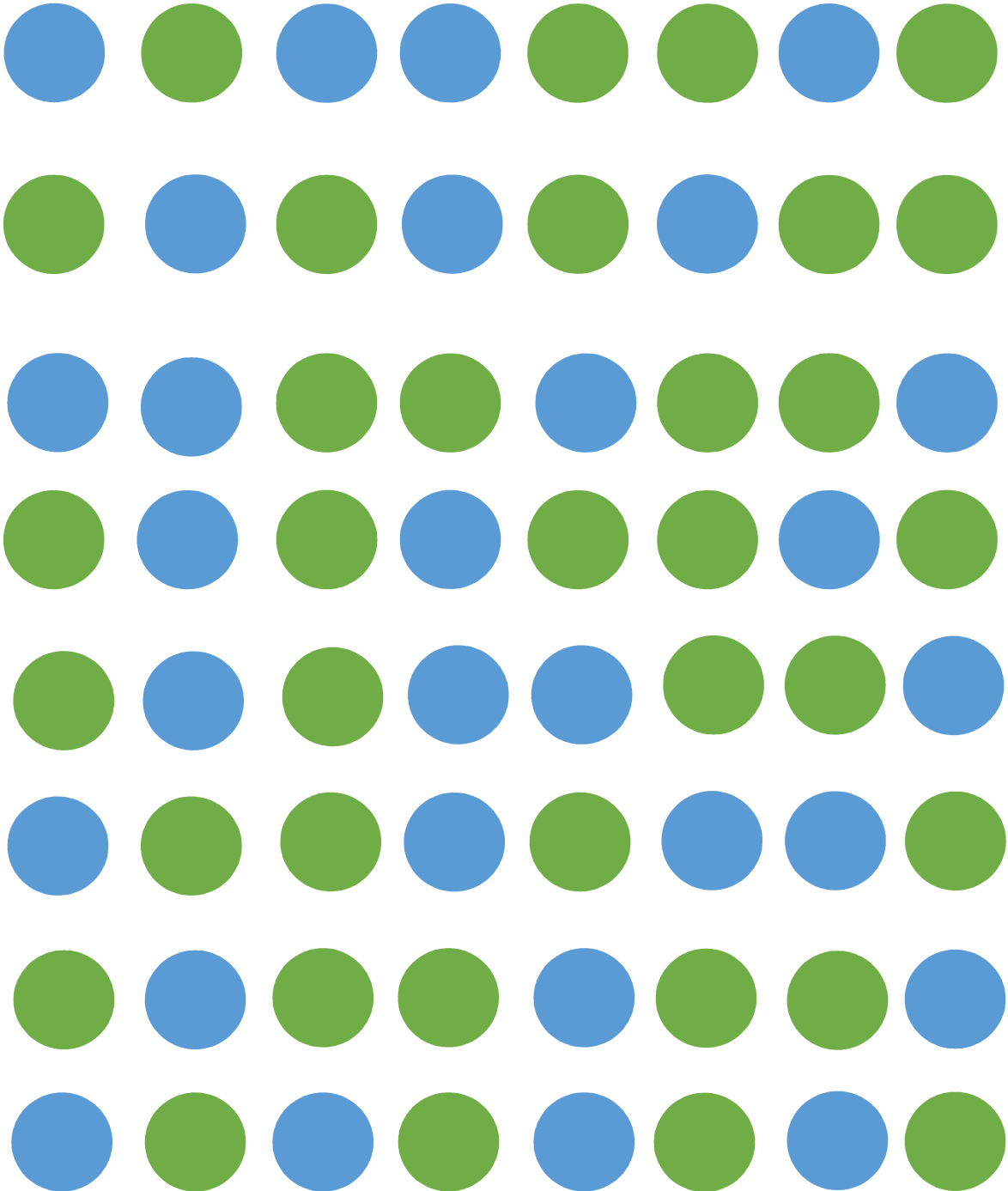
**Instruções:** Resolva os seguintes problemas.

1. O Sr. João comprou 6 maçãs e 8 laranjas. Quanta fruta comprou na totalidade?
2. A D. Ana tinha 24 pratos e partiu 5. Com quantos ficou?
3. O Sr. Gomes tinha 6 chocolates para dar aos seus 3 netos. Quantos chocolates deu para cada neto?
4. Se comprar o jornal por 50 cêntimos e tomar café por 70 cêntimos, quanto vai pagar no total?
5. Tinha 2.50€ na carteira. Gastou 1.20€ na mercearia, com quanto ficou?
6. Se 1Kg de batatas custa 1.20€, quanto é que custam 3Kg?
7. O Sr. Jorge pinta 6 vasos com 3 latas de tinta. De quantas latas precisa para pintar 8 vasos?
8. O João tinha 2 dúzias de pães para repartir pelos seus 4 irmãos, quantos pães deu a cada um?
9. A Clara convidou 12 amigos para a sua festa de aniversário. Dois desses amigos comeram 2 fatias de bolo cada um e os restante apenas comeram 1 fatia. Quantas fatias teve a Clara de partir?
10. O Ricardo fuma um cigarro de 2 em 2 horas. Quantos cigarros fuma por dia?
11. Numa escola há 9 turmas de 24 alunos, 6 turmas de 27 alunos e 2 turmas de 29 alunos. Quantos alunos estudam nessa escola?
12. Numa paragem de autocarro saíram 16 pessoas e entraram 32. No total ficaram 67 pessoas. Quantas pessoas viajavam no autocarro antes da paragem?

## Inibição e Alternância

### Exercício 19

**Instruções:** Nas BOLAS VERDES deve dizer AZUL e nas BOLAS AZUIS deve dizer VERDE.



▪ **Sequenciação**

**Exercício 20**

**Instruções:** Complete as seguintes séries.



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



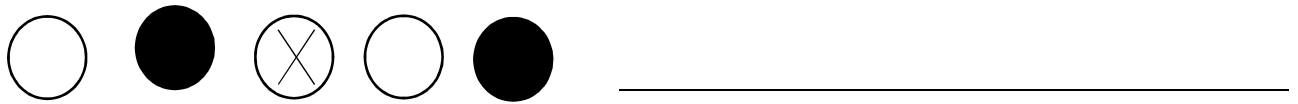
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

**Exercício 21**

**Instruções:** Complete as seguintes séries.





**Exercício 22****Instruções:** Complete as seguintes séries.

6	10	14	18	22	_____	_____	_____	_____
2	5	8	11	14	_____	_____	_____	_____
5	10	5	20	5	_____	_____	_____	_____
20	17	14	11	8	_____	_____	_____	_____
50	45	40	35	30	_____	_____	_____	_____
40	34	28	22	16	_____	_____	_____	_____

**Exercício 23****Instruções:** Complete as seguintes séries.

A	c	B	d	C	_____	_____	_____	_____
T	t	R	r	D	_____	_____	_____	_____
S	R	P	O	M	_____	_____	_____	_____
P	N	L	I	G	_____	_____	_____	_____
A	I	B	J	C	_____	_____	_____	_____
E	J	F	I	G	_____	_____	_____	_____

\*para a realização deste exercício, deve ser considerado o alfabeto sem a letra **K**.

- **Fluência Verbal**

**Exercício 24**

**Instruções:** Pedir à pessoa que lhe diga **10 nomes de Legumes** e **10 nomes de Flores**.

**(incentive para que diga mais que 10).**

Legumes	Flores

**Exercício 25**

**Instruções:** Pedir à pessoa que lhe diga **10** palavras começadas pela **letra S e M**.

**(incentive para que diga mais que 10).**

S	M

▪ **Abstração e Conceptualização**

**Exercício 26**

**Instruções:** Atenda à seguinte legenda, na qual cada número corresponde a um grupo de palavras. Depois, terá que fazer corresponder as palavras da tabela abaixo à categoria pertencente. Por exemplo: “**Portugal**” corresponde a número **1- Países**.

Note que várias palavras podem corresponder à mesma categoria.

Atenda a seguinte lista de palavras:

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 1. Países              | 4. Brinquedos      |
| 2. Meios de transporte | 5. Cidades         |
| 3. Cores               | 6. Estações do ano |

<b>PALAVRAS</b>	<b>NÚMERO</b>
Portugal	1
Outono	
Comboio	
Lisboa	
Azul	
Verão	
Branco	
Primavera	
Amarelo	
Carro	

**Exercício 27**

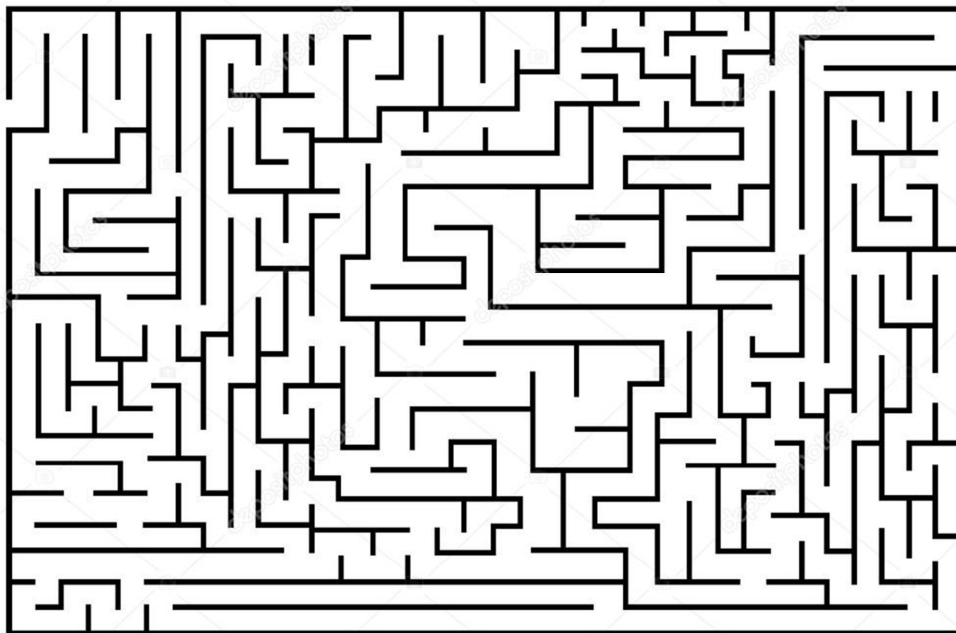
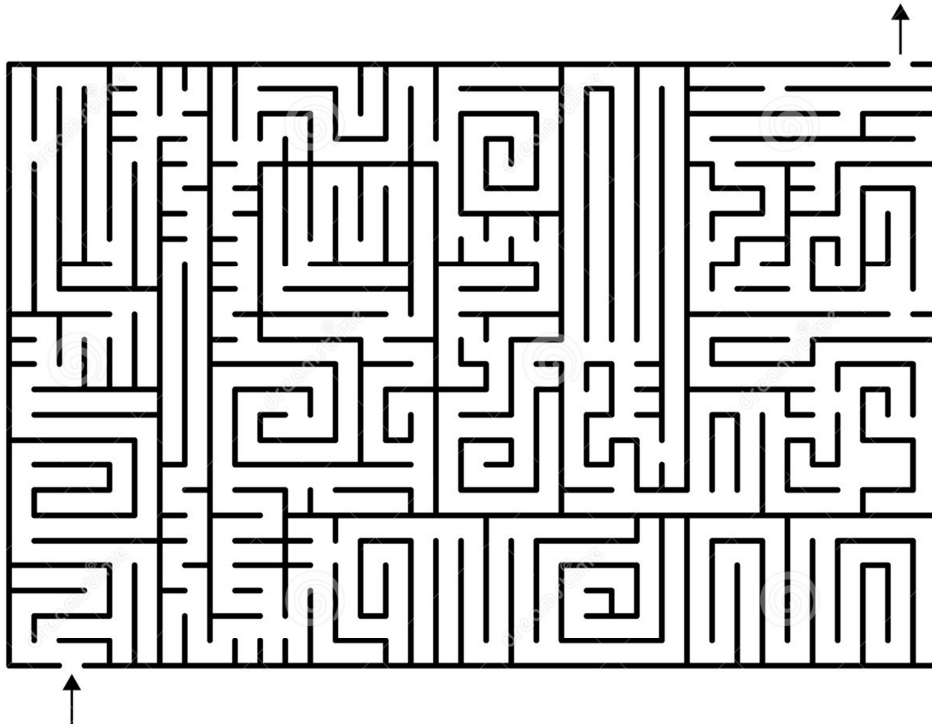
**Instruções:** Organize as letras que se encontram nas colunas da esquerda de modo a construir palavras.

<b>LETRAS</b>	<b>PALAVRAS</b>
FALMDAOA	
REACINODE	
RATPO	
ARCDAIE	
IBNOG	
OHCÃ	

▪ **Programação/Planeamento**

**Exercício 28**

**Instruções:** Encontre a meta no menor tempo possível e com menos movimentos possíveis.



# Nível 3

## LINGUAGEM

### ▪ LEITURA

#### Exercício 1

**Instruções:** Leia as seguintes palavras.

Telhado	Passageiros
Cerejeira	Chapelaria
Falangeta	Salsicharia
Confeitaria	Marmelada
Pálpebras	Autoestrada
Camisaria	Campânula
Cabeleireiro	Iluminação
Laranjeira	Meia-De-Leite
Articulação	Oftalmologia
Portinhola	Estacionamento
Constituição	Interrogação
Democracia	Encadernação

**Para cada uma das palavras ver se necessita de ajuda ou consegue sozinho.**



## **Exercício 2**

**Instruções:** Leia a seguinte notícia.

“ Um jovem motociclista ficou gravemente ferido, no dia 27 de Maio de 2019, em Esposende, no distrito de Braga, na sequência de uma colisão com um carro.

O condutor da mota acabou projetado contra o muro de um campo agrícola.

Os Bombeiros Voluntários de Esposende, com o apoio da VMER do INEM de Barcelos, socorreram a vítima.

A GNR de Esposende tomou conta da ocorrência e o jovem foi logo transportado para o Hospital de Barcelos”.

***Jornal Notícias***

## **Exercício 3**

**Instruções:** Leia a seguinte história.

Estava um dia chuvoso. A Joana vestiu o casaco, abriu o guarda-chuva e correu até à mercearia, que ficava perto da sua casa. Quando entrou na mercearia reparou que não tinha consigo a carteira. Pensou que a tivesse deixado cair na rua. Voltou para trás e lá encontrou a carteira, toda molhada no meio do chão. Regressou então à mercearia e foi fazer algumas compras.

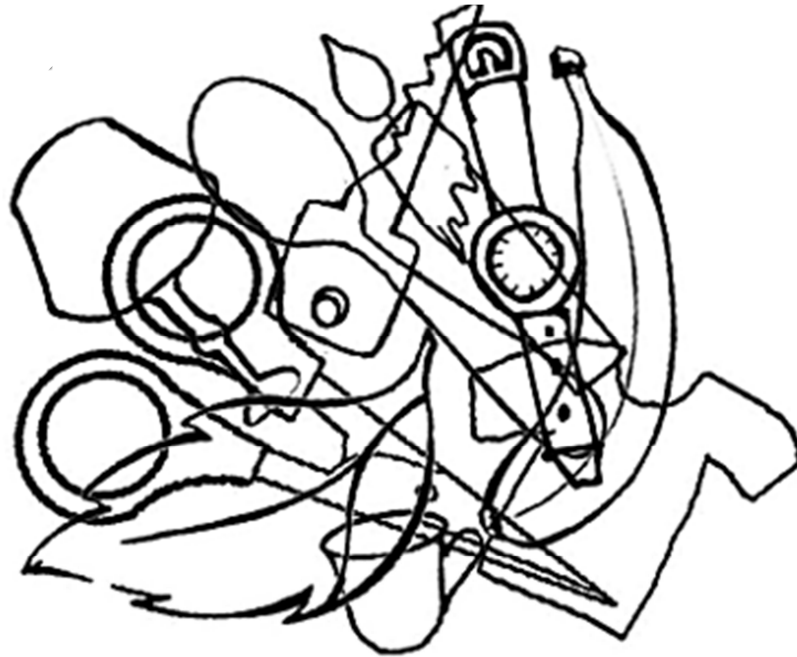
**Para cada um dos textos ver se necessita de ajuda ou consegue sozinho.**

**Fazer perguntas sobre a notícia e a história, permitindo assim ao paciente ver se compreendeu o que leu.**

▪ ESCRITA

**Exercício 4**

**Instruções:** Observe a imagem que se segue e nomeie oralmente e por escrito o que vê.



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Exercício 5**

**Relatar o dia do último aniversário.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Exercício 6**

**Relatar um episódio do dia anterior.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**No dia-a-dia o familiar pode pedir à pessoa que escreva sobre diversos assuntos ou acontecimentos, ou pode utilizar a estratégia dos ditados.**

▪ **VOCABULÁRIO E LÉXICO****Exercício 7****Instruções:** Complete as seguintes palavras.

<b>BA _ _ _ A</b>	<b>MA _ _ _ _ JÁ</b>	<b>TI _ _ E</b>	<b>EL _ _ _ _ TE</b>
<b>DIÓ _ _ _ RO</b>	<b>C _ VA _ _</b>	<b>P _ N _ _ RA</b>	<b>FOR _ _ _ A</b>

CA _ _ CO _	_ AME _ _	P _ R _ AL	L _ Ã _
_ _ BRA	CA _ _ A	G _ I _ _	MA _ _ C _
C _ E _ _ O	_ _ E _ HÁ	CE _ _ U _ _	H _ _ ÓP _ _ _ MO

**Exercício 8**

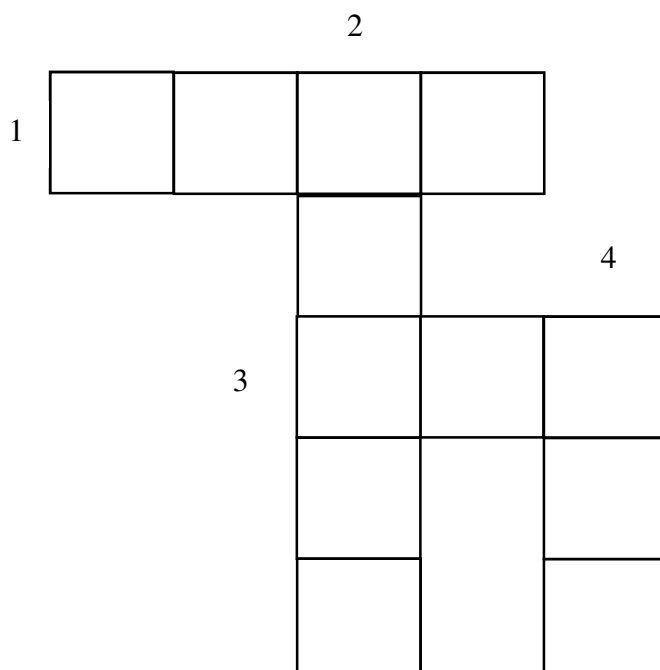
**Instruções:** Assinale com um círculo a palavra que está relacionada com:

<b>Amor</b>	Amoroso – Sentir – Armar
<b>Envelope</b>	Frutaria – Carta – Endereço
<b>Aborrecer</b>	Enfadar – Alterar – Relacionar
<b>Encorajar</b>	Desanimar – Incentivar – Começar
<b>Identificar</b>	Ver – Assinalar – Ajustar
<b>Expirar</b>	Iniciar – Terminar – Apoiar
<b>Combater</b>	Lutar – Acalmar – Argumentar

<b>Referir</b>	Elogiar – Citar – Reconhecer
<b>Determinar</b>	Definir – Estagnar - Somar
<b>Obstruir</b>	Deletar – Parar - Entupir
<b>Reproduzir</b>	Proliferar – Comprar – Arranjar
<b>Responder</b>	Engana – Convencer – Retorquir

### Exercício 9

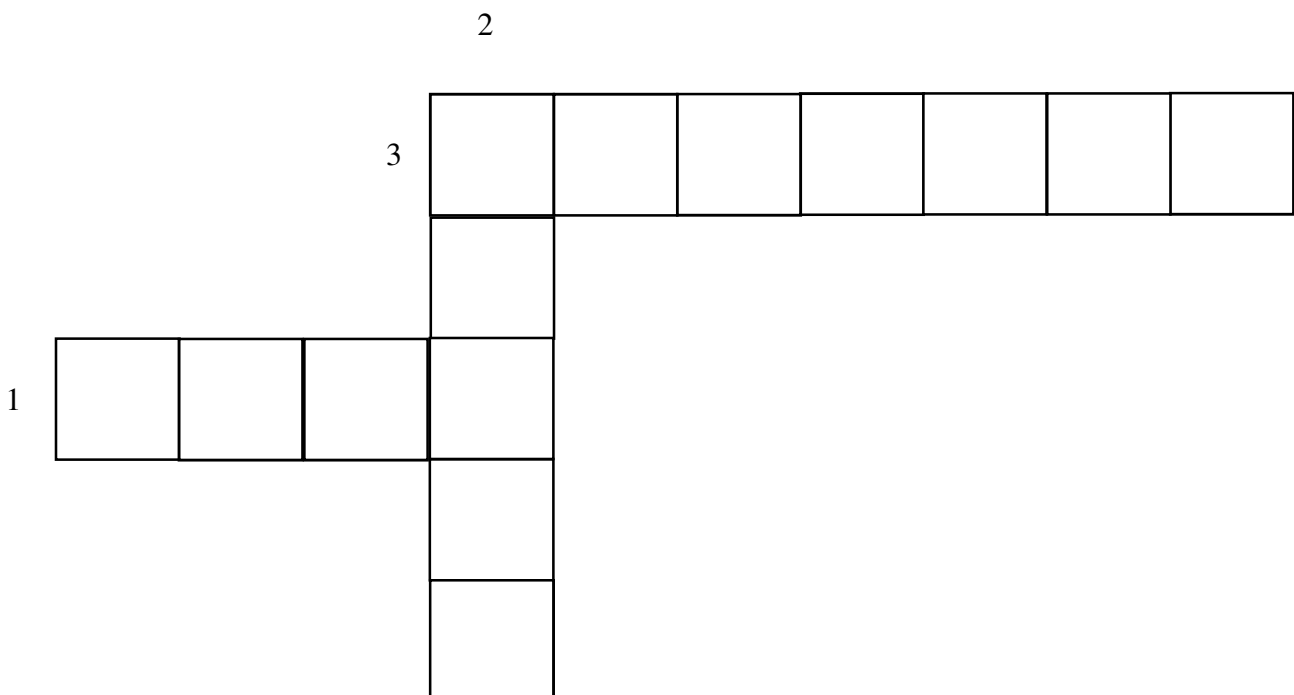
**Instruções:** Resolva as seguintes palavras cruzadas, utilizando as pistas que lhe são dadas.



1. **Horizontal:** objeto que serve para cortar; utensílio de cozinha.
2. **Vertical:** ação que fazemos quando temos pressa em chegar a algum lado: andamento muito, muito rápido.
3. **Horizontal:** ação que fazemos quando estamos contentes, o mesmo que dar risadas.
4. **Vertical:** nome de uma flor; nome de senhora.

### Exercício 10

**Instruções:** Resolva as seguintes palavras cruzadas, utilizando as pistas que lhe são dadas.



4

--	--	--	--

1. **Horizontal:** sentimento que temos por aqueles de quem gostamos; capital de Itália ao contrário.
2. **Vertical:** capital da França; onde se localiza a Torre Eiffel e o Museu do Louvre.
3. **Horizontal:** pessoa que veste de forma engraçada e aparece no circo.
4. **Vertical:** nome de senhora.

✚ ATENÇÃO

**Exercício 11**

**Instruções:** Procure e assinale os algarismos **7 e 9**.

3	5	7	9	5	4	9	6	8	7	1	2
4	2	6	1	8	9	7	8	8	5	9	7
5	1	6	9	6	5	7	9	5	4	2	5
0	9	2	3	6	2	1	8	8	9	7	6
6	8	7	9	2	2	2	3	5	4	6	7
2	0	1	1	4	4	5	7	9	1	0	0
3	5	7	9	0	8	0	1	2	4	5	7
1	0	3	2	2	5	7	2	9	4	6	7



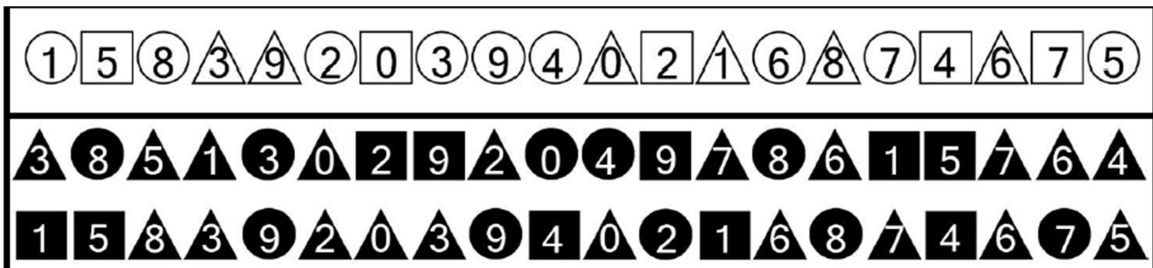
8	8	2	2	0	9	3	7	6	9	4	8
2	1	9	6	8	7	1	8	2	4	5	9
5	3	5	7	9	5	4	5	4	4	6	0
7	4	4	6	1	8	9	8	5	0	8	2
5	4	2	8	1	6	1	3	1	9	6	9
6	2	3	6	0	4	6	1	8	9	8	5
5	5	7	9	4	1	3	0	2	5	6	9
9	8	0	3	7	7	1	6	4	8	9	2
4	3	1	0	5	5	6	7	8	6	9	0
0	1	4	5	7	7	7	9	9	2	2	0
6	8	8	1	3	5	9	9	4	3	1	2
2	5	2	9	9	7	6	4	0	1	0	3

**Exercício 12****Instruções:** Procure e assinale as letras **D** e **N**.

E	B	C	E	J	U	B	J	M	P	L	E
O	O	U	A	B	Q	T	E	E	B	V	I
J	A	E	U	H	S	L	X	U	L	Z	G
Y	D	H	I	T	P	Q	N	M	M	N	O
B	H	F	X	Z	R	W	Q	Y	T	M	B
U	I	F	G	L	Ç	M	N	V	X	C	E
E	T	P	I	H	Ç	A	O	U	D	P	X
Z	V	N	B	H	J	K	L	O	U	Y	R
P	P	T	E	I	Y	H	Ç	K	J	H	A

A	E	G	H	I	U	I	Y	U	O	L	Ç
K	H	J	K	I	F	D	S	A	E	R	Q
W	Q	R	M	N	B	V	C	D	F	G	H
P	O	I	U	Y	T	R	E	W	Q	A	S
D	F	G	H	J	K	L	Ç	Z	X	C	V
B	N	M	Ç	L	K	J	H	G	F	D	S
A	Q	E	R	T	Y	U	I	O	P	P	O
Q	E	T	U	O	S	F	H	K	Ç	X	V
N	A	S	D	F	G	H	L	P	U	Y	T
A	W	E	R	I	Y	O	R	U	B	M	M
M	N	M	B	M	V	W	M	N	B	P	Y

## Exercício 13



- a) Observando a primeira fila com fundo branco, diga em voz alta os números contidos nos CÍRCULOS, mas não nos quadrados ou triângulos.
- b) Observando as filas com fundo escuro, diga em voz alta os números contidos nos CÍRCULOS e QUADRADOS, mas não nos triângulos.

#### **Exercício 14**

##### **Nível de dificuldade: I**

**Instrução:** No decurso deste exercício irá encontrar as letras “A”, “Á”, “À”, “Ã”, “Â”. Assinale com um círculo o -Á. Caso se engane, basta fazer um X por cima do círculo assinalado. Deverá analisar cada linha em 15 segundos. Quando o administrador disser seguinte, deverá passar para a linha seguinte.

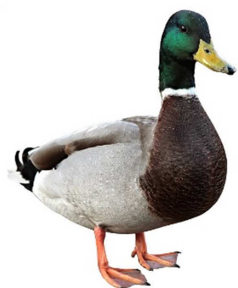
A A Á A Á Â À Ã Ã A A Â  
A À Á A Ã Ã Â A Â Ã A Á  
À Á Â Ã Á A A Á Ã À À Â  
Â À À Ã A Â Ã A À A Â A  
Ã Â À Á Â Â A Á À Â Á Â  
Á À Á À Â Ã Ã Â A Á Â Á  
A À À Â Ã À À Ã Â A A À  
A Ã Á Ã À Á À Á Â Ã Â A  
Â Ã Â A À Á À A Â À Ã Ã  
A À À Ã Â Á Á Á À À Á Â

## MEMÓRIA

### Memória Visual Imediata

#### Exercício 15

**Instruções:** Visualize as imagens que se seguem durante 20 segundos. Posteriormente, o administrador irá questionar quantas vezes é que o participante visualizou o (COELHO).

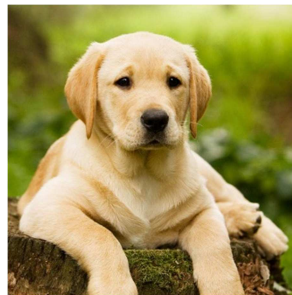




▪ **Memória Recente**

**Exercício 16**

**Instruções:** Memorize o código abaixo e de seguida preencha a grelha. (O familiar deve tapar o código com alguma folha, depois de memorizado).



1 = A	4 = N
2 = D	5 = O
3 = M	6 = R

<b>Código</b>	<b>Palavra Correspondente</b>
<b>1 4 5</b>	
<b>3 1 6</b>	
<b>4 1 2 5</b>	
<b>5 4 2 1</b>	
<b>4 5 2 5 1</b>	
<b>2 5 3 1 6</b>	

### **Exercício 17**

#### **Instruções:**

##### **1ª Parte**

«Vou ler-lhe uma história e você tem de prestar muita atenção, porque a seguir você vai tentar repeti-la o mais semelhante possível. Esteja atento...».

##### **2ª Parte**

Quando terminar, começa-se a controlar os 5 minutos de latência, para verificar se este ainda se lembra.

A **Maria da Luz** que reside em **Lisboa** no **Bairro Alto** e trabalha como mulher de limpeza num edifício comercial, queixou-se na esquadra da polícia do **Rossio** de ter sido assaltada e roubada em **500€** na **Avenida da Liberdade** na noite anterior. Tem 4 filhos;

pequenos que não comem há 2 dias e a renda casa por pagar. O chefe da polícia, comovido com a história desta mulher, organizou um peditório em seu favor.

## **Exercício 18**

### **Instruções:**

#### **1ª Parte**

«Vou ler-lhe uma história e você tem de prestar muita atenção, porque a seguir você vai tentar repeti-la o mais semelhante possível. Esteja atento...».

O examinador lerá pausadamente e com clareza o **texto A** e uma vez lido dirá: «Repita você, agora, a história desde o princípio».

Seguidamente, procede-se da mesma forma para o **texto B**.

#### **2ª Parte**

Quando terminar, começa-se a controlar os 5 minutos de latência, para verificar se este ainda se lembra dos 2 textos.

- Primeiro o texto A com e sem perguntas e mais tarde o texto B, com e sem perguntas.

### Texto A

O **Serviço Geológico dos EUA** reportou um terremoto de **magnitude 8.0** atingiu o norte do **Peru** nas primeiras horas da manhã do dia **26 de Maio de 2019**.

O terremoto de **110Km** foi sentido ao redor do país e mesmo a centenas de quilômetros de distância, na capital Lima, segundo as autoridades locais. Não houve relatos iniciais de mortes ou de estragos significativos.



## Texto B

Um **jovem motociclista** ficou gravemente ferido, no dia **27 de Maio de 2019**, em **Esposende**, no distrito de **Braga**, na sequência de uma **colisão com um carro**.

O condutor da mota acabou **projetado contra o muro** de um **campo agrícola**.

Os Bombeiros Voluntários de Esposende, com o apoio da VMER do INEM de Barcelos, socorreram a vítima.

A GNR de Esposende tomou conta da ocorrência e o jovem foi logo transportado para o Hospital de Barcelos.

- **Memória Semântica**

### Exercício 19

**Instruções:** Mencionar o nome de cada objeto.



### Exercício 20

**Instruções:** Quem foi / é cada uma destas pessoas, de que forma se destacaram e o que sabe acerca delas.

Chutos e Pontapés
João Paulo II
Fernando Pessoa
Salazar
Luís Figo
Barack Obama
Bill Gates
Cristiano Ronaldo
Passos Coelho

Herman José
Paulo Futre
Mário de Sá Carneiro
Mozart
Mozart
Sócrates
Malala
Anne Frank
Sara Sampaio
Mariza
Assunção Cristas
Mourinho
Luís Filipe Vieira

- **Memória de Trabalho**

## **Exercício 21**

**Instruções:** Ler as seguintes frases à pessoa e **pedir-lhe que as repita invertendo a ordem das palavras da frase.**

Tenho frio.

Hoje está sol.

Vou comer arroz de camarão.

Amanhã é segunda-feira.

O céu está encoberto e cinzento.

Depois de jantar vamos ao cinema.

O João está com a Sónia no jardim.

Sábado é dia de festa na aldeia.

O Rui foi promovido no trabalho.

Se amanhã estiver calor, vamos à praia.

**No final do exercício pode ler novamente cada uma das frases, pedindo ao paciente que as volte a repetir, desta vez, na mesma ordem que as ouviu, de forma a praticar a Linguagem.**

## FUNÇÕES EXECUTIVAS

- **Cálculo Mental**

## **Exercício 22**

**Instruções:** Resolva os seguintes problemas.

1. O João comprou 2 Kg de cerejas por 6.76€. Pagou com duas notas de 5€. Quanto recebeu de troco?
2. O Sr. Silva pagou pelo jantar num restaurante, 21.95€. Como deu 25€ quanto tinha de receber de troco?
3. Um ramo de orquídeas custa 17.50€. A D. Alice pagou com 50€. Quanto recebeu de troco?
4. O Carlos foi ao Continente e comprou 1Kg de camarão cozido por 9.60€, 1.5Kg de robalo, sendo que o robalo marcava 6€/Kg e 2 postas de salmão por 7.40€. Quanto pagou o Carlos na totalidade?
5. O André comprou uma televisão na Worten por 394€. A televisão custa 499€. Qual o valor do desconto que fizeram ao André?

- **Inibição e Alternância**

## **Exercício 23**

**Instruções: Diga a cor** das seguintes palavras apresentadas.

**Azul**

**Amarelo**

**Verde**

**Vermelho**

**Amarelo**

**Azul**

**Verde**

**Azul**

**Vermelho**

**Azul**

**Verde**

**Vermelho**

**Amarelo**

**Verde**

#### **Exercício 24**

**Instruções: Diga a palavra** que está escrita e não a cor.

**Azul**

**Amarelo**

**Verde**

**Vermelho**

**Amarelo**

**Azul**

**Verde**

**Azul**

**Vermelho**

**Azul**

**Verde**

**Vermelho**

**Amarelo**

**Verde**

- **Sequenciação**

**Exercício 25**

**Instruções:** Complete as seguintes séries.

6	10	14	18	22	_____	_____	_____	_____
2	5	8	11	14	_____	_____	_____	_____
5	10	5	20	5	_____	_____	_____	_____
20	17	14	11	8	_____	_____	_____	_____
50	45	40	35	30	_____	_____	_____	_____
40	34	28	22	16	_____	_____	_____	_____

### Exercício 26

**Instruções:** Complete as seguintes séries.

CC	B	CC	B	CC	_____	_____	_____	_____
AX	AA	AX	AB	AX	_____	_____	_____	_____
D1	Z	D2	Z	D3	_____	_____	_____	_____
m	MA	m	MB	m	_____	_____	_____	_____
A1	A	A1	C	A1	_____	_____	_____	_____
AB	AC	AD	AE	AF	_____	_____	_____	_____

\*para a realização deste exercício, deve ser considerado o alfabeto sem a letra **K**.

- **Fluência Verbal**

### Exercício 27



**Instruções:** Pedir à pessoa que lhe diga **20 nomes de Pessoas Conhecidas** e **20 nomes de Países**.

**(incentive para que diga mais que 20).**

Pessoas Conhecidas	Países

**Exercício 28**

**Instruções:** Pedir à pessoa que lhe diga **15** palavras começadas pela **letra N; L; F e G**.

**(incentive para que diga mais que 15).**



(incentive para que diga mais que 8).

La	Ma	To	De

- **Abstração e Conceptualização**

### **Exercício 30**

**Instruções:** Atenda à seguinte legenda, na qual cada número corresponde a um grupo de palavras. Depois, terá que fazer corresponder as palavras da tabela abaixo à categoria pertencente. Por exemplo: “Pé” e “Braço” corresponde ao número **1- Corpo Humano**.

Note que várias palavras podem corresponder à mesma categoria.

Atenda a seguinte lista de palavras:

#### **1. Corpo humano**

**2. Fruta**

**3. Profissões**

**4. Material**

**escolar**

**5. Nomes de**

**PALAVRAS**

**NÚMERO**

**peessoas**

Borracha

Malmequer

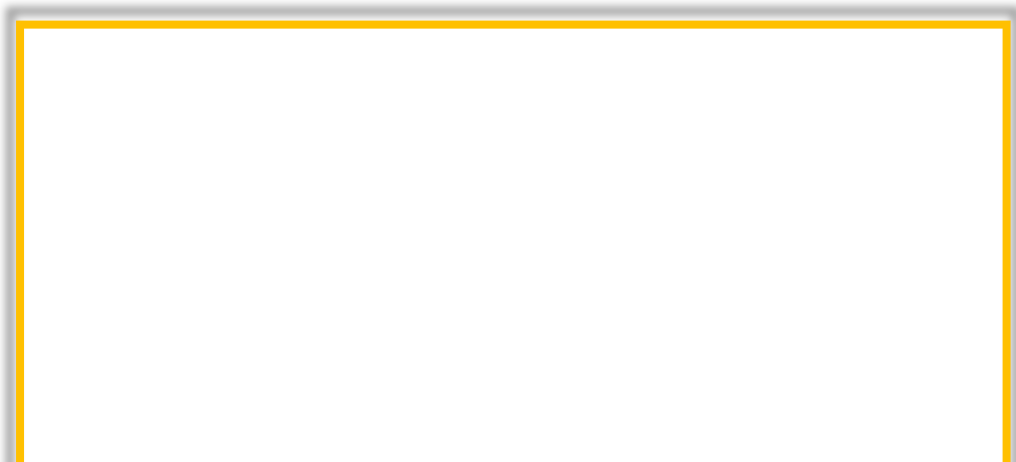
**6. Flores**

Guitarra

**7. Instrumentos musicais**

**8. Animais do ar**

**9. Utensílios de cozinha**



Águia	
Colher	
Morango	
Maçã	
Pé	
Piano	
Lápis	
Túlipa	
Padeiro	
Braço	
Manuel	
Banana	
Garfo	
Andorinha	
Maria	
António	

**Exercício 31**

**Instruções:** Organize as letras que se encontram nas colunas da esquerda de modo a construir palavras.

LETRAS	PALAVRAS
BÓRABAO	
ÓIPPOAOMHT	
ÃEELTOVIS	
ANALCE	
OÃC	
AAPOS R	
TAUG	
A F C A	

- **Programação/Planeamento**

### Exercício 32

**Instruções:** Encontre a meta no menor tempo possível e com menos movimentos possíveis.

