RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Relatório de Estágio Clínico

Emília B. Dias

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte; CESPU
Relatório de Estágio Clínico

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte; CESPU
Mestrado de Neuropsicologia Clínica

Supervisão: Prof. Doutor Bruno Peixoto

Estagiária: Emília Margarida Barbosa Dias

Ano letivo: 2013 – 2014
Índice de Abreviaturas

CHSJ – Centro Hospitalar São João
MFR – Medicina Física e Reabilitação
HSJ – Hospital São João
UAG – Unidades Autónomas de gestão
APA – American Psychological Association
UEMS – Union Europeenne des Médicins Spécialistes
RPP – Reabilitação do Pavimento Pélvico
TCE – Traumatismo Crânio Encefálico
IU – Incontinência Urinária
SDO – Síndrome Defecação Obstruída
RC – Reabilitação Cardíaca
PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca
MOCA – Montreal Cognitive Assessment
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale
BDI - The Beck Depression Inventory II
STAI - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade
ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social
SCA – Síndrome Coronária Aguda
AVC – Acidente Vascular Cerebral
DCL – Défice Cognitivo Ligeiro
Índice

<table>
<thead>
<tr>
<th>Título</th>
<th>Página</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Introdução</td>
<td>Pág. 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Caracterização da Instituição</td>
<td>Pág. 6-10</td>
</tr>
<tr>
<td>O papel do Neuropsicólogo no Serviço de Medicina Física e Reabilitação</td>
<td>Pág. 11-13</td>
</tr>
<tr>
<td>Atividades desenvolvidas no estágio</td>
<td>Pág. 14</td>
</tr>
<tr>
<td>Consulta psicológica</td>
<td>Pág. 14-15</td>
</tr>
<tr>
<td>Aconselhamento Psicológico</td>
<td>Pág. 16</td>
</tr>
<tr>
<td>Doença Cardíaca</td>
<td>Pág. 16-18</td>
</tr>
<tr>
<td>Amputados</td>
<td>Pág. 18-19</td>
</tr>
<tr>
<td>Psicoterapia Individual/ Grupo</td>
<td>Pág. 19</td>
</tr>
<tr>
<td>Incontinência Urinária</td>
<td>Pág. 19-20</td>
</tr>
<tr>
<td>Perturbação de Pânico</td>
<td>Pág. 20-21</td>
</tr>
<tr>
<td>Avaliação Neuropsicológia</td>
<td>Pág. 21-25</td>
</tr>
<tr>
<td>Reabilitação Neuropsicológica</td>
<td>Pág. 25-27</td>
</tr>
<tr>
<td>Investigação Clínica</td>
<td>Pág. 27-28</td>
</tr>
<tr>
<td>Atividades de Orientação</td>
<td>Pág. 28-29</td>
</tr>
<tr>
<td>Atividades de Supervisão</td>
<td>Pág. 29</td>
</tr>
<tr>
<td>Caso clínico</td>
<td>Pág. 30</td>
</tr>
<tr>
<td>Identificação geral</td>
<td>Pág. 30</td>
</tr>
<tr>
<td>Motivo/ Pedido da consulta</td>
<td>Pág. 30</td>
</tr>
<tr>
<td>História Pessoal</td>
<td>Pág. 31-32</td>
</tr>
<tr>
<td>História Clínica / Problemática atual</td>
<td>Pág. 32-33</td>
</tr>
<tr>
<td>Processo de Avaliação Neuropsicológica</td>
<td>Pág. 34-36</td>
</tr>
<tr>
<td>Reflexão do caso</td>
<td>Pág. 36-39</td>
</tr>
<tr>
<td>Processo de Intervenção Neuropsicológica</td>
<td>Pág. 39-45</td>
</tr>
<tr>
<td>Considerações finais do caso</td>
<td>Pág. 45-47</td>
</tr>
<tr>
<td>Reflexão Pessoal</td>
<td>Pág. 47-49</td>
</tr>
<tr>
<td>Reflexão sobre o estágio</td>
<td>Pág. 50-51</td>
</tr>
<tr>
<td>Bibliografia</td>
<td>Pág. 52-54</td>
</tr>
<tr>
<td>Anexos</td>
<td>Pág. 55</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Introdução

O relatório de estágio clínico insere-se no plano curricular do segundo ano do Mestrado em Neuropsicologia Clínica a ser lecionado no Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte.

O estágio curricular decorreu no Centro Hospitalar São João (CHSJ), no serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR). Este aconteceu ao longo de aproximadamente dez meses, com uma periodicidade de três vezes por semana e posteriormente, estendeu-se a quatro vezes.

Neste sentido, o relatório surge como suporte teórico do estágio e tem como objetivo dar a conhecer o local de estágio e as atividades desenvolvidas devidamente justificadas e fundamentadas, bem como, novas aprendizagens relativas à prática profissional adquiridas por meio da observação e participação nas atividades.

Assim, numa primeira parte irei apresentar a caracterização da instituição abordando aspectos como o local de estágio, o serviço de MFR, como chegam os casos, os motivos dos doentes e quem os envia.

Seguidamente será descrito o papel do neuropsicólogo no serviço de MFR e mostrar um pouco do que é feito na instituição onde decorreu o estágio. Os principais objetivos da abordagem deste tema prendem-se sobretudo com a descrição das competências do neuropsicólogo e o papel deste num serviço de MFR.

Posteriormente apresentarei o conjunto de atividades que foram solicitadas ao longo do estágio e respetiva reflexão sobre a aquisição de competências diversificadas no âmbito do acompanhamento psicológico e intervenção em grupo.

Através da descrição de caso clínico pretendo mostrar como foi importante esta intervenção no sentido da aquisição de competências no contexto da prática clínica nas áreas de recolha da história clínica, avaliação, diagnóstico e intervenção.

Para finalizar farei uma reflexão acerca do percurso feito ao longo do estágio, salientando as relativas aprendizagens realizadas, dificuldades sentidas e sugestões que poderiam ser benéficas.
Caracterização da Instituição

Centro Hospitalar de São João (CHSJ)

O Centro Hospitalar São João (CHSJ) surge a 1 de Abril de 2011 com a fusão do Hospital de São João (HSJ) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Valongo. Assim, é constituído por dois polos, o do Porto (Hospital de São João) e o de Valongo (Hospital Nossa Senhora da Conceição).

O HSJ é o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. É um hospital Universitário e que estabelece ligação com a Faculdade de Medicina do Porto, com a qual partilha algumas instalações. Neste sentido, os diversos serviços do CHSJ, muitas vezes associados com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, desenvolvem atividades científicas a nível de organização de eventos e reuniões, participação em congressos nacionais e internacionais com apresentações de trabalhos, publicação de artigos em revistas científicas e envolvimento em projetos de investigação.

Presta assistência direta à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. É o centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo. Desta forma, abrange cerca de 3 milhões de pessoas.

A lotação máxima do HSJ é de 1124 camas e várias especialidades médicas e cirúrgicas, mas também possui uma variedade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados, da qual faz parte o serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR).

Os diversos serviços encontram-se agrupados em seis Unidades Autónomas de Gestão (UAG), sendo que, o serviço de MFR desde Outubro de 2009 passou a pertencer à UAG de Medicina pois, até à data integrava-se na UAG de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Com a fusão o Hospital Nossa Senhora da Conceição passou a englobar toda a cirurgia de ambulatório do CHSJ (tendo sido constituído o Serviço de Cirurgia de Ambulatório do CHSJ), além de atividade de ambulatório (Consulta Externa de
Psiquiatria e de Ortopedia), Serviço de Urgência, internamento (Medicina Física e Reabilitação e Psiquiatria) e Unidade de Convalescença (integrada na Rede Nacional de Cuidados Integrados).

O serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) do Centro Hospitalar de São João (CHJS)

Em Março de 2009, o serviço de MFR foi certificado como centro com idoneidade formativa em MFR pelo European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.

O serviço de MFR do polo Porto fica localizado no piso 01 e no polo de Valongo encontramos o internamento que dispõe de 12 camas de internamento, tendo espaço para mais duas.

Assim, o espaço do serviço de MFR do CHSJ (Pólo do Porto) pode ser dividido em três alas (poente, central e nascente). Na ala poente encontra-se a Área de Direção (Gabinete da Direção de Serviço; Gabinete de Secretariado da Direção de Serviço), Área de Reabilitação Pediátrica (Consultório médico; Gabinete de Terapeutas; Sala de Terapia Ocupacional; Sala de Fisioterapia; Instalações sanitárias adaptadas com fraldário; Arrecadação), Área de Reabilitação Cardíaca/Recondicionamento ao Esforço (Consultório médico; Ginásio) e Área de apoio geral (Copa; Sala de sujos). Na ala central, encontra-se a Área de consultas e tratamentos (três consultórios médicos; Gabinete de Enfermagem/ Sala de tratamentos; Ginásio/ Hidroterapia), Área administrativa (Gabinete administrativo), Área científico-formativa (Biblioteca; Gabinete médico) e Área de apoio geral (Sala de espera; Instalações sanitárias). Na ala nascente encontra-mos a Área de Tratamento (Fisioterapia; Três gabinetes de Terapia da Fala; Sala de Terapia Ocupacional; Sala de Reeducação das AVD; Sala de Reeducação Vesico-Esfínteriana), Área de Coordenação e de Psicologia/Serviço Social (Gabinete de Coordenação de Terapeutas; Gabinete de Psicologia/Serviço Social) e Área de apoio geral (Vestários; Instalações sanitárias; Arrecadação).

O espaço físico do serviço de MFR do Hospital de Nossa Senhora da Conceição Valongo (Pólo Valongo) é dividido entre Gabinetes (Gabinetes de coordenação; Gabinete multiformal), Enfermaria (Enfermarias; Área de Enfermagem), Área de
Tratamentos (Ginástio; Sala de tratamentos; Gabinete de Terapia Ocupacional/ Terapia da Fala/ Psicologia) e Área de Apoio Geral (Refeitório, copa; Instalações sanitárias; Arrecadação).

Quanto aos recursos humanos o serviço dispõe de dezoito médicos (um Diretor de Serviço, que também ocupa o lugar de Assistente Graduado Sénior de MFR, dois Assistentes Graduados de MFR, oito Assistentes de MFR e sete Internos de Formação Específica em MFR), vinte e cinco Fisioterapeutas, quatro Terapeutas da Fala e duas Terapeutas Ocupacionais, quanto aos Enfermeiros de Reabilitação existem dezassete generalistas com especialização em reabilitação e duas enfermeiras de reabilitação, uma psicóloga e duas assistentes sociais, quatro funcionárias administrativas e dezassete assistentes operacionais.

O Serviço de MFR do CHSJ tem a sua atividade assistencial organizada da seguinte forma: Internamento, Consulta Interna, Consulta Externa, Unidade de Convalescença, Consultas Multidisciplinares, Permanência/ Prevenção e Sectores de Tratamento. As consultas estão organizadas por entidades nosológicas, estando um ou mais especialistas responsáveis por cada uma delas.

Os pacientes internados provêm de internamentos de outros serviços do CHSJ ou da consulta externa de MFR. Aí segue-se um programa específico de reabilitação integral e abrangente, adaptado ao indivíduo, visando a maximização da independência do paciente.

Neste sentido, semanalmente, às quartas-feiras, realiza-se a reunião de internamento na qual participam os médicos fisiatrás, enfermeiro chefe, fisioterapeuta representante, terapeuta da fala, psicóloga e assistente social. Nesta são discutidos os aspectos mais relevantes relacionados ao processo de reabilitação dos pacientes internados e é programada a sua alta.

No entanto, também se efetuam reuniões com os familiares dos pacientes internados e visitas ao domicílio (incluindo avaliação das barreiras arquitetônicas no domicílio e na comunidade).
RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Na Consulta Interna, presta-se assistência aos pacientes internados nos vários serviços do HSJ sempre que esta é solicitada mediante um pedido de consulta de especialidade. Esta tem um caráter prioritário no serviço, visto que, a instituição precoce de um programa de reabilitação contribui para uma recuperação mais rápida e consequentemente diminuição do tempo de internamento para alguns pacientes.

Após a consulta médica, o doente é orientado de acordo com as suas necessidades. Neste participam alguns técnicos do serviço de MFR pois, frequentemente é requerida a colaboração do pessoal de enfermagem geral e de enfermagem de reabilitação do serviço no qual o paciente se encontra.

Caso necessário, o tratamento fisiátrico pode ser iniciado durante a estadia hospitalar. Este pode ser realizado de acordo com a situação clínica do doente, na enfermaria onde se encontra ou nos vários setores de tratamento do serviço de MFR. Posteriormente são efetuadas consultas de seguimento do doente.

Quando a alta hospitalar, o paciente é orientado de acordo com o seu quadro clínico e funcional e encaminhado para a consulta externa. Em último caso, é elaborado um plano de MFR no qual são definidas metas e os objetivos a seres atingidos com o processo de reabilitação em Unidade de Cuidados Integrados.

A Consulta Externa engloba a atividade assistencial prestada aos pacientes em regime de ambulatório. Os pacientes podem ser, pacientes observados em consulta interna e aos quais estava indicada a continuação do programa de reabilitação no serviço e/ou consultas periódicas de reavaliação ou pacientes referenciados do médico assistente ou de consultas externas de outras especialidades do CHSJ.

Como a orientação dos pacientes observados em consulta externa faz-se segundo a patologia, os pacientes com patologias agudas ou necessidade de cuidados diferenciados são orientados para tratamento no serviço, na área terapêutica adequada. Posteriormente são reavaliados periodicamente, com o intuito de averiguar a sua evolução clínica e se proceder a eventuais ajustes no plano de tratamentos. Após a reabilitação na fase aguda e caso se justifique podem ser orientados para consultas de reavaliação periódica no serviço de MFR ou para tratamento na área de residência.

Quanto à Unidade de Convalescença de Valongo destina-se ao tratamento de situações pós-agudas, com necessidade de recuperação intensiva, nomeadamente no
ámbito da reabilitação, na sequência de internamento hospitalar ou agudização de doença crónica cujo tratamento não exige recursos de um hospital de agudos.

Esta Unidade tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessitava de cuidados hospitalares agudos. Assim, na maioria dos casos, os pacientes são oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia ou de Neurologia.

O serviço de MFR participa em consultas multidisciplinares, fazendo-se representar através de um ou mais especialistas que participam nas reuniões/consultas com médicos de outras especialidades (anestesiologia, neurocirurgia, neurologia, psiquiatria, que pertencem à consulta multidisciplinar da dor; cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, estomatologia, genética médica, pediatria médica, pertencentes à consulta multidisciplinares de Fendas Lábio-Palatinas; ortopedia infantil, que pertence à consulta multidisciplinar de ortopedia infantil; e ginecologia e obstetrícia que se inclui na consulta multidisciplinar de Uro-Ginecologia).
O papel do Neuropsicólogo no Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Foi em 1960, que o termo neuropsicologia apareceu pela primeira vez. Foi o título de uma ampla coleção do psicólogo americano Karl S. Lashley. Esta fazia referência a estudos realizados em ratos e macacos e foi centrada na compreensão da memória, percepção e comportamento motor. No entanto, surgiram investigadores que se especializaram em pesquisa com seres humanos (Kolb & Whishaw, 2003).

Hoje, definimos neuropsicologia como o estudo da relação entre funcionamento do cérebro humano e o comportamento. Embora neuropsicologia atraia informações de várias disciplinas, por exemplo, anatomia, biologia, biofísica, etologia, farmacologia e filosofia, no entanto, o seu foco central é o desenvolvimento de uma ciência do comportamento humano baseado sobre a função do cérebro humano (Kolb & Whishaw, 2003).

A neuropsicologia integra áreas da psicologia clínica e neurologia comportamental. Para avaliação da integridade estrutural e funcional do cérebro socorre-se de testes psicológicos especializados e que foram concebidos para avaliar uma ampla variedade de domínios comportamentais, cognitivos e emocionais (Sbordone, Saul, Purisch, 2007).


Assim, definiu-se que o neuropsicólogo é um profissional psicólogo, que aplica os princípios de avaliação e intervenção, baseada em estudos científicos do comportamento humano no que se refere ao normal e anormal o funcionamento do sistema nervoso central (Division 40 of American Psychological Association (APA), 1989).
RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Segundo a *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) - Secção de MFR, a MFR é “uma especialidade médica autónoma, cujo objetivo reside na promoção da função física e cognitiva, da atividade (incluindo os comportamentos), da participação (incluindo a qualidade de vida) e na modificação dos fatores pessoais e ambientais. É responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamentos e organização do programa de Reabilitação dos indivíduos com patologias médicas incapacitantes e co-morbididades em todos os grupos etários.” (Gitenbrunner, Ward, Chamberlain, 2009, pág.11).

Assim, a MFR têm como objetivo reduzir a incapacidade provocada pela doença, prevenir as complicações melhorar a funcionalidade. As atividades devem ser designadas tendo em consideração o contexto social, cultural, ambiental do indivíduo, sendo que, os especialistas de MFR têm de conhecer os princípios da adaptação e plasticidade e compreender os fundamentos do ensino e aprendizagem, como um processo é contínuo e coordenado por uma equipa multidisciplinar (Gitenbrunner et al., 2009).

Neste sentido, no contexto do serviço de MFR em que a principal responsabilidade passa pela prevenção, diagnóstico, tratamento e organização de planos de reabilitação para indivíduos com diversas patologias médicas e co-morbididades associadas, a prática da neuropsicologia pode auxiliar na área de avaliação/diagnóstico, tratamento/reabilitação, consulta, psicoeducação e pesquisas.

A avaliação e diagnóstico é geralmente utilizada após a suspeita de disfunções cerebrais. Com esta tenta-se determinar se os resultados dos testes mostram ou não evidências de competências cognitivas, comportamentais e emocionais após a lesão cerebral (Sbordone et al., 2007).

A reabilitação preocupa-se com a melhoria dos défices, sociais, emocionais e cognitivos causados por uma lesão cerebral. Assim, a reabilitação vai permitir que a pessoa com deficiência consiga atingir um nível ótimo de bem-estar, para reduzir o impacto dos seus problemas na vida diária e para ajudar o paciente a voltar aos seus ambientes de forma adequada (Wilson, 2005).

A consulta de outros profissionais é frequente, pois médicos, advogados, operadoras de seguros, tribunais, enfermeiros de reabilitação e outros convidam o
neuropsicólogo como consultor para tratar de questões específicas, como por exemplo, um médico pode pedir o neuropsicólogo para "descartar" uma demência, deficiências cognitivas, problemas de memória. Mas, também pode ser solicitado para avaliar o funcionamento cognitivo e intelectual do paciente (Sbordone et al., 2007).

Perante áreas em que os neuropsicólogos pode intervir estão as palestras sobre as consequências das disfunções cerebrais ou traumatismos e a avaliação neuropsicológica. Muitos são os grupos que assistem a estas palestras entre eles os residentes de psiquiatria, medicina física e reabilitação, neurologia e neurocirurgia (Sbordone et al., 2007).

No entanto, os neuropsicólogos podem estar envolvidos em estudos de pesquisa dentro de sua área de especialização ou interesse. Os testes neuropsicológicos são muitas vezes utilizados para estudar as manifestações cognitivas e comportamentais específicas de perturbações do cérebro, dificuldades de aprendizagem, distúrbios neurológicos, doenças psiquiátricas (Sbordone et al., 2007).

Neste sentido, o papel do neuropsicólogo em contexto MFR é fundamental pois, promove a comunicação entre a equipa, paciente e família.

No que concerne ao paciente podemos atuar na modificação do comportamento, reabilitação cognitiva que irá maximizar a capacidade do paciente para o seu melhor funcionamento, verificar o que as alterações existentes representam na vida do paciente e como este lida com as suas emoções, motivações e as suas preocupações. Assim, poderemos reduzir a gravidade dos comportamentos sociais disruptivos, melhorar a motivação, habilidades sociais e se necessário ajudar na reintegração profissional. A terapia familiar e a ajuda ao cuidador deve ser um ponto fulcral, pois os problemas do paciente podem causar dificuldades emocionais, sentimentos de raiva e frustração.

Com a aplicação da MFR a diferentes patologias o neuropsicólogo tem um papel fundamental na percepção das incapacidades existentes, no apoio às diferentes ações médico-cirúrgicas e tratamento, prevenir o descondicionamento físico e psicológico, bem como todas as sequelas decorrentes do imobilismo e isolamento dos doentes internados, facilitar e estimular os processos de recuperação, estimular, maximizar e compensar as capacidades residuais, promover a integração socioprofissional.
Atividades desenvolvidas no estágio

O estágio curricular decorreu no Centro Hospitalar São João, no serviço de MFR. Este aconteceu ao longo de aproximadamente dez meses, com uma periodicidade de três vezes por semana e posteriormente, estendeu-se a quatro. Em dois dos quatro dias de presença a consulta psicológica, o aconselhamento psicológico, intervenção individual e em grupo, avaliação neuropsicológica e reabilitação psicológica eram frequentes e proporcionaram-me o contacto com as diversas patologias. No âmbito da investigação clínica fui desde logo informada e convidada a participar nas investigações que já decorriam e iniciar outra em conjunto com os profissionais envolvidos na Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP). As atividades de orientação foram desenvolvidas de acordo com as necessidades que iam surgindo e nas atividades de supervisão os trabalhos apresentados e a possibilidade de troca de opiniões e conhecimentos foi essencial para a prática.

Consulta psicológica

Com muita frequência a consulta psicológica (counseling), psicoterapia (termo mais utilizado por outros profissionais) são utilizadas como expressões mais ou menos sinónimas. Todas parecem utilizar o mesmo método de base, ou seja, uma série de contatos diretos com o paciente objetivando oferecer assistência na alteração das suas atitudes e comportamentos (Rogers, 2006).

Assim, um dos objetivos mais importantes em qualquer experiência de consulta psicológica é abordar aquelas ideias e atitudes, aqueles sentimentos e impulsos carregados de emotividade que estão no centro dos problemas e dos conflitos do indivíduo (Rogers, 2006).

Vários são os contextos em que se pode utilizar a consulta psicológica como uma mais-valia na adaptação do indivíduo aos seus problemas e enfrentando as realidades da vida de uma forma mais construtiva (Rogers, 2006).

Ao serviço de MFR chegam pacientes oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/ Traumatologia ou de Neurologia, Cardiologia,
Urologia e Fisiatria, sendo as patologias mais comuns apresentadas pelos pacientes a doença cardíaca, Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), doenças cerebrovasculares, situações de amputação, pacientes queimados, lesões Vertebro Medulares, crianças e adultos com alterações da linguagem e da comunicação, Incontinência Urinária (IU) e Síndrome Defecação Obstruída (SDO). A maioria destas patologias estão associadas a co morbidades como ansiedade, depressão e a níveis intensos de distress emocional.

Assim, na primeira e segunda consulta é efetuada uma recolha de dados o mais completa possível para melhor conhecer o paciente e o seu motivo de consulta. Aos pacientes encaminhados pela Reabilitação Cardíaca (RC) ou RPP era aplicado o protocolo já definido, mas que objetivava o anteriormente mencionado.

No entanto, grande parte dos pacientes eram seguidos em consultas subsequentes para intervenção individual ou aconselhamento. Partindo destas consultas geravam-se diálogos com a orientadora acerca do diagnóstico e pesquisas para aprofundar conhecimentos sobre as patologias em questão.

Neste sentido, no âmbito estágio curricular tive a oportunidade de, numa fase inicial, observar várias consultas psicológicas que decorriam no serviço. Esta observação permitiu-me: inteirar-me mais sobre o funcionamento do serviço, ter contacto com pacientes com diversas patologias, em diferentes situações refletir sobre qual a técnica de entrevista (confrontação, reflexão, reformulação, clarificação, exploração, questionamento) mais adequada, a troca de opiniões com a orientadora, bem como, formulação de questões, construir um guia de anamnese mais completo e perceber a sua aplicabilidade, e contactar com diferentes modelos de intervenção.

Posteriormente à fase de observação comecei a ter uma participação mais ativa nas consultas. Sobre a minha responsabilidade ficavam os pacientes referenciados para avaliação ou reabilitação neuropsicológica, no entanto, também me foi dada a possibilidade de intervir em outras perturbações psicológicas.

Assim, numa primeira consulta tentava compreender os motivos do pedido explicado pelo paciente, a sua história pessoal, história clínica, percurso escolar e profissional, queixas e dificuldades, entre outras informações. Seguidamente delineava os procedimentos de avaliação e definia o programa de intervenção caso se justificasse a sua implementação.
Aconselhamento psicológico

O aconselhamento psicológico em contexto de saúde consiste numa intervenção que visa ajudar o sujeito a manter ou melhorar a sua saúde, rodeadamente na adoção de um estilo de vida mais saudável e comportamentos de saúde e na adaptação psicológica a alterações do estado de saúde (confronto com a doença e a incapacidade), em tudo o que isto possa envolver de mudança pessoal, ajustamento a uma nova situação, interação com técnicos de saúde, adesão a tratamentos e medidas de reabilitação (Trindade & Teixeira, 2000).

O psicólogo é o principal responsável pelo aconselhamento psicológico e esta prática pode ser feita em vários locais, tais como, no sistema de saúde, empresas, serviços e centros de reabilitação e em organizações comunitárias (Trindade & Teixeira, 2000).

Assim, o aconselhamento envolve ajudar o paciente a lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões, mudar comportamentos, transmissão de informação e apoio, transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal (Trindade & Teixeira, 2000).

O aconselhamento psicológico é uma das intervenções realizadas com os pacientes referenciados para uma intervenção psicoeducativa, em grupo, integrada num Programa de Reabilitação Cardíaca (PRC) e com pacientes que sofreram amputação.

Doença Cardíaca

Anualmente o número de mortes devido a doenças cardiovasculares têm aumentado. Estima-se que em 2008, 17,3 milhões de indivíduos morreram devido a doenças cardiovasculares, representando 30% das mortes globais (World Health Organization, 2011).

O número de indivíduos que morreram devido a doença cardiovascular, principalmente no que concerne a doença cardíaca e acidente vascular cerebral, tende a aumentar para 23,3 milhões em 2030 (World Health Organization, 2013).
American Heart Association (2011), considera que a doença cardiovascular inclui inúmeros problemas, sendo que muitos relacionados com o processo designado de aterosclerose. Esta condição desenvolve-se quando começa a existir agregação plaquetária nas superfícies das artérias levando ao estreitamento das mesmas e consequentemente torna mais difícil a fluidez do sangue. Se houver a formação de coágulos o fluxo sanguíneo pode parar e pode causar um ataque cardíaco ou um acidente vascular cerebral. No entanto, insuficiência cardíaca, arritmias, problemas nas válvulas cardíacas são outros tipos de doenças cardiovasculares.

Focada nos inúmeros problemas associados à doença Cardiovascular, a investigação sugere que a depressão e a ansiedade têm repercussões significativas a este nível (Mennin, 2004). E apesar, das poucas investigações realizadas existe a evidência de uma correlação entre as várias doenças cardiovasculares e disfunção neurocognitiva (Armstrong, 2010).

Neste sentido, após ser aplicada a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), pela RC, os pacientes são encaminhados para a psicologia de acordo com os seus níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

Na primeira consulta é realizada uma entrevista inicial que visa a recolha de informação sobre o paciente, a sua problemática e informar sobre as sessões psicopedagógicas.

É marcada uma segunda consulta onde é aplicado um conjunto de testes que inclui o Índice Internacional de Função Eréctil, Índice de Funcionamento Sexual Feminino, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Beck Depression Inventory II (BDI II), Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Pittsburgh Sleep Quality Index e Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

A intervenção com grupo dos cardíacos decorre ao longo de oito sessões, com periodicidade semanal e com duração aproximada de sessenta minutos. A primeira sessão que é realizada prende-se com a explicação da problemática, as seguintes abordam temas como a sexualidade, qualidade de sono, nutrição (é convidada uma profissional na área), gestão de ansiedade, treino de relaxamento muscular progressivo,
gestão de stress e estratégias de coping. A escolha das temáticas foi de encontro com a literatura atual.

Assim, o principal objetivo da intervenção consiste em ajudar o indivíduo a manter ou melhorar a sua saúde através da adoção de um estilo de vida saudável e comportamentos de saúde, algo que até então não era tomado em conta e esperando que a partir deste problema seja algo a considerar.

**Amputados**

Em Portugal existem poucos dados sobre o número de amputações, mas estimase que existam cerca de 20 milhões de pacientes amputados em todo o mundo (Vaz, Roque, Pimentel, Rocha, Duro, 2012).

A amputação consiste na remoção cirúrgica ou espontânea, parcial ou completa de um membro ou parte do corpo. As sequelas de uma amputação confrontam o indivíduo com uma perda irreparável, que afeta todas as vertentes da sua vida e implica toda uma série de adaptações e restrições (Gabarra & Crepaldi, 2010).

As consequências da amputação são ao nível do funcionamento físico, social e psicológico. Ao nível do funcionamento psicológico salientam-se a angústia, tristeza, negação sentimentos de mutilação /alteração da imagem corporal, dificuldades sexuais, arrependimento, ansiedade, incerteza, vulnerabilidade e depressão (Vaz, Roque, Pimentel, Rocha, Duro, 2012).

Assim, os nossos objetivos passam por trabalhar o auto-conceito, a auto-estima, mas de um modo particular a aceitação da imagem corporal, reestruturação cognitiva para eliminar as crenças irracional advindas das perturbações ligadas à imagem corporal, levar o paciente a refletir acerca do comprometimento da vida afetiva se mantiver comportamentos de evitamento, favorecer a expressão dos sentimentos e ajudar na compreensão da situação vivenciada, trabalhar todos os aspetos ligados à problemática, trabalhar as condições de adaptação social e profissional e ajudar o paciente a minimizar a sua angústia e ansiedade.

Ajudar a lidar com as consequências da amputação e dificuldades inerentes ao processo de reabilitação, o auxilio na promoção da sua qualidade de vida, fornecer
estratégias para lidar com a nova situação, ajudar à readaptação para realização das atividades da vida diária visando proporcionar um sentimento de autonomia e independência são os objetivos da equipa multidisciplinar da MFR.

Intervenção individual e em grupo

A primeira forma de intervenção que existiu foi a psicanálise, mas logo surgiram outras formas de fazer e pensar, tais como, a psicoterapia centrada no paciente e as terapias cognitivo comportamental. Assim, independentemente de serem terapias individuais ou em grupo estas são caracterizadas por ideias teóricas sobre a mente, comportamento, relações sociais do individuo e formas de as modificar (Peräkylä, Antaki, Vehviläinen, Leudar, 2008).

As intervenções são principalmente praticadas individualmente, mas vários estudos demonstram eficácia em grupo, visto que, esta proporciona melhorias significativas ao nível intrapsíquico, interpessoal e comportamental (Price, Hescheles, Price, 1999).

No serviço de MFR a intervenção individual e em grupo é praticada. Em funcionamento encontram-se o grupo dos pacientes com patologia cardíaca e o grupo dos pacientes com IU. Ao nível individual tive a oportunidade de aplicar um protocolo de intervenção cognitivo comportamental para a perturbação de pânico e agorafobia.

Incontinência Urinária

Segundo a Sociedade Portuguesa de Urologia (2015), a IU é caracterizada como queixa de qualquer perda involuntária de urina. Esta condiciona a vida do paciente ao nível físico, social e psicológico.

Ao nível psicológico afeta a autoestima, condiciona a vida do doente a nível familiar, laboral e pessoal, pode afetar a relação conjugal, uma vez que a intimidade do casal é prejudicada (Sociedade Portuguesa de Urologia, 2015).

Neste sentido, e porque se tem verificado que o relaxamento e gestão de stress vai ajudar no processo de RPP foi pedida a colaboração da psicologia (Stein, 2009).
Como pretendíamos uniformizar os dados para futuros estudos, construí um guia (Anexo 1) que objetivasse a recolha de informações sobre as pacientes. Este foi realizado tendo em conta os fatores de risco para IU e aspetos mais relacionados para a psicologia.

Assim, a primeira consulta era conduzida tendo por base este guia e eram informadas sobre as sessões de psicoeducação.

Na segunda consulta era pedido às pacientes que realizassem alguns testes, tais como: Índice Internacional de Função Eréctil, Índice de Funcionamento Sexual Feminino, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Pittsburgh Sleep Quality Index e a Escala de Auto Apreciação Pessoal.

Posteriormente, iniciamos as sessões de psicoeducação. Foram delineadas doze sessões, com periodicidade quinzenal e com uma duração de 90 minutos.

As sessões iniciaram-se com a abordagem da problemática (Anexo 2) e esclarecimento de dúvidas sobre a mesma, abordagem da respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo (Anexo 3), treino e exercícios foram realizados durante três sessões, sexualidade na mulher (Anexo 4), o sono na mulher (Anexo 5), gestão de ansiedade (Anexo 6), gestão de stress (Anexo 7), gestão do tempo (Anexo 8), relações interpessoais (Anexo 9) e foi convidada uma nutricionista.

Assim, o objetivo do grupo é ajudar o doente na compreensão da sua problemática e co morbidades associadas, proporcionar a partilha de estratégias de forma a promover mudanças nos comportamentos dos participantes.

**Perturbação de Pânico e Agorafobia**

A Perturbação de Pânico caracteriza-se pela presença de ataques repentinos de ansiedade, seguidos de sintomas físicos e afetivos, medo de sofrer um novo ataque e evitação de eventos ou situações em que os ataques ocorram (DSM –IV-TR, 2002).
Relatório de estágio clínico

A terapia cognitivo comportamental para esta perturbação é uma alternativa que possui boa resposta a curto e longo prazo dos sintomas de pânico (Gould, Otto, Pollack, 2005).

Assim, a intervenção decorreu ao longo de doze sessões sendo que, a primeira tinha como objetivos descrever o medo e a ansiedade, ajudar o paciente a entender as influências clínicas entre respostas comportamentais, fisiológicas e cognitivas e auxiliar no entendimento dos sintomas de pânico.

Na segunda sessão desenvolvemos uma hierarquia de situações agorafóbicas e realizamos treino da respiração diafragmática e reestruturação cognitiva. Na sessão seguinte continuou-se o treino da respiração e continuamos a reestruturação cognitiva ativa. A quarta sessão focou-se em revisar as anteriores e começar a exposição in vivo ao primeiro item da hierarquia.

As seguintes sessões tiveram sempre como objetivo revisar a prática da exposição in vivo e formular as próximas tarefas de exposição. Nas últimas sessões revimos os exercícios de exposição in vivo, situações agorafóbicas temidas e evitadas.

Para finalizar esta intervenção mais estruturada revisamos os princípios e habilidades e dar à paciente um modelo de técnicas de enfrentamento para potenciais situações de risco no futuro.

Salienta-se que ao longo das sessões foi elaborado um esquema para registo das situações de pânico e registo diário do humor (Anexo 10). A paciente realizou a tarefa (Anexo 11), mas posteriormente decidiu optar pelo bloco de notas onde escrevia todos os dias.

Avaliação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica fornece informações sobre a natureza e extensão da disfunção cognitiva que ocorre na sequência de diversas doenças neurológicas, neurocirurgia e algumas condições psiquiátricas (Rajeswaran 2013).

Assim, cada bateria é composta por vários subtestes que avaliam habilidades como, por exemplo, compreensão, aritmética, vocabulário, pensamento abstrato,
resolução de problemas, no entanto, existem testes separados para habilidades como, por exemplo memória (Ogden, 2012).

Para além dos aspetos do funcionamento neuropsicológico a apreciação deve incluir avaliação de stress, ansiedade, análise de comportamentos, funcionamento social e qualidade de vida. Verificando-se estes fatores os resultados vão permitir um melhor prognóstico, mas também ajudar no desenvolvimento de metas específicas para a reabilitação (Rajeswaran, 2013).

Esta avaliação vai permitir conhecer aspetos funcionais ou não do paciente para trabalhar, ir à escola, conduzir um veículo, viver de forma independente, se é capaz de gerir os seus bens/ finanças, se é capaz de fazer julgamentos apropriados, se funciona em casa e na comunidade, conhecer o grau funcional do paciente em relação às suas queixas, a probabilidade de melhoria dos défices, o tratamento do doente e as necessidades de reabilitação (Sbordone et al., 2007).

No entanto, para além dos testes o neuropsicólogo tem em consideração as informações obtidas através de outros significativos e os registos profissionais, médicos e psiquiátricos para determinar o nível pré-mórbido de funcionamento do paciente (Sbordone et al., 2007).

Para conseguir realizar uma avaliação válida e útil o neuropsicólogo precisa ser um psicólogo clínico. Necessita construir um bom relacionamento para responder às angústias e emoções do paciente sobre o desempenho e a sua situação durante a avaliação (Ogden, 2012).

Além de ferramenta de diagnóstico os resultados da avaliação desempenham um papel vital no planeamento da reabilitação neuropsicológica. Assim, o objetivo da reabilitação cognitiva é intervir na disfunção (Rajeswaran 2013).

Os seguintes instrumentos foram os que utilizei para a realização das avaliações neuropsicológicas solicitadas. Estes foram aplicados tendo por base as queixas do paciente e objetivando-se o trabalho a realizar na reabilitação.

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) que foi concebido como um instrumento breve de avaliação do Défice Cognitivo Ligeiro. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos, tais como atenção e concentração, funções executivas,
memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação. A pontuação máxima possível é 30 pontos sendo que, uma pontuação total igual ou superior a 26 é considerada normal (Feitas, Simões, Martins, Vilar, Santana, 2010).

Inco Frontal Screening (IFS) é um teste breve de avaliação dos défices executivos em contexto de demência. O IFS é constituído por oito sub-provas ( teste de programação motora, instruções confusas, go-no-go, digit span inverso, memória de trabalho verbal, memória de trabalho espacial, capacidade de abstração e controlo inibitório verbal) organizadas em três grupos: inibição e alternância de resposta, capacidade de abstração, memória de trabalho. A pontuação varia entre 0 e 30 pontos e o ponto de corte para a população portuguesa situa-se nos 19 pontos (Caldeira, Baeta, Peixoto, 2011).

Figura complexa de Rey foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a capacidade de organização perceptivo-motora, da atenção visual e memória visual imediata. É frequentemente utilizada pela neuropsicologia para avaliação da existência de afecções cerebrais em adultos. A cotação dos resultados passa por três aspetos principais, ou seja, cotação do tempo de cópia e memória, cotação do processo de cópia e de reprodução de memória e cotação da riqueza e exatidão da reprodução por cópia e de memória. Os resultados brutos são convertidos em percentis através das tabelas constantes no manual para cada tipo de cotação, tendo em conta a idade cronológica do sujeito e a pontuação obtida pelo mesmo (Rey, 1988).

Escala de memória de Wechsler (WMS III) foi desenvolvida e aferida para a população portuguesa com o objetivo de avaliar o funcionamento intelectual e memória. É um instrumento clínico de administração individual para adolescentes e adultos. Esta prova é constituída por onze subtestes, seis dos quais são provas principais e cinco complementares. O instrumento permite o registo e cotação das respostas dos sujeitos, obtenção dos resultados brutos e respetiva conversão em índices e resultados compósitos (Wechsler, 2008).

Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS III) permite recolher num espaço de tempo relativamente curto, uma grande quantidade de informação sobre os pontos fortes e fracos do funcionamento intelectual de um indivíduo. É uma escala aferida para a população portuguesa e pode ser aplicada a indivíduos com idades
compreendidas entre os 16 e os 90 anos. Esta escala contém um total de 14 subtestes sendo que, através da sua aplicação podemos aferir mais sobre o funcionamento do paciente (Wechsler, 2008).

Programa integrado de exploración neuropsicológica “Test Barcelona” tem como objetivo a exploração das atividades mentais superiores. Esta bateria é constituída por 42 subtestes, tendo estes uma pontuação específica. Esta bateria ainda não está aferida para a população portuguesa, mas através do desempenho do paciente podemos aferir mais informações sobre o seu funcionamento cognitivo (Peña Casanova, 1991). Esta bateria não foi aplicada na totalidade a pacientes, apenas alguns subtestes que fossem de encontro aos défices verificados.

Algumas das avaliações que decorriam incluíam a Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências (BLAD), para avaliação do estado mental. Esta é composta por várias subprovas e que visam avaliar atenção, iniciativa, linguagem, memória, orientação, habilidade construtiva, funções executivas (Guerreiro, 1998).

No quadro 1 são apresentados alguns casos que acompanhei durante o decorrer do estágio. Em alguns destes casos além da avaliação neuropsicológica realizei a entrevista clínica e ainda reabilitação neuropsicológica.

Assim, para os três primeiros pacientes porque tinham um diagnóstico de um quadro difuso e porque os tratamentos para carcinoma da tireóide podem efetivamente refletir no desempenho cognitivo foi delineada uma avaliação com o MoCA, IFS, Figura Complexa de Rey, WMS III e WAIS III, ou seja, que abarcasse um maior número de domínios. É de salientar que não foram aplicadas todas as provas da WMS III e WAIS III apenas, se utilizaram as necessárias para uma melhor compreensão do perfil cognitivo do paciente.

Houve ainda que especificar alguns aspetos que seriam relevantes conhecer relativamente às sequelas da patologia do paciente e por isso recorri ao teste Barcelona que abrange vários domínios cognitivos importantes.

O trabalho com os dois últimos pacientes foi breve pois, o Sr. Joaquim já havia iniciado a avaliação com a minha orientadora sendo que, segui a sua proposta (BLAD) e o Sr. Domingos acabou por ser avaliado pela psicóloga de outro serviço, no entanto,
Relatório de estágio clínico

Quando da primeira consulta foi aplicado o MoCa que me levou a pensar sobre possíveis testes para avaliar linguagem, por exemplo.

Quadro 1 - Quadro síntese de alguns casos clínicos seguidos no âmbito da avaliação neuropsicológica

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nome</th>
<th>Idade</th>
<th>Problemática</th>
<th>Atuação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Armindo</td>
<td>41 anos</td>
<td>Traumatismo crânio encefálico</td>
<td>Avaliação neuropsicológica e estimulação cognitiva</td>
</tr>
<tr>
<td>Joaquina</td>
<td>35 anos</td>
<td>Carcinoma da tireóide</td>
<td>Avaliação neuropsicológica</td>
</tr>
<tr>
<td>Manuela</td>
<td>50 anos</td>
<td>Síndrome depressivo recorrente</td>
<td>Avaliação neuropsicológica e estimulação cognitiva</td>
</tr>
<tr>
<td>Joaquim</td>
<td>47 anos</td>
<td>Traumatismo crânio encefálico</td>
<td>Avaliação neuropsicológica e estimulação cognitiva</td>
</tr>
<tr>
<td>Domingos</td>
<td>71 anos</td>
<td>Enfarte isquémico</td>
<td>Avaliação neuropsicológica</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Reabilitação neuropsicológica

A reabilitação neuropsicológica preocupa-se com a melhoria dos défices, sociais, emocionais e cognitivos causados por uma lesão cerebral. Assim, a reabilitação neuropsicológica vai permitir que a pessoa com deficiência consiga atingir um nível ótimo de bem-estar, para reduzir o impacto dos seus problemas na vida diária e ajudar o paciente a voltar aos seus ambientes de forma adequada (Wilson, 2005).

O curso da intervenção é decidida com base no diagnóstico do paciente mas, também da idade, funcionamento pré-morbidio, educação. No entanto, não devem ser esquecidas as ramificações comportamentais, sociais e emocionais da disfunção na vida do paciente, bem como na vida daqueles que interagem com ele (Rajeswaran 2013).

Assim, no que concerne ao tratamento e reabilitação o funcionamento cognitivo pode melhorar com a reabilitação cognitiva pois, esta irá maximizar a capacidade do paciente para funcionar mais efetivamente no seu meio ambiente (Sbordone et al., 2007).
São visadas técnicas de modificação do comportamento, utilizado inclusive com pacientes com lesões cerebrais graves. Esta abordagem no pós-agudo de recuperação pode reduzir a frequência e gravidade dos comportamentos sociais disruptivos, melhorar a motivação e habilidades sociais (Sbordone et al., 2007).

A intervenção com pacientes que sofreram lesão cerebral mais leve é bastante eficaz e por isso, poderá ser algo a considerar, no entanto, com pacientes que sofreram lesões mais graves pode ser ineficaz, visto que, habilidades de resolução de problemas, memória são gravemente atingidas (Sbordone et al., 2007).

No entanto, o neuropsicólogo em todo o processo deve estar atento ao conjunto de sentimentos e problemas do paciente tais como, dificuldades interpessoais como a perda de amigos, dificuldades conjugais ou divórcio (Sbordone et al., 2007).

Os familiares ou quem acompanha o paciente devem ser tidos em conta, pois os sintomas que normalmente os pacientes apresentam (labilidadade emocional, irritabilidade, alterações na libido, baixa tolerância à frustração, impaciência, humor muito variável, iniciativa diminuída, motivação reduzida, egocentrismo patológico e dependência) criam stress psicológico nos cuidadores (Sbordone et al., 2007).

Neste sentido, o neuropsicólogo deve, particularizar a capacidade do indivíduo para detetar e monitorizar sinais ambientais e estímulos, reconhecer os défices comportamentais e cognitivos, a comunicação com os outros que o rodeiam, aprendizagem e retenção de informações, a realização de atividades em casa e na comunidade, manter relações com os outros ou fazer novos amigos, interação com os outros em ambientes sociais ou trabalho, a situação profissional, o alcance de objetivos acadêmicos ou profissionais específicos, a condução, o viver de forma independente e o lidar do paciente com a sua família (Sbordone et al., 2007).

A reabilitação neuropsicológica no local de estágio é praticada quase exclusivamente quando existe um pedido específico de reabilitação ou quando é solicitada a avaliação neuropsicológica e verificamos que seria benéfico para o paciente.

Recentemente criamos alguns exercícios para estimulação de diferentes funções cognitivas e que são distribuídos por alguns pacientes internados e que se mostraram interessados na sua realização.
A pertinência desta implementação prende-se com o fato da psicologia só estar presente no internamento de MFR uma vez por semana e existir a necessidade por parte dos doentes em se manter ativos e terem consciência dos seus défices.

No quadro que se segue apresento alguns dos pacientes com os quais realizei a avaliação neuropsicológica e a qual revelou resultados favoráveis a uma possível estimulação cognitiva das várias funções para melhoria dos seus défices. No entanto, os pacientes devido á sua condição atual não se mostraram muito motivados para a reabilitação neuropsicológica acabando por desistir.

**Quadro 2- quadro síntese de casos clínicos que beneficiaram de reabilitação neuropsicológica**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nome</th>
<th>Idade</th>
<th>Problemática</th>
<th>Número de sessões</th>
<th>Atuação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Armando</td>
<td>41 anos</td>
<td>Traumatismo encefálico crânio</td>
<td>2 sessões</td>
<td>Estimulação cognitiva</td>
</tr>
<tr>
<td>Manuela</td>
<td>50 anos</td>
<td>Síndrome depressivo recorrente</td>
<td>10 sessões</td>
<td>Estimulação cognitiva</td>
</tr>
<tr>
<td>Joaquim</td>
<td>47 anos</td>
<td>Traumatismo encefálico crânio Depressão</td>
<td>1 sessão</td>
<td>Estimulação cognitiva</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Investigação clínica**

Aquando o início do estágio fui convidada a fazer parte das linhas de investigação que decorriam no serviço e outras que poderia começar a desenvolver. Assim, já decorria uma investigação com doentes cardíacos e foi apresentada a hipótese de desenvolver um projeto que visasse a temática da IU, SDO ou amputação.

No seguimento do trabalho que já estava a ser desenvolvido com a RC foi inserido em base de dados os 145 indivíduos selecionados para as sessões psicoeducativas.
RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Posteriormente foi decidido avançar para a publicação na revista portuguesa de cardiologia de um artigo que analisa-se a influência do suporte social nos níveis de depressão e ansiedade em doentes referenciados para intervenção psicossocial no contexto do PRC após Síndrome Coronária Aguda (SCA). Este trabalho ainda não foi concluído.

Como foi solicitada a psicologia para integrar PRPP tivemos a oportunidade de começar o estudo já antes mencionado com pacientes com IU e delinear o protocolo para a SDO.

Assim, ao grupo de IU foi aplicado o protocolo delineado e encontramos-nos em fase de construção de base de dados para futuros estudos. No que concerne à SDO objetivava-se a rápida aplicação do protocolo para ainda este ano conseguir apresentar-se dados relacionados com esta patologia.

Atividades de Orientação

No decorrer do estágio foi pedido que realiza-se algumas apresentações para os pacientes quer em grupo (Anexo 12), quer para pacientes e respetivos familiares/cuidadores para esclarecimento de dúvidas sobre o diagnóstico (Anexo 13).

Ao longo do estágio foi solicitada a minha ajuda para preparar três comunicações a apresentar em contextos e a públicos diferentes. Na primeira a temática era o sono na adolescência (Anexo 14). Foi apresentada numa escola básica e o público alvo era pais, professores e alunos. A segunda abordava a avaliação cognitiva no idoso (Anexo 15) e foi proposta pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM). A última foi no âmbito da 1 semana da saúde em Baião e visávamos mostrar o papel do psicólogo/neuropsicólogo no Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Anexo 16).

Aquando o Congresso Nacional de Psiquiatria foi-me proposto realizar e submeter os resumos dos trabalhos anteriormente referidos, bem como, o que já havíamos intitulado de suporte social e o status psicossocial em doentes integrados num PRC (Anexo 17). Recebemos uma resposta favorável ao resumo do papel do psicólogo/neuropsicólogo no Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Anexo 18).
RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

O trabalho que desenvolvemos intitulado de suporte social e o status psicossocial em doentes integrados num PRC está a ser finalizado para submissão à revista portuguesa de cardiologia. Neste sentido, e como integramos nas nossas avaliações outras co morbidades associadas à patologia cardíaca pretendemos continuar as investigações.

Com a intervenção psicoeducativa, em grupo, integrada num PRPP e tentando ir de encontro às necessidades das participantes do grupo foram criadas todas as apresentações das sessões.

Atividades de supervisão

As reuniões de supervisão foram dirigidas pelo Professor Doutor Bruno Peixoto, inicialmente tinham uma frequência semanal e foram em grupo e a um dado momento começaram a ser individuais.

Numa primeira fase o trabalho realizado no âmbito da supervisão incidiu sobre um guia de anamnese (Anexo 19) e verificação da sua aplicabilidade na prática. Este foi bastante útil para recolha da história clínica de forma o mais completa possível.

Posteriormente foi proposto a apresentação ao grupo do teste Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Anexo 20). Neste sentido, foram abordados aspetos, tais como, desenvolvimento do teste, versão portuguesa (processo de adaptação) características psicométricas da prova nomeadamente sensibilidade para Demências, Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) e outros domínios. No entanto, todos os outros elementos que constituíam o grupo apresentaram outros testes neuropsicológicos, o que permitiu maior conhecimento e esclarecimento de provas.

No que concerne às reuniões individuais estas possibilitaram esclarecer dúvidas, trocar opiniões e conhecimentos sobre as avaliações, correções e conclusões das mesmas para a possível intervenção com o paciente. Estas reuniões proporcionavam também a partilha de ideias sobre as atividades que me eram solicitadas.
Apresentação do Caso clínico

Caso Maria Silva

Identificação geral

Maria Silva (nome fictício) é do sexo feminino, caucasiana, de nacionalidade portuguesa e reside numa cidade próxima do Porto. Nasceu a 19 de Dezembro de 1963 e quando da primeira consulta tem 50 anos 4 meses e 3 dias. É casada há 30 anos com Manuel (nome fictício) que trabalha como jardineiro. Têm uma filha com 28 anos que trabalha com educadora de infância e que recentemente deixou a casa dos pais para ir viver com o namorado. Maria trabalhava numa Câmara Municipal como funcionária de limpeza, mas atualmente encontra-se de baixa médica (6 meses) devido a um problema no ombro. Abandonou os estudos quando completou o 4º ano e é dextra.

Motivo/ Pedido da Consulta

Maria Silva chegou à consulta de psicologia clínica no serviço de MFR no dia 8 de Abril de 2014. Esta foi encaminhada pela médica psiquiatra que a segue em consulta de psiquiatria de adultos por Perturbação Depressiva Recorrente. Solicitava no seu pedido uma avaliação neurocognitiva devido a queixas mnésicas inespecíficas, que segundo a paciente têm impacto no seu dia-a-dia.

O motivo apresentado foi congruente com o da paciente que referiu muitos esquecimentos, tais como “procurar algo que está na minha mão” (SIC) ou “ir à dispensa buscar arroz e quando lá chego já não sei o queria” (SIC). Referiu ainda que os esquecimentos tiveram início com o quadro depressivo e tem agravado.

A paciente compareceu nas consultas sozinha apenas em uma das sessões de reabilitação a paciente se fez acompanhar por um dos irmãos. Este corroborou pelas queixas da paciente e preocupou-se em questionar sobre a possibilidade de ser doença de Alzheimer, visto que, a esta doença se associam os esquecimentos.
História pessoal

Maria Silva refere não saber muito sobre a sua infância. No entanto, nasceu de parto normal, não recorda complicações de saúde significativas nem por menores do seu desenvolvimento.

Frequentou a escola até ao 4º ano mencionando que “não gostava da escola, inclusive tive alguns problemas com os professores” (SIC). Quando saiu da escola foi trabalhar na agricultura e ajudar os pais com os irmãos.

Maria Silva é a terceira filha de uma fratria de dez que viviam numa aldeia na região do Douro. O pai faleceu há dois anos com cancro na próstata e para a paciente o fato de não ter estado mais tempo ao lado dele é motivo de profunda tristeza. Atualmente a mãe tem 79 anos e está a residir num lar. Neste tem criado alguns problemas pois, foge do lar, esconde o dinheiro e depois pensa que o roubaram e tem pressionado os filhos para que a levem para casa. Assim a relação com o pai é descrita como tendo sido muito boa e com a mãe esta relação é bastante conflituosa, no entanto, a paciente refere que vai estar presente para prestar o auxílio no que ela precisar.

A relação com os irmãos é complicada referindo que estão divididos em dois grupos. Ela e cinco dos irmãos estão mais juntos, mas os restantes quatro não se falam pois, após a morte do pai acusaram-na de roubo e encetaram inclusive um processo judicial contra a paciente.

Aos 21 anos casou sendo que, antes do casamento tinha algumas divergências com a mãe pois, segundo a paciente a liberdade que tinha era pouca incluindo para sair com as amigas ou namorar. No entanto, Maria decidiu casar com Manuel e o casamento dura há 30 anos.

Pouco tempo após o casamento e como queria muito ser mãe nasceu a única filha do casal. Nesta fase ficou a viver quase um ano sozinha com a filha na aldeia e posteriormente veio viver para o Porto para perto do marido.

Neste sentido, a paciente refere “fiz sofrer muito a minha família por causa da depressão” (SIC). A relação com o marido é bastante conflituosa pois, este mantém hábitos alcoólicos frequentes que provocam agravamento do quadro clínico da paciente. Com a filha esta relação é muito boa.
Relatório de estágio clínico

Refere ter gostado muito da vinda para o Porto, onde começou a trabalhar na limpeza de casas particulares, sendo que, depois foi para a Câmara Municipal, onde permanece até hoje.

No trabalho sempre manteve boas relações com os outros colegas, no entanto, salienta que pouco antes da baixa médica colocaram a trabalhar consigo um colega e isso não deixou a paciente numa situação confortável.

História clínica/ problemática atual

Quando a consulta do processo clínico informatizado verifiquei que a 18 de julho de 2011 é descrito pela primeira vez e pela médica psiquiatra que a paciente refere queixas mnésicas "estou bloqueada" (SIC).

Subsequentemente a esta data vários são os registos deste tipo de queixas por parte da paciente até que é formulado o pedido da psicologia para avaliação neuropsicológica. No entanto, é de salientar que episódios de ansiedade, má qualidade de sono são referidos ao longo dos registos das consultas realizadas pela médica psiquiátrica.

Quando questionada sobre o início dos sintomas depressivos a paciente não conseguiu precisar “mais depois do casamento” (SIC). Refere que há menos de vinte anos foi internada um mês em hospital de dia pois, “perdia a noção, não sabia o que fazia” (SIC), mas já anteriormente se sentia assim.

Não tive acesso a informações anteriores a 2008. No entanto, seria importante visto que, a paciente teve muita dificuldade em definir temporalmente quando ocorreram os fatos.

Medicação psiquiátrica atual é trazodona, diazepam, citalopam e acutil. Referiu outras doenças tais como, asma, colesterol, diabetes e o problema no ombro direito que, a levou à baixa médica. No entanto, foi solicitado que trouxesse posteriormente, mas acabou por se esquecer.

Relativamente aos antecedentes familiares destaca que uma das irmãs tem depressão e a mãe que nunca foi avaliada por profissionais de saúde ou teve algum tipo
de intervenção, mas que sempre teve sintomas parecidos com os seus. É de salientar problemas de coração dos pais e ainda o cancro da próstata do pai.

**Queixas ou dificuldades**

A paciente revela consciência ou compreensão do seu estado (insight). Refere que as suas maiores dificuldades são em recordar as consultas se não estiverem visíveis e escritas, perder-se em locais conhecidos, não recordar o que jantou no dia anterior, esquecer determinadas conversas e mesmo quando recordadas por terceiros não se recordar.

Assim, através dos exemplos dados pela paciente, consegui prender que as suas queixas prendem-se com dificuldade de planeamento e organização de uma tarefa, dificuldades em adaptar-se à mudança de tarefas, dificuldades de aprendizagem e memória, dificuldades de concentração essencialmente quando existem problemas familiares, dificuldades na expressão das suas ideias e lentificação da velocidade de processamento.

O impacto destas dificuldades revelam-se mais ao nível familiar, pois não está a trabalhar, no entanto, a paciente refere que para compensar estas dificuldades utiliza um bloco para escrever o que precisa fazer e como se organizar quando são muitas as atividades a realizar.

Nos registos da médica psiquiatra são salientadas queixas sobre a qualidade do seu sono, mas quando questionada disse que agora era boa. Devido ao seu problema no ombro direito diz ter muitas dores que a deixam incapacitada. Referiu que há três anos atrás teve uma diminuição de peso sem causa aparente, mas atualmente tem mantido uma alimentação saudável e já tem o peso adequado.

As alterações comportamentais que se evidenciam são o isolamento “sou grande fã da solidão” (SIC), flutuações de humor congruentes com a situação vivencial e irritabilidade e até mesmo agressividade em situações de maior ansiedade e cansaço.
Processo de avaliação neuropsicológica

O processo de avaliação neuropsicológica é usado para determinar se os resultados evidenciam competências cognitivas, comportamentais e emocionais, conhecer o grau funcional do paciente e as necessidades de reabilitação.

Assim, deve ser tido em conta uma boa recolha de dados objetivando-se encontrar um conjunto de testes que vão de encontro com queixas e dificuldades do paciente e que permitam apoiar o planeamento do processo de reabilitação.

No âmbito do pedido formulado a avaliação decorreu em duas consultas, com duração aproximada de 45 a 50 minutos. Tentei que a marcação das consultas fosse semanal, mas o espaçamento entre a primeira e segunda consulta acabou por ser maior, ou seja, mais uma semana. Assim, a avaliação teve início a 8 de Abril e terminou a 22 de Abril de 2014.

No dia 8 de Abril de 2014 aconteceu o meu primeiro contacto com Maria. Acompanhei a minha orientadora até à sala de espera onde Maria estava sentada. Quando a chamamos ela dirigiu-se até nós e foi encaminhada para o gabinete. A paciente vinha sozinha, tinha uma aparência cuidada, cansada e salientava-se o seu humor deprimido.

Após chegarmos ao gabinete, apresentamo-nos e a paciente sentou-se confortavelmente. A minha orientadora abandonou o gabinete e eu fiquei sozinha com Maria que estava muito ansiosa e isso refletia-se no seu discurso. Neste sentido, procurei acalmar-la tentando proporcionar um ambiente acolhedor e estabelecer uma relação empatia e de confiança, objetivando promover o seu envolvimento neste processo.

Entretanto, comecei por explicar que aquele primeiro momento seria para me inteirar da sua problemática e conhece-la um pouco melhor e dei início à entrevista de recolha de dados. Com o avançar da entrevista o estado ansioso da paciente foi diminuindo.

Para finalizar esta primeira consulta e depois de explicar o motivo do encaminhamento segundo a médica psiquiátrica, informei que iríamos proceder à
avaliação neuropsicológica para compreender em que medida, o seu estado depressivo poderia afetar o seu funcionamento cerebral.

A pesar de já passar um pouco dos 50 minutos estipulados para a consulta decidi aplicar o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) no qual a paciente obteve uma pontuação de 13 em 30 que indica um défice cognitivo significativo. Verificou-se dificuldades visuo espaciais/ executivas, na atenção, linguagem (fluência verbal), na abstração, evocação diferida, sendo que só conseguiu com pistas de escolha múltipla a maioria das palavras a recordar e na orientação não foi capaz de referir o dia e o mês do ano.

Através desta primeira consulta pude perceber que a paciente é capaz de relatar os momentos fundamentais da sua vida, mas tem dificuldade em especificar no tempo quando aconteceram. Capacidade discursiva lógica e coerente, sem alterações na linguagem. Na avaliação mostrou-se muito atenta e concentrada no que lhe era pedido tentando realizar o que era pedido, no entanto, referiu muitas vezes “isto não está bem, mas não sei como fazer ou como começar” (SIC).

A segunda consulta de avaliação decorreu a 22 de Abril de 2014. Nesta consulta a paciente apresentou-se sozinha, aparência cuidada, mas mantinha um humor deprimido bastante saliente.

Nesta consulta a paciente mostrou-se menos ansiosa, mas revelou que tem muitas dores no ombro apesar de já estar a ser medicada. Aconselhei a se necessário recorrer ao serviço de urgência. Referiu que a relação com o marido tem andado tranquila e que tem mantido contacto diário com a filha “ela preocupa-se muito comigo” (SIC). No entanto, foi ao lar onde esta a mãe e a sogra. Esta pediu ao marido para tratar de umas questões financeiras. A paciente refere que esta a situação a fez recordar a sua, após a morte do pai, e tem medo de voltar a ser intimada para prestar declarações.

É de salientar que foi verificado se a paciente revelava orientação autopsíquica e alopsíquica, visto que, os dados relativos à orientação no MoCA poderiam ter sido influenciados pelo seu estado mais ansioso aquando a avaliação.

Posteriormente voltamos à avaliação e começamos pela Escala de memória de Wechsler (WMS – III) subteste memória lógica I e pares de palavras I. Visto que, pretendia aplicar memória lógica e pares de palavras II apliquei entre as provas o Ineco
Frontal Screening (IFS) e a Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS III) subteste código e pesquisa de símbolos. Seguidamente voltei à WMS III para a aplicação dos subtestes memória logica II e pares de palavras II e para finalizar apliquei a figura complexa de Rey.

Durante a avaliação a paciente mostrou-se cooperante, empenhada e atenta nas tarefas propostas. Consegui realizar todas sem revelar cansaço, mas eram evidentes sinais de irritabilidade e frustração aquando não conseguia realizar os exercícios da forma que ela pensava ser a correta.

**Reflexão do caso**

A depressão pode ser uma emoção normal a uma perda, deceção ou fracasso mas, também uma doença, destrutivas para as famílias, para as carreiras profissionais e os relacionamentos (Klein & Wender, 2005).

A depressão pode variar em termos de gravidade dos sintomas, a sua duração e frequência. Assim, os indivíduos podem ter depressão leve, moderada ou grave e podem ter um episódio ou muitos episódios (Gilbert, 2007).

Esta pode ser um problema principal ou primário, mas também pode estar associada a outras perturbações importantes, tais como a ansiedade social, perturbações alimentares, uso de drogas e esquizofrenia. Pode ser desencadeada por eventos de vida (por exemplo, a depressão pode acompanhar o parto ou a perda de um relacionamento), e eventos de vida também podem estar envolvidos na recuperação (Gilbert, 2007).

O início da depressão pode ser agudo (dentro de dias ou semanas) ou gradual (ao longo de meses ou anos). A depressão pode ser crônica (por exemplo, com duração de mais de dois anos) ou de curta duração (de recuperação chegando em semanas ou meses). Algumas depressões também mostram padrões cíclicos (Gilbert, 2007).

Segundo a CID-10 existem os diferentes tipos de depressão: Perturbação Bipolar: episódio atual de maníaco, hipomaníaco, deprimido ou misto. Episódio Depressivo: leve, (a) sem sintomas somáticos, (b) com sintomas somáticos; moderada, (a) sem sintomas somáticos, (b) com sintomas somáticos; grave, (a) sem sintomas psicóticos, (B), com sintomas psicóticos. Os sintomas psicóticos podem ser divididos
em humor congruente (por exemplo, delírios de pobreza ou culpa) e de humor delírios incongruentes (por exemplo paranóico). Perturbação Depressivo Recorrente: episódio atual de transtorno depressivo. Desordem afetiva persistente: (a) ciclotimia, (b) a distimia. Outras (perturbações afetivas): especificado / não especificada.

Assim, a perturbação depressiva recorrente é caracterizada pela ocorrência repetida de episódios depressivos, correspondentes à descrição de um episódio depressivo, na ausência de episódios independentes de exalação de humor e de aumento de energia (mania). A perturbação pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves desta perturbação apresenta numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insínciso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar.

A depressão afeta de diferentes formas e os sintomas estão distribuídos ao longo de diferentes aspetos do funcionamento. Assim, estes compreendem: motivação, emoção, comportamento, biologia e cognição (Gilbert, 2007).

No que concerne à motivação, a pessoa com depressão fica apática, perde a energia e interesse. As coisas parecem sem sentido e o futuro sem esperança (Gilbert, 2007).

Emocionalmente, a capacidade para emoções positivas é reduzida e a pessoa com depressão moderada a grave pode sentir anedonia. Os deprimidos podem referir sentimento de vazio. Os sentimentos negativos de raiva ou ressentimento, ansiedade, vergonha, inveja e culpa podem ser mais visíveis (Gilbert, 2007).

Ao nível do comportamento o deprimido cessa comportamentos que tenham sido agradáveis ou prazerosos no passado. Podem evitar as atividades sociais como sair ou
encontrar-se com amigos. Nas formas mais graves da doença as pessoas podem sofrer de agitação psicomotora e inquietação (Gilbert, 2007).

Biologicamente as pessoas deprimidas costumam apresentar problema em dormir, acordar muito cedo ou dormir muito levemente. Podem perder o apetite e interesse em atividades sexuais. Há muitas mudanças fisiológicas e nos neurotransmissores importantes tais como, a serotonina e noradrenalina na depressão (Gilbert, 2007).

Relativamente à cognição esta pode deteriorar-se e a pessoa pode ter problemas em manter a atenção e concentração. A memória pode ser afetada e, por vezes, a tal ponto que a pessoa pensa estar a desenvolver uma demência. O foco dos pensamentos e reflexões tornar-se negativo, com ideias negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro (Gilbert, 2007).

Desde que Aaron Beck propôs o seu modelo cognitivo da depressão, os elementos deste modelo, atenção, processamento, pensamentos e ruminação, memória, atitudes disfuncionais e esquemas têm sido associada com o aparecimento e manutenção da depressão. Embora os mecanismos subjacentes a cada elemento difiram, em geral, o viés cognitivos negativos na depressão é facilitadas pelo aumento da influência de regiões subcorticais de processamento de emoções combinados com atenuado controle cognitivo (Disner, Beevers, Haigh, Beck, 2011).

Três mecanismos têm sido envolvidos na relação entre o processamento cognitivo e tendenciosa desregulação de emoção na depressão: processos inibitórios e os deficit na memória de trabalho, as respostas ruminativas para os estados de humor negativos e eventos negativos da vida, e da incapacidade de usar estímulos positivos e gratificantes para regular humor negativo (Gotlib, Joormann, 2010).

Assim, conclui-se que a depressão é caracterizada pelo aumento da elaboração de informações negativas, por dificuldades de desapegar-se de material de negativo, e por défices de controle cognitivo durante o processamento de informações negativas (Gotlib, Joormann, 2010).

No que concerne ao comprometimento cognitivo pacientes com depressão major apresentam mais comprometimento cognitivo no que concerne à atenção, velocidade visuomotora, memória verbal imediata, capacidade de retenção a longo prazo e funções
executivas (planeamento, atenção e memória de trabalho). Provavelmente poderá ser devido à rutura do dorso-lateral do córtex pré-frontal e redes orbito-frontal em pacientes com depressão maior (Mondal, Sharma, Goswami, Gandhi, 2007).

As áreas frontais e seus principais circuitos tem sido ressaltados em estudo neuroanatômico e neuropsicologic. O estudo neuropsicológico das perturbações afetivas tem mostrado disfunções importantes nas fases críticas e no paciente assintomático. Salientam-se aspectos atentivos, mnésicos e funcionamento executivo (Rozenthal, Laks, Engelhardt, 2004).

Como podemos verificar a depressão afeta de diferentes formas. Desde a motivação, emoção, comportamento e cognição foi verificado ao longo das consultas com a paciente.

Características como a perda de energia, interesse, o evitar atividades sociais, desesperança no futuro foram possíveis de ver na paciente. Assim, o objetivo passou por trabalhar todos estes aspectos conseguindo estratégias para tal.

Ao nível do perfil neurocognitivo esta patologia pode deteriorar e a pessoa pode ter problemas em manter a atenção e concentração, memória pode ser afetada, desta forma, os dados recolhidos vão de encontro com os dados recolhidos através da avaliação da paciente.

Apesar de não existirem outros meios complementares de diagnóstico no processo da paciente provavelmente este poderia mostrar o que a literatura descreve acerca de áreas envolvidas no comprometimento da função cognitiva.

**Processo de intervenção neuropsicológica**

No dia 13 de Maio, foi realizada a consulta de devolução, onde a paciente compareceu sozinha e aí foi-lhe explicado o que se havia concluído da avaliação realizada. Foi uma explicação objetiva que evidenciasse clareza e proporcionasse a resposta a possíveis questões da parte da paciente.
Assim, foi proposto passar a uma nova fase de intervenção, ou seja, a reabilitação neuropsicológica quais as suas vantagens e o papel da paciente nesta intervenção, sensibilizando para a importância da adesão ao plano de reabilitação.

A paciente mostrou interesse pelo proposto e nesta sessão decidi avançar com a introdução de estratégias compensatórias aos défices da paciente que já haviam sido identificados pela própria.

Estas estratégias procuraram compensar, ou seja, encontrar um auxílio externo ou uma nova forma de vivenciar a rotina de maneira mais funcional e independente. São exemplos de estratégias apresentadas à paciente as agendas e calendários, blocos de notas, lembretes no telemóvel, fazer listas com as atividades do dia e de compras, tentar manter os objetos pessoais necessários visíveis e sempre no mesmo lugar.

No entanto, foram apresentadas outras estratégias mais focadas na tomada de medicação, viajar de autocarro, ida às compras e pagamentos, visto que a paciente as destacou.

Assim, no que concerne à medicação foi sugerido o uso do despertador, colocá-la sempre visível e colocar por dias da semana ou partes do dia para que não repita a mesma. Perante estas sugestões na semana seguinte a paciente referiu que tinha comprado uma caixa onde podia separar por dias da semana a medicação e assim não se esquecia de a tomar ou repetia a sua toma. Referiu que se esquecia muito do que precisava quando ia às compras e foi sugerida a lista de compras e a anotação na mesma assim que acabam os produtos, bem como manter sempre no mesmo lugar o bloco de anotação. No que concerne a viagens, referiu que já se perdeu e não conseguia sair daquele local e neste sentido, foi sugerido os livros de memória que visem dados pessoais, planificação de horários e atividades e informação pessoal.

O processo de reabilitação neuropsicológica objetiva a redução da gravidade dos comportamentos sociais disruptivos, melhorar a motivação, habilidades sociais, relações familiares e se necessário ajudar na reintegração profissional.

O programa de reabilitação ocorreu ao longo de 10 sessões, uma vez por semana, quando possível sempre no mesmo horário com duração média de 45 minutos. As sessões deviam ter ocorrido diariamente, mas devido a contingências do serviço e dificuldades econômicas da paciente, não foi possível.
Os principais objetivos da reabilitação prendiam-se com exercícios de estimulação da atenção, evocação categorial, memória imediata, memória recente (imagens, palavras, textos, listas de compras, compromissos, recados, acontecimentos pessoais recentes), memória remota, funções executivas (semelhanças, diferenças, sequências de ação e sequências lógicas, imibição e flexibilidade) e no que concerne ao cálculo este foi trabalhado em conjunto com o reconhecimento e manuseamento do dinheiro. É de salientar que para as atividade me socorri do manual “Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação” (Nunes, Pais, 2014).

No âmbito da seleção e realização de exercícios seguiram-se alguns parâmetros tais como, aumentar do grau de dificuldade das tarefas de forma progressiva, ajustar o nível de dificuldades à pessoa, proporcionar o feedback e a recompensa, generalizar o aprendido a outras tarefas, usar na medida do possível material real e do quotidiano, empregar material motivante, consolidar o aprendido, terminar com uma tarefa que o sujeito realize com êxito e a seguir à melhoria nas provas há que implementa-las nas atividades de vida diária.

É de salientar que no sentido, de diminuir o seu estado de ansiedade, introduziu-se alguns exercícios de respiração (respiração diafragmática), técnicas que visassem a sua utilização em contextos de maior ansiedade.

Na primeira sessão negociei com Maria um programa de atividades da vida diária (AVD). Com este programa pretendia promover uma maior autonomia e tomada de iniciativa, estruturar e planear algumas rotinas no seu dia a dia, colocar sua numa atitude pró ativa no seu processo de reabilitação. Foi explicado do ponto de vista neuropsicológico e o que se pretendia estimular, mas Maria manifestou uma certa resistência. Esta resistência também foi verificada aquando a proposta de registo dos esquecimentos diários (Anexo 21) que visava conhecer quais os seus esquecimentos e como os poderíamos ajudar a resolver. Referiu que tinha muitas dificuldades em se lembrar da existência do plano ou apontar os esquecimentos.

Demos início aos exercícios de atenção e a paciente mostrou-se muito cansada ao final de pouco tempo, mas insistiu que queria continuar a fazer. Referiu que tinha de fazer para melhorar.
RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Na segunda sessão quando fui chamar a paciente à sala de espera esta estava a fazer exercícios de sopa de letras. Estava mais animada em relação às outras consultas e com muita vontade de começar.

Nesta sessão referiu que não consegui fazer os esquemas da semana passada, mas que já tinha ido à aldeia, atividade que a paciente manifestou interesse em voltar a fazer mais rotineiramente e negociada no plano de AVD.

Quando a realização dos exercícios apresentados nesta sessão a paciente mostrou-se menos cansada. Conseguir realizar um maior número de exercícios desde atenção a memória imediata.

Na terceira sessão a paciente estava na sala de espera a fazer exercícios, trazia algumas páginas de jornal que tinha retirado com outros exercícios de palavras e pediu que os explicasse para poder realizar em casa.

Nestas sessões a paciente mostrava-se muito motivada e empenhada por estar a conseguir realizar os exercícios. Referiu que em casa o marido a incentivava a realizar os mesmos e a ajudava com outros, inclusive no computador.

Como me tinha referido que na semana seguinte eram as festas na aldeia incentivei a paciente a ir às mesmas. Tinha como objetivo trabalhar as aptidões sociais, fazer a paciente sair e sentir-se parte de um grupo.

Assim, a paciente consegui sair de casa e juntamente com o marido, a irmã e o cunhado foram às festas, referiu que até dançou um pouco e gostou imenso.

Na quarta sessão iniciamos com alguns exercícios de atenção e como havia sido mencionado que tinha dificuldades em recordar onde colocava o dinheiro, achei pertinente trabalhar o cálculo em conjunto com o manuseamento de notas e moedas. Esta tarefa foi realizada com muito sucesso tendo a paciente referido que gostou muito desta sessão.

No entanto, como os exercícios que me pedia ajuda para realizar visavam muito vocabulário e verificava algumas dificuldades nestas tarefas decidi realizar alguns exercícios de evocação categorial.
RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Na quinta sessão a paciente não estava na sala de espera como habitualmente, ou seja, não estava a fazer a sopa de letras. O seu humor era muito deprimido, aspeto muito cansado até um pouco descuidado.

Referiu que se sentia muito cansada. O fim de semana foi bastante complicado pois, a mãe veio para casa de um irmão no Porto e os outros irmãos nem se tinham preocupado em saber se a mãe estava bem. A mãe tem recusado ir para o lar onde estava, foge do lar (mesmo de noite), tentou agredir uma das funcionárias e, neste sentido, receberam uma carta a convocar os filhos para uma reunião, mas os outros não se mostram interessados em reunir.

Continuou a falar sobre a relação com a mãe desde que ainda era criança. Referiu que esta já se tinha tentado matar várias vezes e inclusive assistiu à compra de veneno para uma dessas tentativas. Menciona que apesar de tudo o que a mãe já fez contra a ela continua a apoia-la e os outros irmãos não.

Refere que um dos irmãos a procurou para que ela assinasse os documentos relativos à doação da casa da mãe, mas esta não aceitou assinar.

No final da consulta referiu que no início da sessão estava com intenção de desistir das sessões de estimulação, mas acrescentou logo de imediato que está a beneficiar das mesmas e que não vai desistir.

Esta sessão foi mais centrada nesta problemática atual da paciente, mas ainda tivemos tempo para ver os exercícios de casa e esclarecer dúvidas.

Na sexta sessão a paciente veio acompanhada pelo irmão. Vieram juntos da aldeia onde estavam a passar férias. Estava com um aspeto melhor e nesta sessão para além de realizar-mos alguns exercícios de memória recente com recordação de objetos, imagens e palavras.

Os exercícios de recordação de objetos diversos foi complicado para a paciente, no entanto, quando colocamos pede que recordasse com base numa categoria esta tarefa ficou mais fácil.

É de salientar que referiu “na sessão anterior vi pelo canto do olho um gato a descer da marquesa” (SIC) e “não vou a um lugar lá na aldeia porque tenho medo”(SIC). Referiu que estas situações ocorrem com mais frequência quando está
mais depressiva. O medo começou desde que tem depressão e este é sentido mais de
noite, do que podem pensar de si e isso foi saliente quando foi trabalhar com um homem
no trabalho e que já tinha referido na primeira consulta como uma situação que a fez
ficar mais deprimida.

O registo destas informações foi descrito no sistema informático a que todos os
profissionais tem acesso, bem como, foi registado todo o trabalho que estava a ser
realizado com a paciente.

Um pouco de tempo foi ainda retirado para falar com o irmão e esclarecer as
suas dúvidas acerca do estado em que a irmã fica por vezes e os seus esquecimentos.

Na sétima sessão trabalhamos a memória recente de textos e neste sentido,
trabalhamos algumas notícias que retirei do jornal e sugerir inclusive que a paciente
fizesse leitura das mesmas em casa, pois verifiquei dificuldades na escrita e vocabulário.

A memória remota foi trabalhada com algumas fotografias que a paciente trouxe
para a sessão e assim podemos a partir da fotografia recordar o nome de cada uma das
pessoas, o lugar ou a situação em que a fotografia foi tirada e as lembranças que ela
suscita. Como foi pedido na sessão anterior que trouxesse as fotografias a paciente
escreveu um pouco sobre cada uma.

Esta foi uma tarefa que agradou muito à paciente e perante o que pretendido foi
bem-sucedido. No entanto, nas atividades de memória recente o seu desempenho foi
pior.

A oitava sessão foram trabalhadas as funções executivas quanto às semelhanças
e diferenças, sequências de ação, sequências lógicas, inibição e flexibilidade. Estas
tarefas foram realizadas com algumas dificuldades, mas com algumas ajudas a paciente
consegui a conclusão da tarefa.

Nas últimas sessões trabalhamos vários exercícios de estimulação que visassem
as diversas funções cognitivas disfuncionais. Nesta sessão era visível uma maior
velocidade nas tarefas de atenção e um melhor desempenho generalizado.

A paciente referiu nestas três sessões anteriores que parecia que tinha regredido
"estou mais bloqueada" (SIC), mas esta situação era congruente com sua a situação
vivencial, ou seja, os consumos alcoólicos do marido.
RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Na finalização das sessões foi ainda reforçado que o trabalho que havia desenvolvendo em casa era necessário ser continuado para que o seu desempenho continuasse a ser como o referido pela paciente melhor.

Neste sentido, mostrou interesse em começar uma nova atividade, ou seja, escrever a história de cada um dos seus três gatos, visto que, eles são para si a sua maior companhia.

Considerações finais sobre o caso

Após a avaliação inicial (Anexo 22) da paciente constata-se que relativamente aos subtestes da WMS III foi verificado que vinte e cinco minutos depois a paciente foi capaz de recordar mais pares de palavras que na evocação imediata, ou seja, a memória imediata está mais afetada que a diferida. No entanto, salienta-se que existem maiores dificuldades em codificar a informação do que reconhecer e com base nestas informações podemos afirmar que poderá ser algo mais ansioso ou depressivo do que degenerativo.

Através da aplicação do IFS conclui-se que existe uma baixa capacidade de memória de trabalho verbal e memória de trabalho espacial, bem como, pouca capacidade de controlo / inibição à interferência. É ainda de salientar trabalho atencional deficitário o que se relaciona com a memória imediata já referida como afetada.

Com as subprovas de código e pesquisa de símbolos foi possível verificar a velocidade de processamento que se encontra moderadamente afetada.

O funcionamento visuo construtivo que, foi analisado através da figura complexa de rey, permitiu concluir que este se encontra deficitário.

Em suma, podemos verificar dificuldades na capacidade de abstracção, memória de trabalho verbal e visuo espacial que prejudica o funcionamento da memória imediata, mas é capaz de a desenvolver a longo prazo com mais tempo.
Após terminado o período estipulado para a reabilitação neuropsicológica voltei a avaliar (Anexo 23) a paciente. Tal como na primeira vez apliquei a WMS III que revelou resultados idênticos aos referidos na avaliação inicial.

Assim, estes mostram que a memória imediata está mais afetada que a diferida. Mais dificuldades em codificar a informação mais do que em reconhecer.

É de salientar que aquando o início da consulta a paciente estava bastante agitada, revelando muitas dificuldades de concentração e humor depressivo congruente com a situação vivencial. Desta forma, os resultados na primeira prova (WMS III) podem ter sido influenciados por este estado que foi diminuindo com o decorrer da consulta.

Através da aplicação do IFS foi possível verificar que ainda existe pouca capacidade de controlo/ inibição à interferência. No entanto, no que concerne à memória de trabalho verbal e memória de trabalho espacial existiu uma melhora significativa.

Quanto à velocidade de processamento esta está moderadamente afetada registou-se o mesmo que anteriormente, ou seja, os mesmos erros e o mesmo número de itens realizados.

Com a figura complexa de Rey constatou-se uma melhora significativa no que concerne à cópia e reprodução. A paciente conseguiu organizar-se muito bem na cópia algo que havia sido muito complicado na avaliação inicial.

O quadro 3 apresentam-se como sumula dos instrumentos de avaliação inicial e final utilizados no caso clínico e os seus principais resultados.

Foi através destes dados e da pesquisa inerente ao teste que surgem as conclusões anteriormente apresentadas.
Quadro 3 – Instrumentos de avaliação e respetivos resultados da avaliação
Inicial e Final

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrumentos de Avaliação</th>
<th>Resultados da Avaliação Inicial</th>
<th>Resultados da Avaliação Final</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WMS III</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Auditivo Imediato</td>
<td>Percentil: 10</td>
<td>Percentil: 2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 75-90</td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 63-77</td>
</tr>
<tr>
<td>Auditivo Diferido</td>
<td>Percentil: 53</td>
<td>Percentil: 10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 92-110</td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 74-92</td>
</tr>
<tr>
<td>Reconhecimento Auditivo Diferido</td>
<td>Percentil: 39</td>
<td>Percentil: 18</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 86-108</td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 78-100</td>
</tr>
<tr>
<td>IFS</td>
<td>12/30</td>
<td>15/30</td>
</tr>
<tr>
<td>WAIS III</td>
<td>Índice de velocidade de processamento: 77</td>
<td>Índice de velocidade de processamento: 77</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 71-87</td>
<td>Intervalo de confiança 95%: 71-87</td>
</tr>
<tr>
<td>Figura Complexa de Rey</td>
<td>Cópia: Percentil 1</td>
<td>Cópia: Percentil 75</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Reprodução: Percentil 1</td>
<td>Reprodução: Percentil 25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Reflexão pessoal

O caso Maria Silva foi desde que tomei conhecimento da patologia e do pedido de avaliação motivo de grande entusiasmo. A temática dos aspetos neuropsicológicos da depressão já tinha sido abordada explorada anteriormente, mas agora poderia tomar contato prático com esta realidade cada vez mais estudada.

Desde logo comecei por pesquisar e saber mais sobre a relação entre a perturbação depressiva e as disfunções cognitivas. Depois de tomar mais conhecimento sobre esta relação, a Síndrome Depressiva Recorrente, consultar o processo clínico da paciente e a história clínica recolhida por mim, tentei delinear uma avaliação
neuropsicológica que visasse todas estas informações e o teste de rastreio cognitivo que apliquei aquando a primeira consulta.

Neste sentido, depreendi quais as funções cognitivas mais afetadas e reuni um conjunto de testes que visasse explorar mais as mesmas.

Assim, pude constatar que aquilo que os estudos de estados depressivos evidenciavam como redução da atenção, memória, velocidade de processamento, bem como, funções executivas, vai de encontro com os resultados da avaliação realizada à paciente.

Como considerei que os défices apresentados eram passíveis de serem trabalhados através da estimulação das funções em défice e aquando da devolução e explicação dos resultados a paciente se mostrou interessada, foram iniciadas as sessões de reabilitação neuropsicológica.

As sessões decorreram com êxito pois, a paciente mostrou-se muito empenhada e motivada mesmo nas tarefas que levava para casa. As estratégias sugeridas para compensar os seus défices foram colocadas em práticas e por isso tornaram-se sugestões vantajosas para a paciente.

O trabalho de estimulação que estava a ser desenvolvido foi progredindo de sessão em sessão (registava os tempos de execução em algumas tarefas) e a própria avaliação final foi refexo desta evolução. No entanto, é de salientar que sempre foi criado um espaço para falarmos das situações vivenciais que estavam na base do seu humor subdepressivo com que se apresentava e que afetava o seu desempenho.

Em suma, através do caso Maria Silva foi possível aplicar as principais áreas da neuropsicologia, ou seja, avaliação e reabilitação, mas também foi possível aplicar na prática as técnicas de entrevista, os guiões de anamnese, os princípios da empatia, estabelecimento de uma relação terapêutica, bem como, aquilo que fui aprendendo na consulta de observação.

Este foi um trabalho extremamente gratificante pois, fui verificando ao longo das sessões a relação terapêutica que foi construída, tomei mais conhecimento sobre diferentes testes e os efeitos da estimulação nos défices mais evidenciados na avaliação.
É ainda de salientar que este caso clínico permitiu a investigação de um tema ainda pouco falado, mas que vai permitir aos clínicos uma melhor compreensão das perturbações de humor e abrir caminhos para encontrar técnicas mais eficazes de diagnóstico, tratamento e prevenção de eventuais sequelas cognitivas nos pacientes.
Reflexão sobre o estágio

As experiências vividas durante o período de estágio permitiram-me conhecer mais sobre o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar mas, em especial do funcionamento do serviço de MFR e o papel do neuropsicólogo no mesmo.

Reconheço a prática da neuropsicologia e as suas áreas de intervenção como essenciais em contexto das patologias que chegam ao serviço de MFR, bem como o seu papel na equipa multidisciplinar visando, o paciente, os outros técnicos e a família.

Ao longo do estágio acabei por ter contato com diferentes abordagens práticas da psicologia e articular a teoria à prática. Assim, tive a oportunidade de aplicar as teorias aprendidas durante a licenciatura e o mestrado e muitas vezes comprovar o seu fundamento.

O contato com a intervenção em grupo e individual proporcionou-me a possibilidade de conhecer outras patologias e qual a importância da psicologia nas mesmas. Para mim a participação nestas sessões foi muito gratificante pois, consegui perceber os resultados do nosso trabalho, bem como o empenho e motivação dos pacientes que objetivavam a melhoria da sua qualidade de vida.

As avaliações proporcionaram-me momentos de pesquisa e aquisição de novas competências na forma de aplicação e cotação dos testes com os quais tive contacto. Através da interpretação dos resultados tive a oportunidade de refletir, discutir e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos.

Aplicar a reabilitação neuropsicológica visando um melhor bem-estar cognitivo e emocional no paciente é muito satisfatório, mas é especialmente compensador quando o paciente é participativo e os resultados se fazem evidenciar na sua qualidade de vida e na qualidade de vida dos seus familiares.

No que concerne às investigações que integrei estas proporcionaram-me ter contato com problemáticas pouco conhecidas por mim e como a psicologia é essencial na integração da equipa com as suas estratégias. Com as avaliações realizadas tive contacto com a aplicação, cotação e interpretação dos diversos testes, bem como, oportunidade de trabalhar mais no SPSS e na interpretação dos resultados.
A diversidade de atividades que me foram sugeridas pela orientadora foram excelentes formas de aprendizagem sobre temáticas diversificadas. Como tiveram um caráter muito prático consegui aplicar na prática os conhecimentos adquiridos. No entanto, é de salientar que este conhecimento foi para além da nossa área de intervenção, visto que, acompanhei a orientadora nos diversos contextos de apresentação.

O apoio da faculdade, especialmente das atividades de supervisão foram essenciais em todo o processo de estágio. Foi nestas sessões que se proporcionaram momentos de reflexão sobre os casos clínicos, aprendizagem pois, tivemos contato com mais testes de avaliação e nos fizeram fazer a ponte entre os conceitos aprendidos e aquilo que acontecia na prática.

Elaborar a descrição do caso clínico que tive a oportunidade de seguir quanto às principais áreas de intervenção do neuropsicólogo foi um momento de introspecção quanto ao trabalho que ainda há para fazer com esta paciente e outros que teriam a mesma necessidade, como fomos verificando na avaliação cognitiva dos doentes cardíacos.

Assim, encaro este percurso como sendo imprescindível e a elaboração deste relatório como essencial. Embora tenha consciente que ainda há muito a aprender, considero a minha formação bastante rica em oportunidades de aprendizagem.
Bibliografia

American Heart Association. (2011). What is Cardiovascular Disease (Heart Disease). http://www.heart.org/HEARTORG/Caregiver/Resources/WhatsCardiovascularDisease/Whats-Cardiovascular-Disease-Heart-Disease_UCM_301852_Article.jsp


CID 10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid 10 Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Artemed


Anexos
ANEXO 1
Número do processo: _______________

Data: ___/___/_____

**Dados pessoais**

Nome: ________________________________

Data de nascimento: ___/___/______  Idade: __________________________

Sexo: Feminino [ ]  Masculino [ ]

Contacto (s) telefónico (s): ________________________________

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Estado civil</strong></th>
<th>1. Solteiro (a)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Casado (a)/ União de facto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Divorciado (a)/ Separado (a)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Viúvo (a)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Conviventes</strong></th>
<th>1. Vive só</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Vive com companheiro (a) e/ ou filho (s)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Vive com pais e/ ou irmãos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Vive com amigo (s)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Vive em instituição</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Escolaridade (anos)</strong></th>
<th>1. Nenhuma</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. 1º Ciclo: 1º, 2º 3º e 4º Anos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. 2º Ciclo: 5º e 6º Anos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. 3º Ciclo: 7º, 8º e 9º Anos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Ensino Secundário: 10º, 11º e 12º ano</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Ensino superior</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Atividade | 1. Estudante  
2. Trabalhador (a) no ativo  
3. Desempregado (a)/ doméstica  
4. Reformado (a) |
|-----------|--------------------------------------------------|
| Profissão | 1. Menos de 30 minutos  
2. 30 minutos a 1 hora  
3. Mais de 1 hora |
| Tempo de deslocação ao Hospital de S. João |  |

**História clínica**

**Evolução da doença/ cronologia dos acontecimentos** (primeiros sinais (idade), evolução da doença)

| Tempo de evolução da doença | 0. Menos de 1 ano  
1. 1-5 anos  
2. Mais de 5 anos |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| Diagnóstico                | 0. Nunca  
1. Uma vez por semana ou menos  
2. Duas a três vezes por semana  
3. Uma vez por dia  
4. Várias vezes por dia  
5. Constantemente |

**ICIQ-SF 1** Com que frequência tem perdas de urina?

0. Nunca  
1. Uma vez por semana ou menos  
2. Duas a três vezes por semana  
3. Uma vez por dia  
4. Várias vezes por dia  
5. Constantemente

**ICIQ-SF 2** Que quantidade de urina costuma perder? (quer use ou não proteção)

0. Nenhuma  
2. Uma quantidade pequena  
4. Uma quantidade moderada  
6. Uma grande quantidade
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>ICIQ-SF 3</strong> No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia? Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)</th>
<th>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 0. Nunca. Não tem perdas de urina.  
1. Tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho.  
2. Tem perdas de urina quando tosse ou espirra.  
3. Tem perdas de urina quando está a dormir.  
4. Tem perdas de urina quando está fisicamente ativo (a) a fazer exercício.  
5. Tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido (a).  
6. Tem perdas de urina sem razão aparente.  
7. Tem perdas de urina constantemente. | |

**SCORE TOTAL (0 A 21) = __________**

* Soma das questões número 1, 2, 3

* Valores mais elevados associados a níveis elevados de impacto da Incontinência Urinária

| **Usa protetores?** | 1. Sim  
Se sim, em média quantos ao dia? __________ |  |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Não</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **Fez tratamento anterior?** | 1. Sim  
Se sim, qual (ais)? ________________ |  |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Não</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Medicação atual (tipo e dosagem)

| Outras doenças atuais (HTA, diabetes, doença neurológicas, outras) | 1. Sim  
Se sim, quais?  
2. Não |
|---------------------------------------------------------------|
| Antecedentes familiares | 1. Sim  
2. Não |

História pessoal

Dados relativos à infância (história de enurese; outros problemas de saúde)

Dados relevantes da adolescência (reações às alterações pubertárias)

História familiar (relacionamentos familiares; filhos)

Número de partos  
1. Nenhum  
2. 1-2  
3. 2-4  
4. Mais de 4
Tipo de parto

1. Eutócico - N° (___)
2. Cesariana - N° (___)
3. Fórceps - N° (___)
4. Ventosas – N° (___)
5. Fórceps e ventosas(____)

Intercorrências no parto

1. Sim
   Se sim, qual(ais)?____________________
2. Não

Outros aspetos (perdas significativas; questões económicas; sexualidade)

Outras informações

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hábitos e costumes</th>
<th>Quantidade</th>
<th>Frequência</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Consumo de álcool</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Consumo de estupefacientes</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Hábitos tabágicos</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Cafeína</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Diuréticos</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Refrigerantes</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quantidade de líquidos ingeridos, em média ao dia?

1. Menos de 1 litro
2. 1 a 3 litros
3. Mais de 3 litros

Peso

Altura

IMC=

*IMC = peso/(altura × altura)

Obesidade

1. Sim
2. Não
| **Menopausa** | 1. Sim  
|               | 2. Não  |
| **Tempo após a menopausa** | 1. Até 5 anos  
|               | 2. 5 a 10 anos  |
| **Obstipação** | 1. Sim  
|               | 2. Não  |
| **Histerectomia** | 1. Sim  
|               | 2. Não  |
| **Já realizou cirurgias ginecológicas?** | 1. Sim  
|               | Se sim, qual (ais)?__________  
|               | 2. Não  |
| **Costuma ter infeções urinárias?** | 1. Sim  
|               | 2. Não  |
| **Pratica exercício físico** | 1. Sim  
|               | Se sim, em média quantas horas por semana:__________  
|               | 2. Não  |
Classificação dos adultos, de acordo com o índice de massa corporal (IMC), segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde

<table>
<thead>
<tr>
<th>Classificação</th>
<th>Pontos de corte IMC (Kg/m²)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baixo peso</td>
<td>&lt; 18,50</td>
</tr>
<tr>
<td>Magreza severa</td>
<td>&lt; 16,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Magreza moderada</td>
<td>16,00 – 16,99</td>
</tr>
<tr>
<td>Magreza ligeira</td>
<td>17,00 – 18,49</td>
</tr>
<tr>
<td>Normal</td>
<td>18,50 – 24,99</td>
</tr>
<tr>
<td>Excesso de peso</td>
<td>≥25,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Pré-obesidade</td>
<td>25,00 – 29,99</td>
</tr>
<tr>
<td>Obesidade</td>
<td>≥30,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Obesidade grau I</td>
<td>30,00 – 34,99</td>
</tr>
<tr>
<td>Obesidade grau II</td>
<td>35,00 – 39,99</td>
</tr>
<tr>
<td>Obesidade grau III</td>
<td>≥40,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>
A Incontinência Urinária em Portugal
- Mais de 60 mil mulheres em todo o mundo sofreram de incontinência urinária
- Até 50% da população portuguesa com mais de 40 anos
- Muitos ambos os sexos, embora seja duas vezes mais comum em mulheres

Causas das Perdas de Urina

### Causas Temporárias
- Ingestão de líquidos em excesso
- Intoxicações urinárias
- Medicamentos
- Intervenção cirúrgica
- Infeções urinárias

### Causas Permanentes
- Alterações neurogênicas
- Fraturas e luxações
- Lesões no abdomen
- Lesões na região pélvica
- Lesões neurogênicas
- Lesões miogênicas

O que é a Incontinência Urinária?
- Qualquer perda involuntária de urina
- Ainda que a vida do doente ao nível.
Tipos de Incontinência Urinária

Incontinência de esforço
- Pequenas perdas de urina que ocorrem quando o indivíduo ri, tussa, espirra, faz esforço, se corre ou pega algo pesado
- Ocurre quando os músculos estão desacondicionados e existe um pressão sobre a urina
- Frequente em homens com problemas de próstata

Incontinência de Urgência ou Impersolidade
- Ocurre repetidamente, acompanhada de uma vontade súbita e intensa de ir à casa de banho
- Ausar apresenta súbitas contrações, causando urgência em urinar
- Pode estar relacionada com o envelhecimento
- Conduta o dia a dia do pescoço

Tipos de incontinência urinária

Incontinência Mista
- Combinação de incontinência de esforço e incontinência de urgência ou impersolidade

Outros Tipos de Incontinência Urinária
Diagnóstico

- Realizar o histórico clínico do doente (avaliar os sintomas e sinais)
- Após a definição dos sintomas, a utilização do exame físico permitirá um diagnóstico mais preciso
- Os exames complementares de diagnóstico, passam por:
  - Comprida
  - Exames gerais ao sangue e urina

Impacto da Incontinência Urinária

- Afeta a autoestima
- Condiciona a vida do doente e nível familiar, laboral e pessoal
- Causa embargos
- O problema pode conduzir à fuga do contexto social e ao isolamento, porque está sempre com medo e vergonha que os outros ouçam o choro
- Pode afetar a relação conjugal, uma vez que a intensidade do caso é prejudicada
- Prescrição em cuor e doente, entendo a ideologia com o médico e desenvolvendo estratégias, como: transporte de mudas de roupa ou movimentação préio das instalações sanitárias existentes quando ao seu ambiente

Como tratar

Atualmente existem tratamentos mais eficazes e fáceis, tais como:

A Reabilitação do Pavimento Pélvico
no Centro Hospitalar São João
Devido coexistência de síndromes e co-morbididades torna-se difícil a gestão da patologia.
Assim, é necessária uma abordagem multidisciplinar e adaptada.

O Papel do Psicólogo
- Sensibilizar
- Romper o conhecimento de barreiras de risco
- Instituir estratégias preventivas
- Orientações para fazer frente ao impacto da disfunção na sua vida
- Avaliar a condição emocional da família e mecanismos de coping
- O apoio emocional é uma parte essencial da autodestrução
- Técnicas para gestão do estresse, ansiedade e tempo
- O psicólogo promove o aprendizado de métodos que se mostram eficazes e que devem integrar o plano de reabilitação
- O psicólogo contribui para a reabertura do comportamento proporcionando o seu bem estar e responsabilização no processo de reabilitação.

Testemunhos de Mulheres Incontinentes

Obrigada pela vossa atenção!

Apenas 10% dos doentes recorrem ao médico por problemas de incontinência urinária.

Solicita ajuda!
ANEXO 3
RELAXAR E TOMAR CONTA DE SI

O stress e a reabilitação do pavimento pélvico integram um ciclo

Relaxar é fundamental para o tratamento

A tensão e ansiedade da vida diária têm como núcleo o corpo podendo despolelar dor ou disfunção

A tensão configura uma resposta fisiológica que pode suprimir o sistema imunológico

O stress pode impedir de dormir mal

é durante o sono que o corpo regenera

RELAXAR E TOMAR CONTA DE SI

O que funcionar para relaxar e diminuir o seu stress vai ajudar no processo de reabilitação do pavimento pélvico

Os exercícios conjugados com a gestão de stress favorece a recuperação

Assim, vamos falar dos métodos que se mostram particularmente eficazes no relaxamento do pavimento pélvico e no sistema nervoso

Todas as sugestões têm o potencial de ajudar e pretende-se que integrem o programa de reabilitação
Respiração para relaxamento

- É um tipo de respiração que pode ser útil para acalmar
- Esta é designada de Respiração Diafragmática

Está apresentada útil e eficaz para pessoas com:
- dores de cabeça
- consideráveis níveis de ansiedade
- elevada pressão sanguínea
- problemas de sono
- entre outros

Respiração diafragmática

- A respiração diafragmática envolve o movimento do abdômen para dentro e para fora

- Sendo muito bom para relaxamento (pou, permite a troca mais eficiente de oxigênio e dióxido de carbono com menos esforço)

- As crianças habitualmente usam esta respiração

- Os adultos frequentemente mudam os seus padrões respiratórios (geralmente como adaptação ao stress)

Procedimentos para a concretização da respiração diafragmática

- Inicialmente é mais fácil praticar deitado de costas nas cama ou no chão
- Vise uma roupa confortável
- Separe ligeiramente os pés e coloque uma mão sobre o abdômen e outra no peito
- Inspire pelo nariz
- Expira pela boca
- Concentre-se na respiração e escute-se qual das mãos sobe ou desce
Procedimentos para a concretização da respiração diafragmática

- Inicie os exercícios sentado ou de pé.
- Enquanto inspira, acima o abdômen e pressione a mão.
- Enquanto inspira imagine o ar que você está inspirando e expirar a expirar-se por trás da mão.
- Espera um segundo depois de trabalhar.
- Expira devagar enquanto conta até quatro. O seu abdômen vá contra-voce enquanto o diafragma relaxa.
- Enquanto o ar está inspirado, mantenha a pausa.

Em suma

- Todas as vezes devem começar com os exercícios de respiração e tornar-se uma parte fundamental do programa de exercícios.
- Além disso, fale sempre que:
  - a sentir-se confortável;
  - sentir que a sua respiração aumenta;
  - sentir ausência.

A respiração não requer ferramentas especiais.

- Pode ser feita em qualquer local e momento.
- É absolutamente livre.
- É um dos métodos mais eficazes de acalmar, aliviar a tensão do corpo e manter a dor e a tensão muscular.

- Sempre que se sentir stressado, pode realizar a respiração.

Procedimentos para a concretização da respiração diafragmática

Se for difícil inspirar em quatro segundos, vá treinando.

Em suma,

Inspirar  Pausa  Expirar  Pausa

Cerca de 5 a 10 vezes

À medida que vai praticando melhorará.

Dicas

- Na casa do banho:
  - Faça.
  - Tenha relaxado.
  - Use o gabinete que preferir.
  - Reduzir o estresse pode facilitar o enriquecimento do beco ou intenso.

Conceito de impulso:

- A inspiração pode ajudar a aliviar a dor que você sente nas áreas de enxaqueca.
- Exemplo: o falar uma palavra de ida normalmente possui um efeito significativo na dor.
- Mas se sentir muito de sentir doEnvironment depois e em seguida normal, isso não é normal.
- É quando estamos a falar e a respirar, mas o cérebro mental e o corpo ainda não terem sido ativados.

O que acontece é que acaba acontecendo sem isso.

O que acontece é que acaba acontecendo sem isso.

O que acontece é que acaba acontecendo sem isso.
**Dicas**

- **Isso é a síndrome de urgência**
  - A sensação de ter de se levantar para ir ao banheiro e de não ser capaz de conter o impulso
- **Esta é simultaneamente uma causa e uma consequência do stress**
- **Isso é uma das coisas mais stressantes que o indivíduo enfrenta, com a preocupação sobre a ocorrência de algo tão ruim quanto o próprio desejo**

**O que pode fazer**

**Dicas**

- **Respirar e soltar os músculos pélvicos**
- **Pode parecer contraditório relaxar os músculos quando sente um forte desejo**
- **Mas, se os músculos do pavimento pélvico já são mais curtos e está a apertá-los**

**Técnicas de redução de stress**

**Pode reduzir o stress de forma gratuita e em casa**

1. **Fique de pé em um quarto escuro com os olhos fechados**
2. **Fique de pé em um quarto escuro com os olhos fechados**
3. **Fique em pé em um quarto escuro com os olhos fechados**
4. **Fique em pé em um quarto escuro com os olhos fechados**
5. **Fique em pé em um quarto escuro com os olhos fechados**

- **Deixe o calor inundar o seu corpo, sensação de melhora, bem-estar**

* Em qualquer um destes momentos poderá fazer a respiração
Obtenção de apoio

- O apoio emocional é uma parte do tratamento essencial.
- Compartilhar sobre o problema e procurar o tratamento adequado.
- O apoio dos amigos e de família é muito importante.
- É provável que conheça alguém que tenha o mesmo problema e com quem poderia compartilhar.
- Compartilhar com a família e amigos sobre o seu desconforto, constrangimento ou vergonha. Eles não lhe ofereceram todo o seu apoio e conforto.
- No entanto, poderá necessitar de orientação dos profissionais para lidar com o impacto da disfunção na sua vida.
- Poderá procurar formação especializada em gestão de estresse ou dor crônica.

FIM

Bibliografia

SEXUALIDADE NA MULHER

Definição de sexualidade

- Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade é:

  "Uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade, que se integrá ao modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. Serve sexual e não sexualmente e influencia pensamentos, sentimentos, opiniões e atitudes. Faça isso, instigando tanto a nossa sociedade física e mental."

Relacionamento sexual/ Disfunção sexual

- De tempos para outras vezes sexual e abordado tanto de formas de informação populares no relacionamento sexual.
- Havia fatores dificultar e facilitar a relação sexual na definição.
- A afirmação de que um relacionamento sexual é importante para a saúde sexual.
- Pode-se falar de disfunção sexual como um problema que pode ocorrer em um relacionamento sexual.
- Também, a dificuldade no relacionamento sexual deve ser abordada frequentemente em sua vida diária.
Dissunção sexual

- É uma queixa comum entre os mais novos e os mais idosos.
- As queixas podem variar de problemas físicos como:
  - dor associada ao ato sexual.
  - disfunção sexual.
  - disfunção genital.
- As mulheres frequentemente apresentam queixas relacionadas a sua condição.

Fases do ciclo de resposta sexual

A resposta sexual é controlada por sinais internos e externos. As fases do ciclo sexual podem ser influenciadas por fatores fisiológicos ou psicológicos.

Desenho
- Excitação
- Orgasmo
- Resolução

Classificação das disfunções sexuais femininas

- Anestesia sexual
- Desejo sexual
- Libido
- Estrutura vaginal
- Semanais
- Depressão
- Desejo sexual não satisfatório

O que pode causar os problemas/dificuldades sexuais

- Fatores psicológicos:
  - Fatores psicológicos: problemas de ansiedade, medo, fraqueza, estresse, trabalho, relacionamento.
  - Fatores físicos: problemas de saúde, doenças, medicamentos, suplementos, dietas, exercícios, ciclo menstrual, idade.

09-07-2015
Os problemas sexuais podem ter origem em:

- Falta de compreensão e falta de informação sobre o sexo
- Por exemplo, a pessoa pode não saber que esperar em que fase, o
  período da menstruação, de que forma, de que maneira e de que
  momento significa que se está no momento de se ativar sexualmen
  te.

- Outros problemas relacionados
  - Por exemplo, dependendo da consciência, angústia ou conflito
  - Por exemplo, se um indivíduo achar que está se envolvendo com
  outra pessoa, se um indivíduo achar que está se envolvendo con
  - Outras pessoas que parecem ter coisas diferentes da sua sexual.

O que pode causar os problemas/dificuldades sexuais

- Falta de educação sexual (GES)
  - Crescimento
  - Aprender a comunicação
  - O desconhecimento sobre o desenvolvimento con
  - Outras pessoas que parecem ter coisas diferentes da sua sexual.

- Fatores emocionais
  - Estresse ou angústia
  - Pessoas deprimidas
  - Pessoas que têm angústia
  - Outras pessoas que parecem ter coisas diferentes da sua sexual.

Superar os problemas sexuais

- Estar devidamente orientado e ter a compreensão sobre o sexo

- Ambos estabelecerem a relação
  - A relação deve ser aberta para discutir
  - Ambos os parceiros devem ter a razão de posse de relação

- Importante é, por outro lado, que não exista a consciência de que
  está um ou outro lado com a situação. O importante é que se

- Felizmente, um certo tipo de pesquisa de auto-cuidado e auto-
  cuidada do relacionamento consigo mesmo, por exemplo, outra forma de
  relacionamento, pode-se achar a possibilidade de dar a entender
  que a outra pessoa.

Superar os problemas sexuais

- Estar devidamente orientado e ter a compreensão sobre o sexo

- Ambos estabelecerem a relação
  - A relação deve ser aberta para discutir
  - Ambos os parceiros devem ter a razão de posse de relação

- Importante é, por outro lado, que não exista a consciência de que
  está um ou outro lado com a situação. O importante é que se

- Felizmente, um certo tipo de pesquisa de auto-cuidado e auto-
  cuidada do relacionamento consigo mesmo, por exemplo, outra forma de
  relacionamento, pode-se achar a possibilidade de dar a entender
  que a outra pessoa.
Superar os problemas sexuais

Malharm a convicção do casal

- Ocasionalmente, é importante no que se refere às questões que podem ocorrer durante a relação sexual, nomeadamente da comunicação.
- O objetivo é melhorar a comunicação, no sentido de abrira-se à forma de compreender e experimentar-o podem estar contribuindo para o problema e solucionar.

[Reaprendendo a falar através da resposta sexual natural]

- Apesar de um expresso, é de que a sexual é uma resposta natural e o espírito deve estar.
- Como ponto da adeus, oferecer uma atenção, preocupa-se e concentra.
- A atenção é a sua reação trocada com o compartilhar do dia um do outro.
- E apreciar-se, é natural e benéfico, e ajudar a melhorar a comunicação e curar os problemas e solucionar os seus objetivos.
ANEXO 5
O que é o sono?

- Atividade necessária e insubstituível
- Único mecanismo que o nosso cérebro dispõe para se restaurar
- Período ativo em que se produzem:
  - Alterações hormonais
  - Bioquímicas
  - Metabólicas
  - Temperatura corporal

O sono

- Dormir é uma necessidade fisiológica
- O sono é fundamental na vida de todos nós
- É o sono que regenera o homem
- O nosso equilíbrio físico e emocional é dependente desta função
- Quanto maior for o "débito de sono" maiores serão as consequências negativas
- É um estado que engloba vários graus de profundidade

Fases do sono

- Um ciclo de sono têm 4 a 5 fases de sono
- Têm duração de 90 a 120 minutos
- Repetem-se 4 a 5 vezes por noite
- O tempo de sono profundo é relativamente curto (fase 3 e 4)
- A 5ª fase ou sono REM é a fase mais profunda do sono
**Fases do sono**

- **Sono leve quando se está meio a dormir meio acordado**
- **Desconstrução muscular**
- **Diminuição da temperatura corporal**
- **Redução dos reflexos**
- **Actividade cerebral torna-se mais lenta que na vigilia**

**Fase inicial do sono**

- **Quando começa a desligar-se daquilo que o roda**
- **O sono é menos superficial**

**Fase 1**

**Fase 2**

**Fases do sono**

- **Sono profundo, que é a primeira fase de sono**
- **Sono profundo em que é difícil acordar**
- **Durante esta fase o corpo procede à sua auto-reparação**

**Fase 3**

**Fase 4**

- **Sono mais profundo**
- **Relaxamento muscular total**
- **Ritmos cardíaco e respiratório são mais lentos**

**Sono REM**

- **Acontece, em média, após 90 minutos de sono**
- **A maior parte dos sonhos acontecem durante o sono REM**
- **Ondas cerebrais idênticas às da fase 1**
Sonho

» O nosso cérebro está intensamente a processar informações – ocorrência de sonhos

» Sonhos são comuns a todas as pessoas

» Freud (1900), concebeu um dos produtos do sonho, os sonhos, uma forma de ter acesso aos conteúdos do inconsciente

Uma má qualidade de sono pode levar:

» Aumento do índice de massa corporal
» Desenvolvimento de obesidade e diabetes
» Diminuição do sistema imunitário
» Aumento das doenças respiratórias ou alérgicas
» Doenças cardiovasculares
» Menor concentração

» Aumento da sensação de estados afetivos negativos (stress, ansiedade, depressão)
» Lapses de memória e consequentemente pior rendimento profissional
» Aumento dos riscos de acidentes de trabalho ou viagem
A importância do sono

- Diminui a fadiga e as tensões do dia
- A hormona do crescimento sintetiza-se durante a noite
- O cérebro seleciona e reorganiza a informação útil
- Melhora o nosso humor
- A pele regenera-se
- Estudos mostram como o sono está diretamente relacionado com o nível de produtividade

Sono e incontinência

- A qualidade do sono é muito afetada quando:
  - Existe a necessidade de se levantar várias vezes durante a noite para ir à casa de banho
  - Não sempre conseguem chegar à casa de banho a tempo ou tem enuresse
  - Mudam a posição ou tosse (I U)
  - Têm de usar almofadas ou proteção na cama e esta ser desconfortável ou irritante
- O impacto da incontinência na qualidade e quantidade de sono e outros aspetos importantes da vida diária das mulheres
Sono e a mulher

- As queixas de sono são comuns no sexo feminino
- Reconhecem-se que há importantes diferenças fisiológicas associadas
- Diferenças relacionadas com os sexos feminino e masculino podem influenciar os riscos de perturbações de sono
- As hormonas sexuais femininas influenciam o sono e o ritmo circadiano

Sono - ciclo menstrual

- Algumas mulheres podem ter sintomas de insônia no início do período menstrual
- Estes sintomas de insônia que ocorrem podem ter consequências para a saúde
- Os sintomas do ciclo menstrual e pré-menstrual correlacionam-se com excessiva sonolência diurna

Ritmo circadiano

- Como se processa o sono?
  - Os seres humanos têm um relógio biológico interno de 24h - RITMO CICARDIÁRIO
  - Período sobre o qual se baseia o ciclo biológico do corpo humano, influenciado pela luz solar
  - Este relógio está sincronizado com o ciclo dia-noite
**Sono – gravidez**

- Durante a gravidez o sono é afetado por:
  - Alterações hormonais
  - Desconforto físico
- Quase todas as mulheres tem perturbações do sono no terceiro trimestre
- Perturbações do sono na fase final da gravidez estão associadas com maior incidência de depressão pós parto

**Sono – Menopausa**

- Muitas mulheres durante a menopausa queixam-se de perturbações do sono
- Muitas atribuem aos afrontamentos e suores noturnos
- A insônia é relatada em 46% das mulheres
- 80% das mulheres que trabalham queixam-se de fadiga devido ao sono inadecuado

**Sono – trabalho**

- Mulheres que trabalham por turnos e que têm alterações do sono e do ritmo circadiano apresentam:
  - Maiores irregularidades menstruais
  - Infertilidade
  - Aborto
- Eventos de vida significativos estão associados com perturbações de sono
- O consumo de álcool como método de enfrentamento de problemas mostra risco de perturbação

**Sono e trabalho**

- Na maioria das sociedade a mulher além de trabalhar fora de casa continua a ser a principal cuidadora de crianças e outros familiares
- Estas responsabilidades podem adicionar:
  - Mais stress
  - Aumentar o risco de privação do sono
  - Perturbações do sono com impacto negativo sobre a saúde e qualidade de vida
**Perturbações do sono**
- Apneia obstrutiva do sono
- Síndrome das pernas inquietas
- Insónia

**Apneia obstrutiva do sono**
- Pausa na respiração > 10 segundos de duração
- Existe oclusão total da faringe durante o sono
- Diagnosticada quando o número de apneias obstrutivas é igual ou superior a 5 por hora de sono

---

**Síndrome da apneia obstrutiva do sono**
- Afeta tanto homens como mulheres
- Afeta especialmente mulheres na pré-menopausa
- Pode afetar pessoas de ambos os sexos com peso normal ou obesas

**Síndrome das pernas inquietas**
- Necessidade de movimento das pernas associada a sensações desconfortáveis ou incompatíveis que agravam em repouso
- Aliviam com o movimento e seguem um ritmo circadiano que se traduz num agravamento ao início da noite e durante o sono
Insónia

- Incapacidade de começar a dormir ou de manter o sono
- É mais prevalente em mulheres
- Afeta pessoas de todas as idades
- Fode causar problemas como:
  - Cansáço
  - Falta de energia
  - Dificuldades de concentração
  - Irritabilidade

RESUMO

- O sono na mulher é diferente do homem
  - Diferenças biológicas e psicossociais
    - Menstruação
    - Gravidez
    - Menopausa

- Os distúrbios do sono na mulher são comuns, mas podem apresentar-se de diferentes formas

- As perturbações do sono podem levar a um leque de consequências

Estratégias para uma boa noite de sono

- Estabeecer um horário de sono:
  - Tente ir para a cama e levantar à mesma hora todos os dias
  - Tente não dormir noutras alturas

- Criar um ambiente propício ao sono:
  - Use a cama apenas para dormir
  - Evite dormir e, outros locais que não este
Estratégias para uma boa noite de sono

- Comer ou não comer, e o quê?
  - Jantar o suficientemente cedo
  - Fazer um lanche ligeiro antes de se deitar, se tiver fome
  - Evite tomar café, chá preto, chocolate ou bebidas estimulantes e bebidas alcoólicas

- Relaxar corpo e mente
  - Manter-se fisicamente ativo durante o dia
  - Evitar exercício vigoroso nas últimas 3 ou 4 horas antes de se deitar
  - 1 hora, antes de se deitar, implemente um ritual de relaxamento físico

- Desligar a mente
  - Evitar antecipar os problemas futuros ou matutar em coisas do passado
  - Evitar atividades que sejam estimulantes e procurar começar a “desativar”

- Coloque o relógio num sítio onde não possa ver, e evite ver as horas durante a noite

Não se esqueçam...

- É perfeitamente normal dormir mal durante algumas noites, se tiver preocupações ou sentir ansiedade. No entanto, se a situação se prolongar poderá tratar-se de insônia

- A quantidade de sono varia de pessoa para pessoa

- À medida que envelhecemos o padrão do sono sofre alterações

Não se esqueçam...

- Ter um sono reparador e profundo é fundamental para se sentir revigorado no dia seguinte

- Alterações à rotina, aos hábitos e ao ambiente do quarto podem melhorar a qualidade do seu sono

- No entanto, se não tem um sono reparador deve consultar um especialista
Higiene do sono

Este termo é usado para descrever os bons hábitos de sono que qualquer pessoa pode adotar para aumentar a qualidade do seu sono.

São pequenas atitudes, a maior parte delas são sentidas comuns, mas que, muitas vezes, são negligenciadas pelo ritmo de vida da sociedade moderna.

Medidas de higiene do sono

- Manter horários constantes para dormir e acordar
- Dormir somente o necessário
- Não dormir durante o dia
- Não tentar resolver problemas antes de dormir
- Evitar ler e ver televisão antes de dormir
- Relaxar o corpo e a mente 60 a 90 minutos antes de ir para a cama

Medidas de higiene do sono

- O quarto não deve ter temperatura agradável e ausência de ruidos
- Exercícios físicos devem ser feitos 4 a 6 horas antes de ir para a cama
- Na medida do possível, use o quarto apenas para dormir
- O despertador não deve estar visível
- Vá para a cama apenas quando tiver sono e não antes
Evite:

- Tomar
  - Café
  - Chá preto
  - Bebidas alcoólicas
  - Chocolate ou qualquer bebida estimulante
- Fumar antes de dormir
- Fazer refeições leves ao jantar

Bibliografia

ANEXO 6
GESTÃO DE ANSIEDADE

Drª J. Duarte Sousa

GESTÃO DE ANSIEDADE

- Problemas de ansiedade são muito comuns
- Cerca de uma pessoa em dez consulta o médico porque se sente:
  - tenso,
  - ansioso,
  - extremamente preocupado
- Outros sofrem de problemas que podem resultar de ansiedade

O QUE É A ANSIEDADE?

A ansiedade afeta:

- Emoções
- Estados de espírito
  - alegria
  - tristeza
  - autoconsciência

- Corpo
  - Sinais ou sintomas físicos:
    - tremor muscular
    - suores
    - tonturas
    - pressão arterial
    - dor de cabeça
    - taquicardia
    - arfamento

QUANDO A ANSIEDADE É UM PROBLEMA

- A ansiedade é uma reação normal e saudável
- Ansiedade numa situação de perigo ou situações preocupantes
- Quando estamos ansiosos o nosso corpo acelera e produz as mudanças anteriormente descritas
- Esta aceleração pode ser uma vantagem

Pois, ela significa que estamos pronto para responder
QUANDO A ANSIEDADE É UM PROBLEMA?
- Torna-se um problema quando ocorre sem que exista um perigo real

Proposta

Pensar em todos os aspectos desconfortáveis que as reações corporais lhe provocam
Quando a ansiedade começa a interferir mais com a sua vida diária?

EM SUMA,
- Lembre-se que a ansiedade é uma reação normal. Não podemos eliminá-la completamente da nossa vida, mas podemos aprender a gerir e controlar melhor.

CAUSAS DE ANSIEDADE
- Geralmente existe uma combinação de causas. As mais importantes são:
  - A quantidade de stress
    - A ansiedade pode começar no momento em que existam circunstâncias stressantes
    - Se as circunstâncias não bastantes stressantes podem sentir as ansiosas
  - A nossa personalidade
    - Alguns pesquisadores têm demonstrado que o nosso personalidade
      - Algumas pessoas podem tolerar menos e não mais propensos a reagir com ansiedade

APRENDER A CONTROLAR OS SINTOMAS
- Muitas pessoas descobrem as suas próprias maneiras de controlar a ansiedade
- Algumas tentam relaxar, usar técnicas de respiração, monitor a mente
  - Proposta

1. Existe alguma coisa que você já fez quando se sente ansioso? Tente cada vez mais o que a ansiedade melhor? Se sim, o que é?
2. Algumas das coisas que você costuma fazer, pode ter para o seu [seu] [seus]?
3. Existe alguma coisa que você entende que poderia ajudar? Se sim, quais?
COMO PODE SER CONTROLADA A ANSIEDADE

- Quatro métodos têm sido referenciados
  - aprender a relaxar
  - aprender a distinguir do problema
  - aprender a controlar os pensamentos perturbadores
  - aprender a seguir sentimentos de pânico ou decompo de terceiro

- Estes métodos devem ser praticados regularmente antes de poderem ser utilizados com eficiência

RELAXAMENTO

- Porque é útil o relaxamento?
  - Porque a tensão muscular provoca sensações incomodas no nosso corpo, tais como dor de cabeça
  - O relaxamento vai diminuir a ativação dos sistemas do corpo quando estamos ansiosos

- Porque se fala em “aprendizagem” para relaxar?
  - Porque não vem naturalmente
  - São poucas as pessoas que deliberadamente relaxam

RELAXAMENTO – PROPOSTA

1. Tem consciência de se sentir tensa fisicamente?
2. Se sim, qual a parte do corpo que sente mais tensa?
3. Quando é que isto acontece?

COMO APRENDER A RELAXAR?

1. deve aprender a Relaxar todo o corpo completamente
2. deve aprender a encurtar os exercícios para ser capaz de relaxar mais rapidamente
3. deve aprender a usar os exercícios quando estiver a sentir-se ansiosa ou tensa
EM SUMA,

- Estes exercícios permitem-lhe controlar o seu nível de tensão. Ao praticar, deve ter dois objetivos:
  - saber a que ponto quando está realmente relaxado
  - ir desenfreado ou em busca de relaxar no mesmo corpo (pode até mudar isso)
- A prática regular é essencial
- Deve encontrar um lugar adequado para relaxar
- Para começar, lembre-se que está a aprender uma nova habilidade por isso concentre-se
- Depois poderá começar a relaxar quando está a fazer outras atividades

APRENDER A RELAXAR MENTALMENTE, BEM COMO FISICAMENTE

- Algumas pessoas conseguem relaxar fisicamente, mas continuam a pensar em coisas preocupantes ou perturbadoras
- Se isso acontecer, você pode melhorar o relaxamento usando pensamentos ou imagens relaxantes
- Anote uma lista de eventos ou situações em que se sinta completamente relaxado

Por exemplo:
Tente encontrar 3/4 coisas diferentes:
- acordado à ler comprar uma maçã de dentro
- ouvir uma música que goste
- deitar-se ao pé de um belo lago

QUANDO USAR O RELAXAMENTO?

- Quando está ansioso?
  - Comece a usar o relaxamento quando está tenso ou ansioso
  - No momento em que está pronto para fazer isso deve aprender-se dizer para o corpo que tem de ficar mais calmo
- Pode ter que manter esta parte mais relaxada (mão-e-só)
- Algumas sugestões:
  - colher os cafés
  - relaxar uma parte do corpo
  - repetir: "Estou relaxado, estou calmo`
- Verifique se quase tensão fica durante o dia e seja tentando relaxar

ALGUNS PONTOS MAIS SOBRE O RELAXAMENTO

- Controle da respiração
  - Quando está mais ansioso algumas pessoas respiram mais rapidamente
  - Esta respiração "an息息" pode produzir sintomas como tremores, taquicardia
  - Estes sintomas abrandam quando corrigimos a respiração
- Postura
  - coloque-se numa posição confortável
**DISTRAÇÃO**

- Porque é a distração útil?
  - Quando está preocupado ou se sente tensa é difícil não pensar sobre isso
  - No entanto, são esses pensamentos que nos fazem sentir pior
  - Não prestar atenção nos sintomas ou prestar atenção para outras coisas é difícil

- O que pode fazer:
  - decidir não pensar sobre ela
  - ocupar a mente com outras pensamentos

**DISTRAÇÃO _ PROPOSTA**

1. Acha que consegue sentir-se melhor ao envolver-se em uma tarefa?

2. Se assim for, em que se envolve?

---

**COMO SE PODE DISTRAIR?**

- Concentre-se em que está a acontecer ao seu redor
  - Por exemplo, em que estão as pessoas a redor da casa e o que estão a fazer

- Escolha algo que envolva a atenção

- Faça atividades mentais
  - atividades mentais
  - atividades manuais
  - atividades em grupo

- Faça atividades físicas (manter-se ocupada)
  - fazer exercício
  - passear a irmão

---

**CONTROLAR OS PENSAMENTOS**

- Os nossos pensamentos podem fazer-nos sentir ansiosos ou manter a ansiedade

**Proposta**

1. O que passa pela sua mente quando se sente tensa ou ansiosa?

2. Você tem pensamentos que a fazem sentir pior?
   - Se sim, quais são eles?
CONHEÇA OS SEUS PRÓPRIOS PENSAMENTOS

- Os pensamentos que causam ansiedade são difíceis de identificar.
- Eles vão e vem rapidamente e podem tornar-se tornando automáticos.

Proposta
Tente escrever os seus pensamentos "ansiosos".

ENCONTRAR A RESPOSTA PARA OS NÓSSOS PENSAMENTOS

- Uma vez que sabemos o que estamos a pensar, podemos analisar e responder aos pensamentos de forma a sentir-nos melhor.
- Algumas pensamentos parecem irrealistas ou exagerados, outros parecem concentrar-se inteiramente no lado ruim das coisas.
- O objetivo é:
  - aprender a "apanhar" os pensamentos assimetrias ou perturbadores e encontrar a melhor maneira de pensar sobre as mesmas coisas.

CONCLUSÃO

- Aprender a relaxar irá ajudá-la a sentir-se menos ansiosa e ajudá-la a fazer as coisas com mais facilidade.
- Pensando nos seus sintomas torná-los-á mais graves, por isso distrair-se vai fazer sentir-se melhor.
- Se controlar os seus pensamentos perturbadores será mais fácil controlar o ciclo vicioso de ansiedade.
- É mais fácil controlar a ansiedade em fases mais precoces, por isso não deixe evoluir.

GESTÃO DE PÂNICO

- Quando se torna muito ansiosa e em pânico é difícil pensar e agir com clareza.
- Os sentimentos de pânico são normais sensações corporais, mas que não são prejudiciais.
- Comece por utilizar as técnicas de respiração.
- Tente pensar a situação de uma forma mais positiva.
- Comece a planejar o que fazer para tornar a situação mais fácil.
Obrigada pela vossa atenção!

BIBLIOGRAFIA

- Slavit, M. (2002). Improving Relaxation and Control of Anxiety. The University of Texas at Austin.

ANEXO 7
**O que é o stress**

- A palavra stress está muito vincada no nosso vocabulário atual.
- Continua ser expressa por pessoas de diferentes raças e classes sociais.
- As pessoas expressam diferentes experiências desconfortáveis como sendo "sob stress", ou seja:
  - "estar sob stress"
  - "estar sob pressão"
  - "estar sob tensão"

- Muitas vezes falamos de stress como se fosse pressão ou tensão criadas por pressões.

---

**Proposta: Conhece os seus sinais de stress?**

- Inge lhe um inventário: Pense sobre os seus sintomas quando se sente perturbado ou com stress. Anote-os.
- Repare na sua consistência e principalmente dos que mais ou menos acontecem e / ou intensos, em situações de stress ou em situações de estresse.
- Pergunte a seus familiares e amigos se eles sentem quando você está com stress.
- *Quer dizer, "Qual é a sua reação que você está sofrendo?"

- Teste-se. Fique tempo em situações que normalmente perturbem.
Proposta_ De onde vem o stress?

» Pense numa foto e fique em silêncio, fique sem pensamentos e feche os olhos dois minutos de cada vez, se esquecendo de cada uma delas.
» Mantenha-se durante a semana, pergunte quantas vezes você se sentiu estressado e observe a lista.
» Observe cada vez que sente um estresse intenso com que lida no dia-a-dia.
» Escolha um agora fato de estresse que consiga resolver ou obviamente e comece uma ação.
» Escolha um agora social de estresse e dê um passo extra para minimizar o impacto que lhe provoca.

O que é o stress

» Existe muita controvérsia sobre o uso correto do termo stress que é difícil definir com precisão.

» Hans Selye (1980).
» Explica que o estresse é um conceito pouco compreendido.

» Embora o conceito seja geralmente percebido como negativo, Selye (1976).
» Sugere que isso não é sempre o caso. ‘O stress é bom.

» Estress é descrito como uma resposta rápida ou contígua com o ambiente, desenvolvimento e sua habilidade de desempenho.

» O stress mau é descrito com distress.

Stress positivo/ negativo

» Exemplos de stress positivo:

- Sentir-se confiante de que você pode superar um desafio
- Sentir-se alegre e renovado numa comemoração
- Obter uma promoção que esperava
- Estar envolvido em um novo caso de amor

» Exemplos de stress negativo:

- Ver que aprender uma tarefa difícil
- Ficar preso no trânsito
- Ser um filho doente
- Ser um problema com o comensal
- Um funcionário adoece.

Proposta

» Durante a próxima semana, comece a anotar as suas reações de stress, até mesmo as menores.

» Repare quando eles são úteis (aumento de energia, maior concentração, euforia).

» Mantenha os casos em que o stress é desagradável ou desconfortável (tensão, insônia, falta de concentração).

» Comece a distinguir o mau stress do stress problemático.
Definições de stress

- Walter Cannon (1935) foi um dos primeiros a introduzir a terminologia de stress
- O stress é descrito como uma resposta que requer de um indivíduo uma forma de lidar com o perigo de uma situação
- Ele propõe uma resposta de luta ou fuga
  - Quando a pessoa está em perigo ou numa situação difícil ela pode enfrentar o desafio e lutar contra ou o escondê-lo
- Fisiologicamente a resposta é bastante complexa:
  - Adrenalina e noradrenalina são liberadas na corrente sanguínea, para que exista:
    - aceleração do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, aumento da respiração, e boca seca, sem aumento da tensão muscular
- A supervivência de resposta ao stress repetitivamente pode causar a quebra da homeostasia no indivíduo

Definições de stress

- No século 17 a palavra stress foi usada para dificuldades, afinação, desvaneceidades
- Nos séculos 18 e 19 a palavra stress é descrita como pressão, força, tensão ou fortemente esforçado
- No campo da física e da engenharia o stress foi referido como a tensão produzida por uma força externa ou pressão
- William Oster (1910), estudou a relação entre angina e ritmo de vida dos seus pacientes
  - Concluindo que o stress ou tensão poderia causar a doença

As fases do stress

- Alarme
  - para um evento considerado ameaça, o nosso organismo produz adrenalina, dando-nos a possibilidade de lutar ou fugar
- Resistência
  - quando não há resposta fáctica (se desenvolve-se uma maneira de lidar com ela)
  - os recursos são diminuídos mais rapidamente que o habitual
- Exaustão
  - o organismo exige os recursos para lutar com a ameaça e desloca de ser capaz de funcionar normalmente
  - surgem os sintomas de stress e é um aviso agor para evitar doenças para a saúde e prazo

Onde e quando ocorre stress?

- Predominantemente, a energia que gastamos em atividades ou implicações aborrecimentos diárias, cumulativamente, provocam um grande impacto na nossa saúde e funcionamento

  Exemplos:
  - levantar-se tarde porque o alarme não tocou
  - ter repetidamente interrompidos por telefonemas quando estamos a tentar cumprir um prazo importante
  - ficar preso num engarrafamento
  - ter um calendário exigente
  - o carro não ligar quando estamos atrasados para o trabalho
Sintomas do stress

- Dor de cabeça
- Tensão muscular
- Perda de apetite
- Problemas residuais
- Insônia
- Tensão ou tensão crônica
- Absorção da graça
- Perturbação do sono
- Absorção de gás (se este for um sintoma comum a você, pode ser que seja o primeiro e mais doloroso)

Os sintomas apresentados são apenas alguns dos muitos que podem ocorrer em pessoas submetidas a situações de estresse.

O problema, daqui a que surja interesse Stress Management Society é que uma alimentação desequilibrada além de corresponder, aumenta o risco de:

- distúrbios hepáticos
- obesidade
- diabetes
- desigualdades
- doenças coronarianas
- outros sintomas

Objetivos da gestão de stress

- Não é eliminar todo o stress, mas ajustar as situações
- Além disso, o stress muitas vezes é motivador, estímulo
- Assim, o objetivo deve ser o de limitar os efeitos nocivos do stress
- Investigadores verificaram que a relação entre stress e doença pode ser representada numa curva em função de:

A curva mostra:
- Com uma menor quantidade de stress ocorre menor propensão à doença
- Com apenas uma pequena quantidade de stress, uma grande quantidade de propensão à doença pode ocorrer
- Em suma, concluíram que existe uma quantidade ideal de stress
Formas adaptativas / não adaptativas de lidar com o stress

- A má administração do stress é prejudicial.
- É importante fazer isso sem recorrer a formas adaptativas de enfrentamento. Ou seja, evitando:
  - o uso excessivo de álcool ou nicotina
  - dependência de drogas (exemplos: comprimidos para dor, cafeína)
  - comer alimentos ricos em açúcar e gorduras
  - adiar lidar com a situação porque ela é insustentável ou difícil

Isso geralmente faz com que a situação escale, originando problemas maiores.
Ficamos mais irritados e agressivos com nós e com os outros.

Proposta_agir sobre o equilíbrio trabalho-vida

- Pare e olhe para a sua vida. Responda a este pequeno inquérito para saber como está.

- 1. Numa escala de 1 a 10 classifique o seu atual equilíbrio trabalho-vida:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Habitual</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sofrimento (a propósito)</td>
<td>(equilíbrio perfeito)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Em suma

- Se o seu equilíbrio é fraco e o stress é alto, escolha uma atividade que gostaria de fazer, mas que tenha negligenciado (ler, almoçar com um amigo, receber uma massagem, jogar tênis, tomar banho de imersão quente, tocar piano).
- Faça planos para fazer essa atividade pelo menos uma vez na próxima semana.
- Se o seu equilíbrio é fraco e o stress é alto, recorra a prática de exercícios físicos regulares.
- Faça planos para fazer essa atividade pelo menos uma vez na próxima semana.

"Faça algo nova por si todos os dias. É fazer sem culpa.
O objetivo é o equilíbrio, mas a chave é a autorização!"

Proposta

- Numa escala de 1 a 10 classifique o seu atual nível de stress

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muito</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Para o limite</td>
<td>(equilíbrio perfeito)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Stop ao stress

Pratique exercício físico

"Exercício físico é uma forma saudável de canalizar a ansiedade gerada pelo stress e estimula a produção de endorfinas, químicos que promovem o bem estar."

Opte por:

- um exercício que lhe dê prazer e, se possível, pratique-o ao ar livre, desfrutando da paisagem que o rodeia.
- reunir um grupo de amigos e praticar desporto em conjunto é uma excelente forma de manter a motivação.

Trabalhe o corpo e mente

- O sal de chuma e o iog são bons exemplos dessas práticas.

Guarde tempo para pequenos momentos

- Levante-se da cadeira, caminhe um pouco, esteque as pernas, sname sol e ar fresco.
- É importante esse pequenas pausas ao longo do dia, de preferência longe do ecrã do computador.
- O seu corpo agradecerá e o espírito também.

Mime-se com uma mensagem

- Há poucas coisas tão relaxantes como entregarmos nas mãos de um massagista e deixar que os ideias e movimentos o libertem do stress acumulado.

Invista num programa de relaxamento

- Programas intencionadamente concebidos para o bem estar numa fuga perfeta ao mundo quotidiano.
Em suma

- Planeje o seu dia
- Defina prioridades
- Saiba dizer não
- Aprenda a relaxar
- Participe em atividades sociais
- Utilize o diário para escrever
- Proponha-se ler um livro todos os meses
- Realize exercício físico duas a três vezes por semana
- Faça uma boa alimentação e beba com moderação
- Afastese de situações angustiantes ou conflituosas
- Transforme os problemas em desafios

Bibliografia


OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Cuidado com o stress porque: "Mais vale chegar ATRASADO neste mundo... do que adiantado no OUTRO."

www.sorpreenda.com.br
ANEXO 8
Gestão do tempo

- Por vezes é difícil gerir bem o nosso tempo
- Existem razões e várias técnicas eficazes para gerir melhor o tempo
- Estas técnicas podem ajudá-lo com o seu bem mais precioso

O SEU TEMPO

O tempo...
- Gasto é tempo perdido para sempre
- Move-se continuamente e é usado de uma forma ou outra
- Não existe um banco onde possamos retirar o tempo perdido
- É limitado

Assim, a necessidade de organizar melhor o seu tempo

Analise como gasta o seu tempo

- Dêvid a seu dia em segmentos de 15 minutos e escreva o que faz nos mesmos
Analise como gasta o seu tempo

- Em seguida, analyse o total de tempo gasto em cada atividade ao longo do dia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Atividade</th>
<th>Tempo Gasto (min)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Estudo</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>Desporto</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>TV</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Lazer</td>
<td>240</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabalho</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>Alimentação</td>
<td>300</td>
</tr>
<tr>
<td>Dormir</td>
<td>360</td>
</tr>
<tr>
<td>Televisão</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>Relógio</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Passeios</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>Higiene</td>
<td>60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Reflita sobre a sua lista
- Em seguida, avalie que tempo usar para cada atividade
  - Exemplo: pensou que passou muito tempo a ver televisão e pouco a estudar
  - Com base na avaliação, fazer um ajuste e torná-lo específico
  - Exemplo: vou assistir apenas 1 hora de televisão e estudar 2h

Analise como gasta o seu tempo

Uma boa forma de fazer esta mudança é a elaboração de um contrato consigo mesmo (o)
(deve incluir uma recompensa)

Definir metas

- O mais importante que pode fazer para controlar o tempo é definir metas:
  - Diárias
  - Semanais
  - Mensais
  - Anuais
  - Maio longínquas

- Se não tiver uma noção clara, não vai ser capaz de planejar como alcançá-la
- O uso do tempo deve ser organizado para maximizar as possibilidades de alcançar os seus objetivos
Prioridades

- Depois de definir os seus objetivos é necessário priorizá-los
- Nem todos os seus objetivos serão igualmente importantes
- Concentre-se em objetivos de maior importância para si e coloque os outros em segundo lugar

Desta forma, concentre-se em atividades mais importantes para a realização dos seus objetivos mais altos

Desenvolva listas

A
- Atividades que devem ser feitas
  - Exemplo: Hoje é o início desta que a biblioteca está aberta para fazer a tarefa mais importante

B
- Atividades que gostaria de fazer hoje
  - Exemplo: Não terei ligado a um amigo próximo e vou marcar uma reunião de hoje

C
- Atividades que gostaria de fazer se já tiver realizado as anteriores
  - Exemplo: se essa lição tem uma veda que gostaríamos de ver

Além disso, poderá fazer uma lista de coisas a não fazer

- Por exemplo:
  - Se perder tempo a ver televisão, pode querer incluir isso na sua lista

- Assim, terá um lembrete para não ver televisão hoje

Agendamento

- Uma vez priorizadas as suas atividades, pode programá-las em seu dia

- Por exemplo:
  - Quando vai à biblioteca
  - Quando vai ao supermercado

Não se esqueça de agendar um pouco de relaxamento e lazer
Maximize as suas recompensas

Por organizar o seu tempo

Quando dizer não

- Quando está exausto ou em estresse
- Quando está sobrecarregado de trabalho ou sem tempo
- Quando tem prioridades mais importantes e de maior pressão
- Quando não é o seu trabalho ou a sua responsabilidade
- Quando não é a sua área de especialidade ou alguém pode fazer melhor a tarefa

Como dizer não

- Expreme o seu desejo de ajudar. "Em geral, a pessoa não gostar de tornar-se parte do seu mundo" pode ser uma resposta em seu discurso.
- Diga com clareza. "Sou ocupado neste momento e não posso ajudar" pode ser uma resposta em seu discurso.
- Apresente uma alternativa. "Fica mais fácil quando a pessoa não precisa pensar muito sobre o que fazer" pode ser uma resposta em seu discurso.
- Ofereça uma maneira de fazer parte do seu mundo. "Sou ocupado neste momento, mas posso ajudar com outra coisa" pode ser uma resposta em seu discurso.
- Peça tempo para pensar. "Preciso pensar melhor e devolvei mais tarde" pode ser uma resposta em seu discurso.
- Perca o tempo para pensar. "Preciso pensar melhor e devolver mais tarde" pode ser uma resposta em seu discurso.
**Proposta**

- Repare nas solicitações que lhe são feitas durante a próxima semana – sobretudo se tiver falta de tempo.
- Dê autorização a si próprio para dizer Não na próxima situação apropriada.
- No caso de não se sentir à vontade, peça o apoio e o encorajamento a alguém.
- Decida de maneira diplomática de dizer Não.
- Pratique previamente.

**Dizer não**

- Temos dificuldade em dizer não por causa de:
  - Culpa
  - Preocupação com o que os outros pensaram

As listas (A, B, C) e as atividades programadas ajudam a identificar quanto tempo resta para outras atividades e fará dizer não mais facilmente.

---

**Delegar**

- Quando possível levar os outros a fazer as coisas que precisam ser feitas
- Evitar as tarefas que os outros delegam em si
- Seja exigente sobre a delegação de atividades
- Não hesite em procurar ajuda quando você tem pouco tempo ou está sobrecarregada
- Ajude os outros quando eles realmente precisam e você tem tempo disponível
Analisar as tarefas um só vez

- Tanto quanto possível, olhar para as coisas apenas uma vez.
- Por exemplo:
  - Se recebermos um questionário para participar em um estudo sobre stress.
  - Tentamos a colocá-lo de lado e mencionar mais tarde, no entanto, isso é um desperdício de tempo. Se pega nele depois, terá que voltar a familiarizar-se com a tarefa.

Limitando interrupções

- Durante todo o dia é provável que interrompam o que planeou.
- Reconhecendo esse fato, devemos programar o tempo com interrupções.
- No entanto, tente manter essas interrupções ao mínimo.

Como limitar as interrupções

- Pode recusar aceitar telefonemas a certas horas.
- Pedir que ligue mais tarde.
- Com as visitas:
  - pode pedir para agendar uma visita ou voltar mais tarde.

Se quer fazer melhor uso do seu tempo, terá de adotar alguns meios de limitar as interrupções.

Investir tempo

- Precisa investir tempo inicialmente, a fim de beneficiar do bom uso do tempo a posterior.
- Se pensa que está tão pressionado pelo tempo que não tem disponibilidade para se organizar. Estar a necessitar de aplicar habilidades de gestão de tempo.
- Investir no tempo dedicado a organizar-se permite-lhe atingir mais do que é importante para si.
Obrigada pela vossa atenção!

Bibliografia


ANEXO 9
As relações humanas

- São o conjunto de interações que se estabelecem no âmbito de uma sociedade.
- Estas tomam por base vínculos existentes entre as pessoas e tem lugar através da comunicação.
- São primordiais para o desenvolvimento pessoal e intelectual dos seres humanos.
- Este conjunto de interações permite que:
  - As pessoas convivam de forma cordial e amistosa ao basear-se em certas regras aceitas por todos os integrantes da sociedade e em reconhecimento do respeito pelos direitos individuais.

Como se estabelecem as relações entre as pessoas

- As relações humanas são o produto da constante interação entre os membros de uma sociedade.
- Para que se possam estabelecer é importante que exista comunicação.
- É através dela que se expressam:
  - emoções, sentimentos, problemas e experiências vividas.
  - O permíssivo que as outras pessoas as compreendam.

Comunicação

- É utilizada pelos seres humanos para interagir com os seus semelhantes e se organizarem em sociedade.
- Os indivíduos transmitem ideias, significados e pensamentos.
- A comunicação pode ser falada, escrita, gestual, musical, entre outras.
- A interpretação de uma informação é baseada no repertório cultural, formação educacional, comportamento social, experiências vividas.
Tipos de comunicação

Verbal
- Forma de expressar ideias, desejos, opiniões, crenças e valores

Não verbal
- Comunicação corporal
  - Gestos
  - Postura
  - Expressões faciais
  - Silêncio
  - Vestuário

Divide-se em:
- Comunicação escrita
- Comunicação oral

É enfatizada através de emoções e sentimentos

Como se estabelecem as relações entre as pessoas

- Outro aspecto importante para estabelecer este tipo de relação é o conhecimento de si mesmo
  - Ter um conceito claro do que somos
  - Como atuamos
  - Respondemos a certas situações da vida diária
  - Os meus gostos
  - Os meus desejos
  - Os meus limites

Com a finalidade de compreender melhor as outras pessoas

As relações humanas na sociedade

- Visto que, as relações humanas são resultado de uma interação constante entre as pessoas, existe diversos meios onde podemos estabelecer relações

Tipos de relações existentes na nossa vida diária

Relações familiares
Relações escolares
Relações de amizade
Relações de amizade
Relações do irmão
Relações amorosas

Tipos de relações existentes na nossa vida diária

Relações Familiares
- Primeiro lugar onde aprendemos a relacionar
- Estas relações envolvem:
  - Aprendizagem entre pais e filhos
  - Respeito mútuo

Relações na escola
- Onde estabelecemos as primeiras relações sociais
- Na escola aprendemos a cumprir e respeitar as regras
- Estas relações envolvem:
  - Aprendizagem entre estudantes
  - Respeito mútuo

Relações de amizade
- É praticada a tolerância e o respeito
Tipos de relações existentes na nossa vida diária

Relações de amizade
- Nem só na escola construímos relações de amizade
  - É gerida pelo:
    - Respeito
    - Tolerância
    - Aceitação de si mesmo
    - Confiança

Relações no âmbito laboral
- Podemos desempenhar diferentes papéis
  - Esta relação é gerida por:
    - Uma coordenação
    - Responsabilidades
    - Deveres
    - Direitos
  - Nesta relação é essencial:
    - Respeito e confiança
      - Para que se culte um bom ambiente

Relações amorosas
- Relação tão importante como a estabelecida com os nossos familiares
  - Neste tipo de relação é importante:
    - Confiança
    - Respeito
    - Tolerância
    - Junta-se com amor
  - As diferentes formas de pensamento, emoções e sentimentos e modos de vida estão unidos

Para saber lidar com as pessoas precisamos entender que existem relações

Interpessoal
- Relação entre pessoas

Intrapessoal
- Relação consigo mesmo

Tipos de relações existentes na nossa vida diária

Relações intrapessoais
- Autoconhecimento
- Quem sou eu?
- Autodomínio
- Como controlar as minhas emoções?
- Autoafirmação
- Relação direta com a autoaceitação
- Autoavaliação
- Capacidade de autoconstrução positiva

Relações interpessoais
- Autoconhecimento
- Empatia
- Asserção
- Cordialidade
- Ética
As relações interpessoais

Relações humanas

Prejudica o relacionamento interpessoal

- Não ouvir o outro
- Interromper o outro quando ele está a falar
- Falar em tom agressivo
- Importar suas ideias sem se preocupar com as ideias dos outros

Não compreender as outras pessoas

- Não se colocar no lugar do outro - empatia

Favorece um bom relacionamento interpessoal

- Ter habilidades / facilidade em compreender os outros
- Estar disponível para ouvir os outros

Como melhorar

- Melhorar o conhecimento de si próprio
  - Compreender melhor como eu sou
  - Entender as minhas atitudes
  - Meus comportamentos
  - Meus sentimentos
  - Meus objetivos

- Melhor compreensão do outro
  - Observar o seu:
    - comportamento
    - Sentimentos
    - Ações
    - Sentimentos
  - No relacionamento com as outras pessoas, dar oportunidade para ele expressar pensamentos e sentimentos
Melhorar a convivência em grupo

- Entender que em cada grupo as pessoas exercem papéis diferentes
  - Por exemplo:
    - Filho
    - Filho (a)
    - Profissional
    - Amigo (a)
    - Esposa/marido
  - Saber distinguir os diferentes papéis dos diferentes contextos

Desenvolver aptidões para um relacionamento mais eficiente com o outro

- Conforme vamos desenvolvendo o nosso autoconhecimento e o conhecimento do outro, vamos aperfeiçoando a nossa maneira de nos comunicarmos de forma mais eficaz

- Vamos aperfeiçoando as aptidões de como:
  - Ouvir
  - Dialogar
  - Informar
  - Ajudar
  - Elogiar
  - Disciplinar

Os grupos

- Família
- Trabalho
- Lazer
- Amigos
- etc.
Relações Humanas/Conflitos

Conflitos

- Normalmente tem uma conotação negativa.
- É definido como uma incompatibilidade entre duas ou mais pessoas, grupos, organizações.
- Representa uma tensão que envolve pessoas ou grupos, quando existem interesses incompatíveis.
- Pode ser visto com um enfoque mais construtivo.

Foco construtivo

- Podem ser úteis pois, impedem a estagnação e estimulam o surgimento de ideias e estratégias.
- Confronto equilibrado de poderes.
- Pode ser entendido como o núcleo de mudança, como uma manifestação das interações sociais.
- O agravamento ou o atrasar do conflito vai depender das relações internas de cada um.

Causas dos conflitos

- Diferenças de valores.
- Diferenças de percepção.
- Diferenças de interesses.
- Distorções de comunicação.
Tipos de conflito

Tipos de conflitos

- Intrapessoais
  - A pessoa faz sue ou confusio norm do fato, destacando os erros.

- Interpessoais
  - Surge de modo geral pelas diferenças individuais.

- Conflitos socioculturais
  - Os trabalhos que ocorrem com diferentes nacionalidades em termos de costumes, práticas e costumes de confusio.

Formas de lidar com o problema

1. Evitar
   - Abandonar as situações de conflito
   - Refugi-se no trabalho ou em outra tarefa
   - Mudar de assunto, sempre que o conflito é focado
2. Desativar

- Uma pessoa das pessoas implicadas no conflito decide parar ou suspender o conflito para que as coisas acalam.
- As pessoas tendem a encontrar alguns acordos nos pontos menores do conflito.
- Evitam os problemas do conflito para obter mais informações e ter uma oportunidade de ver a situação numa outra perspectiva.

3. Enfrentar o conflito

Consequências dos conflitos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Positivas</th>
<th>Negativas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rompe o equilíbrio da rotina...</td>
<td>Quando não se procuram soluções...</td>
</tr>
<tr>
<td>Desafio à acomodação de ideias...</td>
<td>Há interferências na relações...</td>
</tr>
<tr>
<td>Estimula solução de forma criativa...</td>
<td>Não permite harmonia dos objetivos do grupo...</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Habilidades para resolução de um conflito

1. Diagnosticar a natureza do conflito
2. Envolver-se no conflito
3. Escutar
4. Resolver o problema
**Diagnóstico a natureza do conflito**

- É preciso determinar:
  - Se o problema nos afeta e se tem consequências pessoais
  - Quais as causas do conflito
  - Perceber se a outra parte envolvida no conflito é capaz de estabelecer uma relação de negociação

**Envolver-se no confronto**

- Deve haver disponibilidade de parte a parte e vontade de se empenharem na resolução do problema/conflito.
- O problema que está na origem do conflito deve ser abordado e clarificado pelas partes envolvidas
- Nesta fase, é fundamental que cada uma das partes:
  - Diga, concretamente, o que a outra fez e em que medida isso a afetou
  - Diga o que gostaria que a outra pessoa fizesse

---

**Escutar**

- Ouvir mutuamente
- Escutar implica que prestemos atenção ao conteúdo da mensagem, mas também aos sentimentos e emoções
- Escutar é uma habilidade fundamental para negociar

**Resolver o problema**

- Todas as conclusões devem ser ponderadas e consideradas
- As pessoas devem sentir-se livres para expressar as suas opiniões
- Apresentar argumentos para cada possível solução
- Devem encorajar a compreensão de todas as críticas e dúvidas sugeridas para cada solução
Técnicas para resolução de divergências

- Escute atentamente à ideia do seu interlocutor
- Muestre atenção na sua mensagem
- Não interrompa
- Faça perguntas para que o seu interlocutor clarifique o pensamento e os argumentos
- Estude atentamente as suas expressões faciais
- Diga com frequência "eu compreendo"
- Conduza o discurso a ser ouvido
- Faça perguntas serenas e calmas
- Não imponha as suas ideias, mas propõe-as
- Revele empatia e disponibilidade para chegar a uma solução de consenso

BÁSICO NAS RELAÇÕES

ALGUMAS DICAIS

Empatia

Tenha a capacidade de se colocar no lugar do outro

Aceita o outro

Relacionar-se é olhar para o outro

Evite julgamentos para que o outro não resista de forma defensiva, desconsiderando o que fala
Bom Humor

Qualidade fundamental para manter um bom relacionamento nos diferentes contextos

Comunicação

O homem é um ser social e depende da interação com os seus semelhantes. É fundamental ter feedbacks para facilitar o processo de mudança das pessoas.

Em suma,

- O indivíduo é o resultado do encontro e das interações que estabelece ao longo da vida.
- Gerir essa relação é um desafio permanente.
  - Conhecer-se
  - Conhecer os outros
  - Desenvolver as suas competências:
    - Pessoais
    - Sociais
    - Interessantes
- Compreender a importância do indivíduo na interação.
  - Como o seu êxito ou o fracasso depende do modo como comunicam e agem nessa relação.
Obrigada pela vossa atenção!

Bibliografia


ANEXO 10
Registo diário do humor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Data</th>
<th>Ansiedade</th>
<th>Depressão</th>
<th>Preocupação média com o pânico</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Registo diário do humor

<table>
<thead>
<tr>
<th>Data</th>
<th>Ansiedade</th>
<th>Depressão</th>
<th>Preocupação média com o pânico</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20-04-2014</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>21-04-2014</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>22-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>23-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>24-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>25-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>26-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>27-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>28-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>29-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>30-04-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>01-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>02-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>03-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>04-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>05-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>06-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>07-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>08-05-2014</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ANEXO 11
Registo

Data: ___/___/____
Hora de início: ___:___

Desencadeantes: ____________________________________________________________

Esperado: ___
Inesperado ___

Medo máximo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assinale com um X todos os sintomas que estiveram presentes, mesmo num nível leve:

Dor ou desconforto no peito___
Falta de ar ___
Dormência/formigueiro___
Medo de perder o controlo/enlouquecer___
Náuseas___
Arrepios___
Medo de morrer___

Coração acelerado/palpitações___
Agitação/tremor___
Sentimento de choque___
Suor___
Tonturas/desequilíbrio/vertigem/desmaio___
Sentimentos de irrealidade___

Pensamentos: ________________________________________________________________

Comportamentos: ___________________________________________________________
LIÇÕES

As coisas podem estar mesmo à frente do seu nariz...

LIÇÕES QUE RECEAMOS

Todas nós somos uma coisa. Os textos precisam estar em circunstâncias. Quando mudamos, as visões circunstâncias diferentes. Aprendermos não só a lição sobre elas, sobre o trabalho na solidariedade para um mesmo lugar, não é fato. Somos pessoas sem mesmo lugar ou if, estamos sempre recebendo a mesma lição mas de maneira diferente.

A vida fascina muitas. Não tem atingido arrastar pedras para o nosso. Quando ignoramos as pedras, temos zangado por um tópico. Se ignorarmos o tópico, temos conseguido por um mesmo pedaço. Se fizermos isso, adormecemos em silêncio. Ele deixa ainda temos a lição de dizer: "porque sim".
Viver e aprender

Ensinar lições aos outros

Causa e efeito

O universo recompensa o esforço, não as desculpas.
Adapte-se!

As pessoas felizes não se limitam a aceitar a mudança, abrem-lhe os braços. São elas que dizem: “Por que haveria de querer que os meus próximos cinco anos sejam iguais aos últimos cinco?”

Para se ter alguma coisa na vida e mantê-la, há que estar confortável em relação a ela.

PARA GANHAR DINHEIRO E MANTÊ-LO, TEM DE ESTAR CONFORTÁVEL EM RELAÇÃO AO DINHEIRO!
Desfrute daquilo que tem

Não é o que lhe acontece, é a forma como encara

Desapego versus desinteresse

Num nível mental e físico, estamos a flutuar com a natureza. A natureza não compreende o desapego. À natureza preocupa-se equilíbrio e vez que não compreende estar desapegado e equilibrado. A vida não tem de ser uma batalha constante contra que as coisas flutuam, nem não é indefinida, e não forçar as coisas.

Pode dizer: "Não compreendo como tudo isto funciona?" também não tem de compreender a possibilidade. O mesmo detalhe é saber funcionar com os princípios - não precisamos de o compreender.

A dádiva

O tempo da dádiva é dar uns espasmos muito variados. Se expressar algo em troca, pode-se perguntar se um dia você se surpreenderá se um dia ela acabar e se lhe deu uma coisa que teria de garantir que o dádiva dobrasse e que não saísse do seu
Porquê pensar positivo?

O pensamento colhe resultados

Para quem trabalha?

Como é que descubro a minha paixão?
Faça uso do seu tempo livre

"Aceito!"

E se as pessoas fizessem o que gostam?

Paixão
E se o seu sonho for impossível?

Comece!

Coragem

Experimentar coisas novas
No desporto e na vida tem de se concentrar naquilo que quer

Por que não você?

Quando o aluno está preparado ...

O que significa amar-me?

Quando nos perdoamos, deixamos de criticar as outras pessoas.
O que significa “amar o próximo”? 

Como é que se ama as pessoas? Fazemos substituir a palavra “amor” por um ditado que valoriza o amor indiscriminado. 

Nos relacionamentos, CORRIGIR-SE A SI MESMO FUNCiona, TENTAR MUDAR AS OUTRAS PESSOAS NAO FUNCiona. 

O mundo não tem de mudar 

Para melhorar a sua vida: CORRIGIR-SE A SI MESMO FUNCiona, MUDAR O MUNDO NAO FUNCiona.
QUANDO SE LUTA COM A VIDA, É SEMPRE A VIDA QUE GANHA.

Se quiser mais paz de espírito, deixe de rotular tudo o que acontece como "bem" e "mau".

**SOBRE**

- Podemos passar a vida a racionalizar tudo "bom é bem, mal é mal..."
- Refarem-se a "deuses" quando vemos apenas 1% do todo.
- Enquanto acreditamos que tudo vai correr mal, as coisas continuam a correr mal.
- Mude o seu ponto de vista e tudo mudará.

**PENSAMENTOS**

- Temos duas formas de olhar o mundo:
  - o mundo está como "confusão"
  - o mundo não é bem como está.

**O MUNDO É UMA CONFUSÃO**

- Há um enorme desperdício de energia quando:
  - tentamos encontrar defeitos em tudo
  - ou
  - questionamos.

- Se queremos fazer a diferença e agindo mas, não agonizando.
**O MUNDO ESTÁ BEM COMO ESTÁ**
- A opção alternativa é aceitar o mundo como ele é
- Trabalhar no sentido de fazer do nosso lugar o melhor, mais pacífico

É possível aceitar o mundo tal como está e aceitar a responsabilidade de melhorar as coisas

**SE NÃO FOSSE ISSO, SERIA FELIZ!**
- Temos um “hierarquia de preocupações” e as coisas mais importantes não alvo do maior preocupação

  **Exemplo:** Enquanto temos a perda de partida não nos preocupamos com a dor de cabeça

  “Nós descobrimos coisas com que nos preocupar”

**ENTÃO COMO FICAMOS MENOS IRRITADOS**
- Reconhecendo que o nosso stress é causado pelas regras que existem na nossa cabeça

  Assim que tornarmos as regras menos rígidas ou deixarmos de as ter

  Já não ficaremos irritados quando o mundo real ignorar as nossas regras

**PORQUE HEI-DE APRENDER A CONTROLAR OS MEUS PENSAMENTOS?**
- Por duas razões:
  - Não podemos controlar o ambiente, tempo, opiniões das outras, pressão sobre si
  - Não o que é interior não nos faz feliz

  Lembre-se de um incidente na última semana que o tenha perturbado

  Não são os incidentes que nos perturbam, são os pensamentos sobre eles

  **SÓ POSSO USAR OS MEUS PENSAMENTOS**
PAZ DE ESPIRITO

- Por que hei-de querer paz?
  - Paz é equilíbrio
    - No Kamael aprende-se que o poder depende do equilíbrio e de uma mente tranquila
    O equilíbrio ou a paz do espírito é a sua forma de poder
    Em paz significa ver o todo e não se deixar distrair com promenores

COMO CONSIGO PAZ DE ESPÍRITO?

- É uma questão de atitude
  - É uma questão de desenvolver o hábito diário de relaxar a mente
    - Todas as pessoas que possuem paz de espírito têm uma disciplina diária para manter o equilíbrio
      - Por exemplo, meditar, exatamente e estudar
      - Cada vez mais se faz o seu equilíbrio e o seu silêncio

ESTUDO

- No fim do semestre os participantes eram ensinados a relaxar o corpo e a mente
  - Verificou-se mudança nos pensamentos que aprenderam a relaxar verdadeiramente
  - Os participantes referiam:
    - 'não tinha dormido o suficiente
    - 'meu bebê está gripado
    - 'meu marido está sempre incomodado'
    - 'meu filho está comigo tudo o dia
    - 'meu marido está a partir-se de mim
    - 'eu sou gato arbítrico'

Em termos gerais não tinham "feitiço" nada

Simplemente se deixaram ir

ESTAR ATENTO

- A maioria das pessoas já descobriu quão difícil é viver no presente

- É como andar na corda bamba (provável que ela)
  - Com a prática conseguirá manter cada vez mais o equilíbrio
**Duas Estratégias para Manter a Mente no Presente**

- Despense o tempo que for necessário que for necessário para fazer tudo o que faz.
  - Recorde vivas a vida à pressa

- Pratique "atenção canina"
  - Quando praticamos "atenção canina" reparamos que a coroa de crânio está na verdade ligada

**Diga: Tenho Tempo de Sobra**

**Exemplo**

- Tente conter uma refeição, saboreando cada grafa.

Gradualmente vamos melhorando.

---

**Relaxar para Quê?**

- Terá benefícios a longo prazo.

- Se praticar relaxamento profundo durante muito tempo vai reparar que a qualidade da sua experiência será melhorada para o quotidiano.

- Tornar-se-á mais relaxado e mais intuitivo.

- Quando acalmamos o que se passa no exterior cheiamos o interior.

---

**Estudos**

- Descansar a mente é bom para a saúde.

- Estudaram 23 residentes em lar de 3º idade.

- Os indivíduos foram divididos em dois grupos:
  - grupo 1: atividades diárias
  - grupo 2: não seguirem qualquer tipo de tratamento.

- Após 4 anos:
  - Um quarto do grupo sem tratamento tinha morrido.
  - Todas aquelas que praticaram meditação estavam vivas.
ESTUDOS
- Em 1978, Robert Keith Wallace realizou um estudo sobre meditações e avaliou a idade biológica segundo três indicadores – pressão sanguínea, audição e visão ao porto.
- Verificou que:
  - os indivíduos que meditavam há 5 anos ou menos eram, em média, 5 anos mais novos biologicamente;
  - os indivíduos que meditavam há mais de 5 anos eram, em média, 15 anos mais novos biologicamente.

DICAS PARA RELAXAR/ MEDITAR
- A terapia é um acontecimento diário.
  - Faça todos os dias.
  - À mesma hora, de manhã.
- Faça a sessão.
- Se não tem tempo para relaxar, relaxe na mesa.
- 20 minutos todos os dias para melhorar a sua eficiência.

O relaxamento dá-nos uma sensação de bem-estar, mas também outros benefícios.

E QUANDO AS PESSOAS SÃO HORRÍVEIS
- Quando tiver uma discussão, problemas graves...
  - afaste-se;
  - sente-se relaxado e com calma;
  - profere o seu amor e amor no de forma significativa que lhe importar;
  - não tente neutralizar a água...

DÊ UM DESCONTO A SI MESMO!
- Compensa ser objetivo acerca dos lugares onde levamos o nosso corpo.
- A saúde e os sentimentos são afetados pela energia subita do ambiente à nossa volta.
- Exemplo:
  - Quando os níveis de energia estão em cima, resistência à doença e aos mais humores das outras pessoas.
  - caso contrário...
  - Até depressão e doença.
ARRANJAR ESPAÇO
- Em muitas culturas há a tradição e o respeito pelo tempo que se passa sozinho
- Os grandes mestres, como Cristo, Buda encontraram inspiração na solidão

Todos precisamos de um lugar sagrado sem telefone, relógios, contas
Temas de encontrar o nosso espaço de contemplação e criação

O TODO
- "Quando tentamos escrivhar qualquer coisa isolada, descobrimos que está ligada a tudo o resto no universo" John May
- Devemos olhar as coisas como um todo
- Quando partirmos as coisas perdemos o essencial

GRATIDÃO E PAZ DE ESPÍRITO
- De cada vez que nos sentirmos gratos por algo, ficamos mais em paz
- De cada vez que dizemos "obrigado", estamos a afirmar: "Aceite o que tenho e onde estou. Estou a aprender o que preciso de aprender"

A paz de espírito advém da concentração naquilo que se tem, não naquilo que falta

Quando aceitar a sua vida, verá como tudo nela lhe serve

E DEPOIS?
- Parece razoável presumir que quaisquer qualidades ou talentos que desenvolve nesta vida poderão levar consigo
- Como tal, a nossa melhor aposta é desenvolver-nos ao máximo aqui e agora

Seja o que for que a eternidade me reserve, o meu objetivo atual é fazer com que a minha vida resulte aqui e agora
ANEXO 13
O que é a doença de Parkinson?

- É uma doença neurológica
- Atinge principalmente o modo como a pessoa efetua os movimentos e a capacidade de se mover
- Resulta da degenerescência de um grupo de células de uma zona profunda do cérebro chamada substância negra
- Devido a este tipo de manifestações, inclui-se no grupo das denominadas doenças do movimento

Diferença entre doença de Parkinson e de Alzheimer?

- São ambas doenças neurológicas degenerativas
- As causas e alterações cerebrais são muito distintas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Doença de Parkinson</th>
<th>Doença de Alzheimer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Doença que afeta os movimentos</td>
<td>Doença que afeta a capacidade intelectual</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Causa da doença de Parkinson

- A doença é devida a níveis anormalmente baixos de uma substância química essencial para o controlo dos movimentos ——— Dopamina

A redução da dopamina no cérebro resulta da deterioração de células de um núcleo profundo do cérebro de cuja atividade normal resulta o controlo dos movimentos (substância negra)
Por que se chama doença de Parkinson

- O nome da doença deriva do médico inglês que a descreveu pela primeira vez.

- Embora na altura tenha sido dado pouca importância ao seu trabalho, o fato é que resultou da sua descrição o reconhecimento da doença.

**Definição:**

“Tremor involuntário, com menos força muscular, em partes do corpo não em sono e máximo em repouso com sardinha para inclinar tronco para duas e para passos rápidos não sendo os sentidos e o intelecto afeitos.”

---

**Epidemiologia**

- Calcula-se que a doença atinge entre 100 e 300 pessoas por cada 100 000 habitantes.

- Estima-se que em Portugal existam 15 000 a 20 000 pessoas atingidas pela doença.

- Predomina na raça caucasiana.

- Ligaram-se mais previsilmente nos homens.

- Incidência abaixo dos 50 anos (5%).

- Muito rara abaixo dos 20 anos.

- Habitualmente entre os 60 e 70 anos.

---

**Esclarecimentos**

- É a doença de Parkinson hereditária?

- Não, exceto nas formas precoces (antes dos 40 anos).

- Ter um familiar com a doença parece não aumentar o risco de vir a ser.

- Não existe evidência de que os filhos de um doente tenham risco aumentado de vir a sofrer da mesma.

- É a doença de Parkinson uma doença de velhos?

- Não, embora a frequência aumente com a idade.
Esclarecimentos

» É o envelhecimento normal suficiente para provocar doença de Parkinson?

» Não. No envelhecimento normal também existe redução de dopamina, mas de modo menos marcado.

» Há algum modo de prevenir a doença de Parkinson?

» Não. Não se conhecem formas de prevenir, nomeadamente por se desconhecerem fatores de risco para além da idade.

Sintomas iniciais

» "Freezing": congelar (frio)

» Perda de velocidade e descrença

» Gestural inicial unilateral (mover de repente)

» Paralisia

» Hipotonia

» Hipersensibilidade (olhos de cão, do percalço)

» Dificuldade ao andar (falta cognitiva)

» Salientar e sussurrar

» Depressão/ansiedade

Posteriormente

» Alterações da postura

» Alterações do equilíbrio

» Perturbações da marcha

Sintomas primários

» Tremor de repouso (início unilateral e nas mãos)

» "Tremor interior" (não observável)

» Rígidez plástica (em caso de chumbo)

» Bradicinésia (lentidão anormal dos movimentos voluntários)

» Marcha alterada (distensão, propulsão, "freezing", do balanço dos braços)

» Perturbações do equilíbrio

» Alterações da postura (estatura arriscada)
Sintomas secundários

- Hipértonia
- Rigidez
- Tremor
- Quedas
- Dificuldades gástricas
- Dificuldades urinárias
- Distúrbios auditivos
- Dificuldades na leitura
- Dificuldades na escrita

Esclarecimentos

- Reação negativa ao diagnóstico de Parkinson é normal?
  - Não.
  - São conhecidas fases na incubação da doença, que frequentemente ocorrem com a evolução da doença (momentos de baixa incidência)
  - Estas fases poderão ser relacionadas com a fase de mediação.

Esclarecimentos

- O aparecimento de tremor significa doença de Parkinson e não ter tremor?
  - Não. Existem múltiplas causas de tremores.
  - O tremor na doença de Parkinson surge em repouso e iniciamente não afeta a capacidade de realizar diferentes movimentos do dia a dia.

Sm. O tremor está ausente pelo menos em 1% das doenças no momento do diagnóstico.

Há casos em que nunca chegaram a ter tremor e outras em que a tensificação de movimentos precede o aparecimento de tremor.

As crises iniciais de apraxia surgem normalmente nos primeiros momentos da doença, associadas ao início dos sintomas.
Esclarecimentos

- É a marcha acentuada?
  - Sim. A marcha é particularmente acentuada.
  - No início da doença, existe lentidão do movimento e rigidez que tornam os passos mais curtos e a sequência mais lenta.
  - Posteriormente, a marcha é mais difícil. A marcha desencadeia-se com pequenos passos, por vezes até acelerados.

- Pode a fala ficar diferente?
  - Sim, embora nas fases mais avançadas da doença.
  - A fala pode tornar-se mais lenta, monótona e com baixo volume.

Esclarecimentos

- Reduz-se a capacidade intelectual?
  - É rara na fase inicial, podendo vir a instalar-se nas fases mais avançadas.
  - A falta de movimentos e a postura fixa com rigidez articular podem ser causas de algumas doenças com origem muscular e articular.

O diagnóstico da doença

- O diagnóstico é baseado na história da doença e no exame neurológico.
- O diagnóstico não é fácil.
- Na fase inicial da doença, o diagnóstico é muitas vezes difícil.
- Os sintomas iniciais são inespecíficos.
- Os movimentos num membro de um lado do corpo tornam-se mais lentos, passando o doente a ter dificuldades em realizar algumas tarefas.
- Um dos lados deixa de acompanhar o outro e pode ou não surgir tremor.
- Os agravamentos dos sintomas com o atingimento do ouro bolo é lento.
Tratamento da doença

- A medicação é escolhida conforme os sintomas predominantes e os efeitos indesejáveis que provoca.
- Um doente pode responder muito bem a um determinado medicamento, que no entanto não produz o mesmo efeito.
- O tratamento médico tenta combater o défice de dopamina fornecendo-a artificialmente ou melhorando a utilização e impedindo a degradação da existente.
- A Levodopa (L-dopa) é o melhor fármaco para controlar os sintomas da doença.

Viver com a doença

- A Fisioterapia pode:
  - Aliviar os sintomas, retardar a rigidez e o imobilismo e assim aumentar a independência e melhorar a qualidade de vida.
  - Melhorar o equilíbrio e a coordenação, a sensação de fatiga muscular, as dures e a fraqueza muscular.
- Orientar a vida familiar e social:
  - Manter os contatos e o convívio com a família e amigos, sendo um modo de evitar o isolamento ou solitão.
- Profissão:
  - Manter-se ativo e exercitar enquanto for possível.
  - Em algumas profissões pode ser útil, em determinados momentos da evolução da doença, adaptar a actividade às limitações existentes.

Viver com a doença

- Exercício físico
  - É fundamental por diversos motivos:
    - ajuda a mudar a medicação e obter a contramudança com esses pacientes.
    - melhora a coordenação e a marcha.
- São exercícios aconselhados:
  - marcha
  - natação
  - levantamento
  - exercícios de relaxamento.
- É essencial que seja adaptada às limitações que a doença vai provocando.
- As "cães de perinomés".
Viver com a doença

- A terapia da fala
  - Pode ajudar a reduzir o impacto das modificações de fala
- Outros conselhos
  - coloque as suas dúvidas ao seu médico
  - obtenha informação sobre a doença
  - não se isolhe
  - faça algum exercício diariamente
  - faça periodos de repouso
  - faça coisas que gosta
  - simplifique a sua vida diária
  - aprenda a lidar com o estresse, organizando uma rota de atos
  - modifique a sua casa, mobilidade de modo a ser-lhe mais fácil movimentar
  - modifique a casa em banho de modo a reduzir o risco de quedas

Sobre a cirurgia

- É uma opção quando os medicamentos não conseguem um bom controlo da doença ou quando provocam efeitos laterais incontroláveis
- A cirurgia não trava a progressão da doença
- A estimulação cerebral profunda consegue o controlo dos sintomas
- Não são muitos os doentes com indicação para cirurgia

FIM

Bibliografia

ANEXO 14
O sono é...
- Atividade necessária e insubstituível
- Único mecanismo que o nosso cérebro dispõe para se restaurar
- Período ativo em que se produzem:
  - alterações hormonais
  - bioquímicas
  - metabólicas
  - temperatura corporal

O sono é...
- Fundamental na vida de todos nós
- Uma necessidade fisiológica
- Regenerador
- Responsável pelo nosso equilíbrio físico e emocional
  - Engloba vários graus de profundidade
- Quanto maior for o "débito de sono" maiores serão as consequências negativas

Como se processa o sono?
- Os seres humanos têm um relógio biológico interno de 24 horas, chamado ritmo circadiano
- Período sobre o qual se baseia todo o ciclo biológico do corpo humano, influenciado pela luz solar
- Este relógio está sincronizado com o ciclo dia-noite em que vivemos
Uma má qualidade de sono pode levar:

- Aumento do índice de massa corporal
- Desenvolvimento da obesidade e diabetes
- Diminuição do sistema imunológico
- Aumento de doenças respiratórias ou alérgicas
- Dano cardiovascular
- Aumento da sensação de estadios afectivos negativos (cansaço, ansiedade, depressão)
- Menos concentração
- Leve de memória e consequentemente pior rendimento académico e profissional
- Aumento do risco de acidentes de trabalho ou viação

Porque é que o sono é importante?

- Uma boa noite de sono é essencial para que se sinta bem disposto e ativo
- O sono possibilita o repouso, a reorganização e o rejuvenescimento do corpo e do cérebro
- O sono está directamente relacionado com o nível produtividade
- O sono é essencial para que o seu corpo e mente se sintam bem

Porque é que o sono é importante?

- Diminui a fadiga e as tensões do dia
- A hormona do crescimento sintetiza-se durante a noite
- O cérebro seleciona e reorganiza a informação útil
- Melhora o nosso humor
- A pele regenera-se

Adolescência

- A adolescência pode ser definida como uma fase de transição
- O número de fatores ambientais que intervêm no processo de crescimento é grande, incluindo nutrição e qualidade do sono saudável
- Pesquisas evidenciam que os adolescentes são vulneráveis a dificuldades de sono
- À medida que se desenvolve e começa a relacionar-se com o meio de forma mais independente, ocorrem mudanças na sua rotina e nas relações interpessoais
Adolescência
- A nova rotina é excitante, produz momentos de incerteza e ansiedade, que contribuem para alterações emocionais dificultando o relaxamento no momento de dormir.
- É também frequente o aumento da carga de trabalho escolar com a idade.
- O deslocamento do sono para horários mais tardios está vinculado às alterações orgânicas.
- As modificações hormonais que acontecem durante a maturação física, influenciam os relógios biológicos.

Desenvolvimento do Adolescente e o sono
- Durante este período de desenvolvimento acelerado, os jovens:
  - sofrem mais com alterações físicas e psicológicas (propensão aos trastornos de sono, ansiedade);
  - necessitam de um sono reparador mais longo e de qualidade;
  - apresentam variações na rotina e horário do sono dificilmente controladas e programadas;
  - apresentam alterações horárias;
  - apresentam necessidade de descanso nocturno.

Padrões de sono no adolescente e sonolência diurna
- Estudos indicam que:
  - os lactentes que levam à perda de sono são biológicos e sociais;
  - ainda em idade pré-escolar os 6 a 7 anos com 20:00 horas da hora de deitar tendem a acordar mais cedo;
  - o adolescente ou horário de início das atividades às 5 horas para;
  - os adolescentes dormem menos horas e existem alterações nos horários de sono durante a semana;
  - enquanto os dias seguem em "fase" do sono, os quartos a sono comum e recreativa do sono durante o dia.
- Adolescentes mais altos sonham se para se manterem acordados durante o dia (como a atividade física e a rotina de sono).

Padrões de sono no adolescente e sonolência diurna
- Na adolescência o sono pode ser inconstante, ocorrendo de forma desestructurada devido:
  - A usufrui internet;
  - A não conseguir dormir cedo;
  - A poder dormir até mais tarde nos fins de semana;
  - Os padrões de sono diferem entre gêneros na adolescência:
  - Sexo feminino – tem horários de deitar mais adiantados que o masculino (desenvolvimento físico mais precoces nas meninas);
  - A porcentagem de jovens que dormem mal cresce à medida que aumenta a faixa etária.
**Influências sobre os padrões de sono no adolescente**

- Os princípios são:
  - fatores intrínsecos – processos biológicos que acontecem internamente ao adolescente
  - influências externas – sociais, acadêmico e ambientais

Que desempenham um papel importante nos hábitos de sono

**Fatores intrínsecos**

- Dividem-se em dois tipos:
  - o sistema de tempo biológico – os ritmos circadianos
  - o sistema interno – o sistema de homostasia sono/vigília

- Estudos sugerem que as mudanças que ocorrem na adolescência são no “relógio biológico”

- Desta forma, os adolescentes têm tendência para dormir mais tarde acordar mais tarde

- Isto é referenciado com atraso da fase de sono

**Fatores intrínsecos**

- Estudos indicam que:
  - restringir o sono a 5 horas por várias noites provoca aumento da sonolência diurna, indicando efeito cumulativo de perda de sono
  - as restrições ao sono dos alunos fazem-os sentir-se mais alertas durante a noite, estimulando a tendência a ficar acordado até tarde de novo
  - existe uma correlação entre a secreção de melatonina e o estádio de desenvolvimento (na adolescência ocorre mais tarde)

**Influências externas**

- Para além do atraso de fase inerente outros fatores desempenham um papel significativo

- As exigências, obrigações sociais, exigências académicas tornam-se mais

- Alguns jovens aportam aos trabalhos de casa

- As atividades extracurriculares que ocupam muitas horas semanais

- A televisão, computador, telefones, jogos, socialização com os amigos que estão amplamente disponíveis e muitas vezes sem restrições e regulamentação do tempo passado na tela

- Alguns adolescentes começam a trabalhar a tempo parcial
Consequências da insuficiência de sono na adolescência
- Sonoridade é a consequência mais óbvia
- Lacunas no processamento de informações
- Na adolescência começam a conduzir e saídos à noite
- O cansaço (um sintoma que não implica só fadiga, mas também dificuldade em iniciar determinados comportamentos)
- Os alunos que estão cansados têm problemas para falar algo mais atraente e emocionante, mas não o confesso
- Prestar atenção às informações ou tarefas é muito mais difícil (exemplo calcular para um exame)
- Mostram muita irritabilidade, baixa tolerância à frustração e aumento do raiva

Consequências da privação do sono na adolescência
- Limitação da capacidade de aprender, ouvir, concentrar e resolver problemas, levando a baixo rendimento escolar
- Leva a comportamentos agressivos e à impaciência com os colegas, professores ou membros da família, gerando situações conflituosas e ansiedade
- Provoca ansiedade e faz com que o jovem coma em demasia, levando a aumento de peso
  - Defeitos de memória
  - Mudanças de humor
  - Questa da intensidade

Consequências da privação do sono na adolescência
- Atenção e vigília
  - Queda na atenção e uma diminuição da capacidade de permanecer desperto
- Tempos de reação mais longo
  - Depois de uma noite sem dormir, a vigilância é instável e só prejudicar o desempenho
- Aprendizagem
  - A capacidade de adquirir informações, retê-las e usá-las várias vezes é alterada pela restrição de sono

Consequências da privação do sono na adolescência
- Resposta emocional
  - A adolescência também é um período de risco para distúrbios emocionais e comportamentais
  - A excitação, estresse ou sofrimento pode interferir com o sono
- Contexto social
  - Os adolescentes tem uma grande quantidade de liberdade pessoal, ainda têm dificuldades em escolhas complexas e relativamente poucas restrições
Consequências da privação do sono na adolescência

- O sono... Mulher e adolescente levantando-se com cabelos molhados.
- O sono é crucial para a saúde e ao mesmo tempo pode prever problemas no futuro.
- Causas... Insônia ou sono excessivo.
- O sono é uma parte essencial do nosso ciclo vital.
- A insônia é um problema que afeta muitos adolescentes.
- A insônia é considerada uma das mais importantes causas de estresse e ansiedade.
- Causa 25% dos problemas de saúde em adolescentes.
- Pode ser causada por estresse, medo, insatisfação com o rendimento acadêmico.
- Faz parte do sono e melhorar o sono pode contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico.

O que pode fazer para dormir melhor
Mantenha bons hábitos de sono...

- Não se levante tarde mesmo se tiver dormido mal na noite anterior.
- Levante-se à mesma hora todos os dias.
- Evite fazer seitas durante o dia.
- Vá para a cama apenas quando tiver sono e não antes.
- Se estiver acordado na cama durante mais de 20 minutos levante-se.

O que pode fazer para dormir melhor
Prepare-se para dormir...

- Procure relaxar antes de ir para a cama.
- Não faça esforços mentais ou físicos, como estudar ou ler textos complexos, 90 minutos antes de ir tirar.
- Não se preocupe com os acontecimentos do próprio dia ou do dia seguinte.
O que pode fazer para dormir melhor
A evitar...
- Cafeína seis horas antes de ir para a cama
- Fumar antes de ir para a cama
- Álcool em quantidades elevadas cu como indutor do sono
- Exercício físico à noite

Em síntese,
- Explicar a importância do sono ao adolescente
- É importante criar horários: tempo para estudar, tempo para jogar, para estar no computador, tempo para estar com a família e um tempo de desconexão para dormir
- Concluir todas as tarefas antes do jantar ou então no máximo até às 22:30h

Em síntese,
- Fazer atividades mais relaxantes, ouvir musica, jogos menos violentos
- Se tiver problemas de sono deve de deixar algumas atividades extras permitindo um aumento do horário de sono
- Deixar de consumir cafeína depois das 18h

Obrigada pela vossa atenção!
Bibliografía

- Pérez-Pérez F et al. (1986) "Estudio de la eficiencia del sistema de ventilación en las viviendas". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Fernández-Díaz J et al. (1986) "La contaminación por radón en las escuelas". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Martínez-Martínez J et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones deportivas". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Rodríguez-Rodríguez J et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones culturales". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- García-García E et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones industriales". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Sánchez-Sánchez J et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones sanitarias". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- López-López E et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones residenciales". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Martínez-Martínez J et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones comerciales". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Rodríguez-Rodríguez J et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones recreativas". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- García-García E et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones de servicios a la comunidad". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Sánchez-Sánchez J et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones de servicios a los ciudadanos". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- López-López E et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones de servicios a las empresas". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
- Martínez-Martínez J et al. (1986) "La contaminación por radón en las instalaciones de servicios a las instituciones". Revista Mexicana de Ciencias 26(6):
ANEXO 15
AVALIAÇÃO COGNITIVA NO IDOSO

Drª J. Dulce Sousa

O que é o envelhecimento?

- O processo de envelhecimento é um processo dialéctico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, biomecânicas e psicológicas (Peixoto Netto, 1996)

- Embora exista uma grande variabilidade individual, várias são as características do envelhecimento:
  - perda de peso
  - redução gradual da altura
  - taxa metabólica mais baixa
  - maior tempo de reação
  - diminuição da abordagens
  - nas mulheres, a menopausa
  - declínio funcional do RNP, funções pulmonares e imunológicas
  - comprometimento cognitivo (Håkansson, 2000; Finch, 1990; Hayflick, 1994)

Envelhecimento e o Risco de Quedas

- As principais alterações anatômicas e funcionais que ocorrem durante o processo de envelhecimento e que estão associadas às quedas são:
  - as alterações visuais,
  - as alterações na composição corporal,
  - o declínio nas aptidões cognitivas,
  - em conjunto podem provocar instabilidade postural ou incapacidade de manutenção do equilíbrio, em situações de sobrecarga funcional (Netto, 2002)

Fatores de risco de queda

- Os principais fatores de risco para queda em idosos são:
  - Idade e sexo
  - doenças crônicas
  - funções cognitivas
  - apatias
  - parkinson
  - tonturas/vertigens
  - hipotensão
  - alterações posturais/ marcha
  - viúva
  - auxiliares de marcha
  - bebidas alcoólicas
  - medicação
  - Cuidado impropriado
**Fatores que influenciam o envelhecimento cognitivo**

- geneticos, sendo assim responsáveis por aproximadamente 50% da estabilidade cognitiva ao longo da vida.
- comportamento cultural.
- diferenças entre gêneros, etnias e raças.
- saúde.
- escolaridade, responsável por 30% da revalidação cognitiva.
- atividade física e mental à medida que aumenta o tempo e a repetição das atividades relacionadas com o desenvolvimento cognitivo faz com que o desempenho melhor e o envelhecimento mais lento.
- ideias que efetivamente envolvem estratégias compensatórias e compensam uma redução do desempenho.
- personalidade e humor, evidente se uma melhora nas habilidades e resistência ao estresse da memória e dificuldade de desempenho.
- a quantidade de trabalho, ou seja, o ritmo de adaptação de diferentes cognitivas, depende da procedência e as habilidades.

(Gran & Lear, 2005)

---

**Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aptidões</th>
<th>Características</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Memória de trabalho (recente) e longa</td>
<td>Estável, decréscimo levemente moderado ou moderado. Estável para as situações mais corriqueiras do dia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Memória executiva</td>
<td>Ligeiro decréscimo. Planejamento e execução menos eficientes.</td>
</tr>
<tr>
<td>Velocidade de Processamento</td>
<td>Em decréscimo, com estabilização da ação e pensamento.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Sequeira, 2010)

---

**Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aptidões</th>
<th>Características</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Função visão espacial</td>
<td>Variável, impacta para leitura.</td>
</tr>
<tr>
<td>Cópia de desenhos orientação espacial</td>
<td>Varia a partir dos 50-60 anos.</td>
</tr>
<tr>
<td>Resolução de problemas</td>
<td>Nos desafios, algumas reduções em desempenho.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Sequeira, 2010)
Problemas psicológicos decorrentes do envelhecimento

- Trabalhar com pessoas mais velhas tem sido uma especialidade reconhecida dentro da prática de psicologia
- As questões de maior enfoque são:
  - presença de comprometimento cognitivo (demências e outras perturbações)
  - experiência de múltiplas perdas relacionadas com saúde deitada e condições crônicas de saúde, bem como limites
  - o contexto social do envelhecimento (incluindo habitação, os papéis de família)
  - questões relacionadas com a assistência, a proximidade com a morte, dependência e autonomia
  (Stuart-Hamilton, 2011)

Depressão

- Estudos de pessoas mais velhas que têm mais risco de perturbações dos humor, entes ainda incluem:
  - pessoas que vivem em locais
  - pessoas que vivem em casa e recém-are os serviços de comunidade
  - pessoas com demência
  - pessoas que precisam cuidados de outros membros da família
  - 40% dos residentes em locais sem comprometimento cognitivo estão deprimidos (Mans et al., 2002; Mezey et al., 2004)
  - Cerca de 25% dos idosos que vivem em casa e recém-are os cuidados semelhantes têm uma perturbação depressiva (Barbosa, 1993)
  - A depressão é comum em pessoas com demência (Ballard et al., 1996)
  - Muitos idosos vivem como cuidadores e os aspectos de depressão e descontentamento significativos são altos entre os provedores de cuidado, especialmente femininos (Boddy et al., 2003; Soenen et al., 2003)

Depressão

- Geralmente os idosos são mais propensos a comer o suicídio e são muito menos propensos a tentar o suicídio com sucesso (Conwell et al., 1999; O’Connell et al., 2004)
- Parece existir evidências de falta de apoio social, desordens familiares como fatores de risco para o suicídio em pessoas idosas (Conwell et al., 2002)
- O fato é um fator específico para homens mais velhos que perdem a cérpiga (Cabinet, 2006; O’Connell et al., 2004)
- Um quarto dos idosos que vivem em casa têm alcool no sangue (efeito desestabilizar) (Harwood et al., 2000)
- Problemas de saúde física e estado associados à dependência, depresso e institucionalização em idosos mais velhos (Witter et al., 2001)
- O’Connell et al. (2004) e Conwell et al. (2002) reconhecem a associação de doenças físicas e comprometimento funcional sobre a relação estreita, pelo menos em parte, através de sua relação com a depressão
- Fatores de personalidade também têm sido verificados, incluindo traços de personalidade obsessiva, refletindo reduzida capacidade de adaptação à mudança (Conwell et al., 2002; O’Connell et al., 2004)
• Ansiedade
  - A perturbação de ansiedade generalizada parece ser comum entre pessoas idosas.
  - Barrowclough et al. (2001) destacou a co-occorrência de ansiedade e problemas de saúde física em 80% dos idosos.
  - Nordhus (2008) sugere que a perturbação de ansiedade generalizada começa mais cedo na vida em 60-70% dos casos, no entanto, a fobia (por exemplo, medo de sair ou de ansiedade social) pode se desenvolver em qualquer momento da vida.
  - Muitas vezes, as apresentações da ansiedade fóbica parecem ter um precipitante bastante claro - uma queda, um ataque cardíaco ou um acidente na vida.

• Demência
  - Déficits de memória é característico, mas não suficiente para o diagnóstico.
  - Deterioração progressiva é normalmente esperada na definição da demência.
  - A condição é geralmente delimitada como irreversível, mas com as estratégias terapêuticas este aspecto tende a ser desencanado.
  - Embora as mudanças cognitivas sejam universais na demência, outras características não orgânicas como: depressão, ansiedade, aliciamento, déficits de atenção devem ser observados com atenção.

[Starrs; Henderson, 2013]
Demência

- Um número de diferentes tipos e variantes de demência foi identificadas entre elas:
  - Demência vascular
  - Demência de corpo de Lewy
- Existem algumas diferenças na apresentação entre as demências:
  - A demência de corpo de Lewy é caracterizada por alterações na consciência e comportamento, bem como problemas cognitivos.
  - A demência vascular, por outro lado, é frequentemente associada a sintomas como confusão e dificuldades de memória.
  - A demência de corpo de Lewy é geralmente prograda e progressiva.
  - A demência vascular, por sua vez, é mais frequentemente associada a alterações na consciência e comportamento.
- A incerteza de diagnóstico é frequente em pessoas idosas, particularmente nas demências

(Stoessl-Hamilton, 2011)
Défice cognitivo ligeiro (DCL)

- DCL é caracterizado por queixas subjetivas de cognição e evidência objetiva de comprometimento cognitivo, não sendo suficiente para afetar a vida diária (Mackay McDowell, 2004)

- O risco de desenvolver demência é aumentado quando o diagnóstico efetuado é DCL

Delírio

- É uma doença aguda, complexa e que exige intervenções imediatas para evitar danos permanentes no cérebro e riscos para a saúde (Nouye, 2000)

- A avaliação atempada e o tratamento adequado podem prevenir a deficiência desnecessária, mortalidade prematura, reduzir a carga ao cuidador e melhorar significativamente a qualidade de vida (Conn, 2003)

Avaliação

- Escala de Avaliação de Delírium – Lara Caero
O Cuidador do Idoso

- "a forma como cada cuidador informa percepção a sua situação, influenciam a saúde, o seu bem-estar, a qualidade de vida e, consequentemente a satisfação com a vida, colocando muitas vezes em risco a saúde dos que eles dependem, necessitando também eles de cuidados de saúde e de apoio psicossocial."

(Schult, Tompkins e Rau, 1988; cit Rolo, 2009)

O cuidador do idoso

- A necessidade da família de cuidar da pessoa idosa, mais ou menos dependente pode causar:
  - situações de stress
  - problemas de saúde de ordem não só física mas também mental
  - gerar sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação
  - e uma preocupação constante tanto na pessoa que cuida, como em todos os outros familiares

Oliveira (2009)

O cuidador do idoso

- Segundo Sousa et al. (2004), vários têm sido os estudos que concluem que a depressão e a ansiedade são dois problemas significativos para a maioria dos cuidadores.

- Associados à presença de sintomas depressivos como desespero, frustração, inquietação e sentimentos de tristeza, junta-se a progressiva dependência do idoso, a redução do tempo livre e a ausência de apoio aos cuidadores.

Avaliação
Outros instrumentos

Conclusão

- As quedas são bastante frequentes na população idosa e as suas consequências são potencialmente prejudiciais.
- As consequências das quedas podem ser classificadas como:
  - físicas,
  - psicológicas (Medo de cair ou "Sindrome pós-quedas")
  - sociais.
- Múltiplos fatores de risco são apontados, entre eles: as funções cognitivas.
- Dificuldade de função cognitiva pode levar à criação de ambientes inseguros ou dificuldade de reconhecimento do ambiente ambiente, predispondo a quedas.

Bibliografia

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Dr. J. Dulce Sousa
Centro Hospitalar São João – Pólo Porto/Valongo

Acidente Vascular Cerebral

- O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido pela Organização Mundial de Saúde como:
  - “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e com duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) de provável origem vascular” (OMS, 2005, p.5).
  - Constitui a principal causa de morte em Portugal (OMS, 2012).
  - É a maior causa de incapacidade a longo prazo no mundo (OMS, 2006).

Epidemiologia

- A incidência do AVC é influenciada pelos seguintes fatores:
  - Idade
  - Raça e variáveis geográficas (Baker, 2008)

- Relativamente ao sexo, o AVC tem uma distribuição igualitária (Baker, 2008)
  - No entanto, as mulheres apresentam maior frequência, dor, alterações dos níveis de consciência e desorientação

- O risco de AVC recorrente é de cerca de 3% no primeiro mês e 15% no primeiro ano (Baker, 2008)

Fatores de risco para AVC

Dizem respeito a hábitos de vida que aumentam o risco de doença que podem ou não ser controlados (American Heart Association, 1994)

- Fatores de risco que podem ser controlados:
  - Pressão arterial elevada
  - Tabagismo
  - Diabéticos
  - Doença da artéria coronária
  - Fibração atrial
  - Insuficiência cardíaca
  - IST
  - Doenças do sangue
  - Coaguláveis da doença do sangue
  - Anticoncepcionistas e esteroides
  - Consumo excessivo de álcool
  - Drogas ilegais

- Fatores de risco que não podem ser controlados:
  - Aumento da idade
  - Sexo
  - Inermitividade
  - História de AVC
Sinais de alerta para AVC

- Perda da função sensorial, motora ou de ambas, em metade do corpo
- Alterações visuais, da marcha, da compreensão ou dor de cabeça forte e súbita (Fauci et al., 2006)
- Confusão (falar e compreender)
- Alterações do equilíbrio e da coordenação (American Heart Association, 1994)

Diagnóstico de AVC

- Para o diagnóstico de AVC pode recorrer-se ao exame neurológico básico e à imagiologia cerebral:
  - TC é o exame mais utilizado no estudo inicial após AVC
  - RM (American Heart Association, 1994)
  - Angiografia Cerebral (Fauci et al., 2006)
- Pode, ainda, realizar-se:
  - Ecostadiograma
  - Exames ao sangue (Aders et al., 2003)

Avaliação neuropsicológica após AVC

- A avaliação pode realizar-se da forma estruturada através de testes ou através de uma conversa descontraída com o paciente (Warlow et al., 2007)
- Na avaliação estruturada de pacientes que sofreram AVC é importante utilizar instrumentos de:
  - Ilham (MBIE; Ischa; Teste da dor de cabeça; rotta et al., 1996)
  - Avaliação da severidade do AVC - Pittsburgh Assessment Scale
  - Avaliação da depressão e ansiedade - HADS
  - Avaliação da capacidade para realizar atividades de vida diária
  - Avaliação da Qualidade de Vida no AVC - ECVI-MM
- Avaliação neuropsicológica
Avaliação Neuropsicológica

- Função executiva – Trail Making Test parte B
- Linguagem – PALPA
- Memória – Weschsler Memory Scale
- Capacidades visuo-espaciais – testes de conclusão de imagens e dos cubos da Weschsler
- A orientação, atenção e praxias podem ser avaliadas de forma menos formal

Manifestações clínicas após AVC

- As manifestações clínicas que podem advir de um AVC são muito diversas dado a complexidade da vascularização cerebral (Michel, 2003)
- Alterações neuropsicológicas decorrentes de AVC
  - A relação entre AVC e perda cognitiva ainda não está totalmente clarificada (Ringman et al., 2009)
  - A disfunção cognitiva está mais relacionada com a refeição do desempenho das atividades de vida diária do que com défices motoras (Cao et al., 2007)
  - A história de AVC relaciona-se com a diminuição progressiva da memória e do desempenho visuoespacial (Netz, Luchinger, Ting, Martin, Mayeux, 2006)
  - A memória também pode ser afectada pela depressão desenrolada (Hude et al., 2008)

Manifestações clínicas após AVC

- De acordo com Real College of physicians (2004) o AVC pode conduzir ao aparecimento dos seguintes défices cognitivos:
  - Negligência
  - Apraxia
  - Dificuldades de memória
  - Alterações no funcionamento cognitivo

- Alterações comportamentais
  - Os sintomas comportamentais mais frequentes em pacientes após AVC foram:
    - inertidão
    - irritabilidade
    - apraxia
  - quanto maior a severidade do AVC, mais sintomas comportamentais são apresentados pelos pacientes

Alterações comportamentais

- Cerca de quatro em cada dez das pessoas desenvolvem depressão significativa após o AVC (Hude et al., 2000)
  - Sintomas de depressão:
    - Tristeza
    - Perda de interesse
    - Sentimento de arrependimento
    - Ansiedade
    - Sono
    - Ideação suicida
    - Fraqueza auto-conceito
    - Britabilidade
  - Alterações de personalização
  - Sentimentos de medo e preocupação

(Real College of physicians, 2004)
**O sono**

- O cansaço é uma das queixas mais comuns após um AVC.
- Nos primeiros dias é frequente o paciente dormir bastante.
- Com o passar do tempo é normal que o tempo que passa em alerta aumente.
- No entanto, se o paciente dormir bastante durante o dia vai reduzir o tempo de sono que deverá ocorrer durante a noite.
  
  - Assim, o paciente deve iniciar um programa que ajude a melhorar o seu bem-estar.

- Rudd et al., 2000

**Familiares/ Cuidadores**

- Após o AVC, a preocupação para todos os envolvidos é muito grande.
- Famílias e especialmente os companheiros são susceptíveis de serem profundamente afetados.
- Pode levar muitos meses até se acostumarem ao que aconteceu e se adaptarem às mudanças.
- É provável que o AVC tenha ocorrido sem aviso prévio e isso poderá tornar-se difícil de aceitar.
- A nova situação pode significar expectativas de futuro alteradas ou colocadas em espera.

- Rudd et al., 2000

**Familiares/ Cuidadores**

- Cuidar de alguém a tempo integral pode ser uma tarefa difícil e que causa muito estresse.
- Tornar-se cuidador pode significar uma reorganização de toda a vida e perder a sua antigas dependência.
- Os cuidadores podem ser confrontados com novos papéis e responsabilidades.
- São rares sentimentos de raiva, ressentimento, culpa, ansiedade e depressão.
- Os familiares devem ser envolvidos no processo, recebendo psicoterapia e orientação.

**Objetivos da intervenção do psicólogo - Avaliação do cuidador**

- Avaliação familiar.
- Avaliar a condição emocional da família e os mecanismos de coping.
- Avaliar o nível de conhecimento da condição do paciente.
- Avaliar o impacto funcional.

- American Heart Association, 1996.
Tratamentos

- No tratamento de AVC podemos socorrer-nos de:
  - Fisioterapia, medicamentos e reabilitação (American Heart Association, 1994)
  - Os tratamentos para reverter ou reduzir os efeitos do AVC podem ser:
    - trombólitos
    - anticoagulantes
    - antiepilépticos

A reabilitação após AVC

- A reabilitação deve ser física e neuropsicológica e visa diminuir a dependência e melhorar as capacidades do doente
- A recuperação consiste no retorno à função neurológica tal como ela se apresentava antes do AVC
- A recuperação pode ser incompleta, sendo fundamental a aquisição de competências de compensação da função neurológica alterada
  (Ittel, 2004)

Reabilitação de um paciente que sofreu AVC

- Fauci et al. (2006), enfatiza o trabalho interdisciplinar

Objetivos da intervenção do psicólogo - Avaliação do paciente

- Avaliar o estado emocional e psíquico
- Avaliar o conhecimento do paciente sobre o diagnóstico, tratamento e estratégias de coping
- Fazer rastreio cognitivo
- Dar informações aos familiares sobre o estado cognitivo e emocional do paciente
- Fazer encaminhamento para psiquiatria ou outras áreas
Papel do neuropsicólogo

- O papel do neuropsicólogo em reabilitação consiste em avaliar o perfil cognitivo e emocional, e determinar o padrão de forças e fraquezas cognitivas, com o objetivo de identificar características de um diagnóstico específico e compreender a natureza dos défices

Lezak, 2003

Reabilitação Neuropsicológica após AVC

- Área especializada da psicologia que se direciona ao indivíduo que sofreu algum tipo de lesão ou disfunção cerebral

- Relaciona-se com a melhoria dos défices cognitivos, sociais, e emocionais provocados (Wilson, 2003)

- Objetivos principais:
  - Permitir que o indivíduo atinja um nível ótimo de bem-estar
  - Reduzir o impacto dos défices no dia a dia
  - Permitir a adaptação aos meios em que se encontra inserido

Conclusão

- Após AVC, o principal objetivo é minimizar a lesão aguda e maximizar a recuperação do paciente

- O papel do neuropsicólogo face a um paciente com AVC consiste em avaliar os principais défices para proceder à reabilitação, orientação vocacional e integração social

- Temos de ajudar os pacientes a compreender as suas limitações e encontrar estratégias que possibilitem minimizar o impacto das mesmas

- O AVC não afeta só o indivíduo mas também os cuidadores, pelo que devemos intervir junto deles

Bibliografia


Bibliografía

ANEXO 17
A INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL NOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE DOENTES INTEGRADOS NUM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Objetivo: Analisar a influência do suporte social nos níveis de depressão e ansiedade de doentes referenciados para uma intervenção psico-educativa, em grupo, integrada num programa de reabilitação cardiovascular após síndrome coronária aguda (SCA).

Metodologia: Estudo retrospectivo de 145 doentes maioritariamente do sexo masculino (81%), com idade média 53,3±9,611 anos. Dos 145 doentes inicialmente referenciados 90 cumpriram a totalidade das sessões psico-educativas, 41 recusaram participar e 14 desistiram. Para caracterização do suporte social foi utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). A sintomatologia depressiva e ansiosa foram avaliadas e quartificadas pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de estado-traço de ansiedade (STAI), respectivamente.

Resultados: Os doentes com baixo suporte social apresentam maior proporção de doentes deprimidos (60% versus 40%, p<0,05, baixo versus alto suporte social) e maior prevalência ansiedade clinicamente significativa (67% versus 33%, p<0,05, baixo versus alto suporte social). Não foram encontradas diferenças relevantes entre os grupos de alto e baixo suporte social quanto ao gênero (p=0,44) e escolaridade (p=0,66).

Discussão/Conclusões: A elevada prevalência de estados psicopatológicos entre os doentes integrados em programas de reabilitação cardíaca, confirma a necessidade de instituir a sua pesquisa sistemática e a estruturação de programas de intervenção flexíveis e, preferencialmente, de longa duração. A associação entre suporte social e estados de ansiedade e depressão e a morbimortalidade acrescida associada a estes estados psicopatológicos, realça a necessidade da sua caracterização e do desenvolvimento de estratégias de intervenção psicoeducativas, envolvendo doentes e cuidadores/familiares no processo de reabilitação.
O PAPEL DO PSICÓLOGO/NEUROPSICÓLOGO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO DOENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SEU CUIDADOR

Objetivos: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui a principal causa de morte em Portugal e a maior causa de incapacidade a longo-prazo no mundo. Pela sua prevalência e consequências, tais como, paralisia e alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações da cognição e distúrbios comportamentais este constitui um importante problema de saúde. Desta forma, salientamos a importância da integração do psicólogo/neuropsychólogo na equipa de reabilitação visando intervir com o doente no que concerne à estimulação cognitiva, ao nível emocional e proporcionando apoio aos familiares/cuidador.

Metodologia: Os doentes que sofreram de AVC internados no serviço de Medicina Física e Reabilitação são referenciados pelo fisiatra assistente para verificarem a existência de possíveis défices cognitivos, bem como alterações comportamentais que podem vir a manifestar-se pós AVC. Pela entrevista clínica e com base na literatura é feito um plano individual de avaliação para identificar os défices do doente e delinear a intervenção.

Resultados: O papel do psicólogo/neuropsychólogo face a um paciente com AVC consiste em avaliar os principais défices para proceder à respetiva reabilitação, bem como à orientação vocacional (se necessária) e à integração social. Ajudar os pacientes a compreender as suas limitações e a encontrarem estratégias que possibilitem minimizar o impacto das mesmas. O AVC não afeta só o indivíduo, mas também os cuidadores pelo que devemos intervir junto destes objetivando avaliar a condição emocional da família e mecanismos de coping e psico-educação para melhor lidar com a nova realidade.

Discussão/ Conclusões: A integração do psicólogo na equipa de reabilitação possibilitará uma melhor coordenação de cuidados.

Em estudos futuros consideramos importante aprofundar a relação existente entre AVC e prejuízo cognitivo, uma vez que esta relação ainda não está totalmente clarificada.
ANEXO 19
Guião de anamnese

Dados pessoais
Nome: _________________________________________________________________
Idade: ________  Contacto: _________________________________
Dominância manual: ________________________________

Motivo do pedido
Encaminhamento (quem encaminhou e motivo): ________________________________
Motivo do pedido/ preocupações atuais (segundo o paciente): ______________________
Motivo do pedido/ preocupações atuais (segundo o familiar/cuidador): ______

História pessoal
Dados relativos à infância (parto, desenvolvimento psicomotor, problemas de saúde): ______
Dados relevantes da adolescência (reações às alterações pubertárias): ______________________
História familiar (relacionamentos familiares, estado civil, filhos): ____________
Hábitos e costumes (consumo de álcool, estupefacientes, hábitos tabágicos (frequência e quantidade)): ____________________________
Outros aspectos (perdas significativas, questões econômicas, sexualidade): ______________
História clínica

Início (súbito ou gradual): ____________________________

Evolução da doença (tempo de evolução): ____________________________

Diagnóstico neurológico (considerar o diagnóstico médico e etiológico (AVC,TCE) e características da lesão): ____________________________

Topografia da lesão (dados de TAC e RM devem ser considerados): ____________________________

Medicação atual (tipo e dosagem): ____________________________

Outras doenças atuais (por exemplo: diabetes, HTA, outras): ____________________________

Antecedentes neurológicos ou psiquiátricos: ____________________________

Antecedentes familiares (neurológicos ou psiquiátricos): ____________________________

Percurso escolar e profissional

Percurso escolar (onde estudou, aproveitamento escolar, reprovações, principais dificuldades, habilitações literárias): ____________________________

Percurso profissional (situação profissional atual, profissão atual ou última profissão, se reformado, data em que se reformou, atividade que exerce no emprego): ____________________________

Queixas ou dificuldades

Descriver um episódio ilustrativo das suas maiores dificuldades: ____________________________

Sintomas: □ Tiques ou outros movimentos involuntários

□ Alterações de sono

□ Controlo dos esfínteres

□ Náuseas e vômitos

□ Dores
Convulsões

Alterações do peso ou alimentação

Vertigens

Cefaleias

Alterações do olfato e paladar

Outros: ________________________________________________

Alterações comportamentais: ☐ Impulsividade

☐ Agitação

☐ Agressividade

☐ Isolamento

☐ Teimosia

☐ Comportamento provocatório

☐ Flutuações de humor

☐ Irritabilidade

☐ Baixa tolerância à frustração

Outras: ________________________________________________

Queixas cognitivas: ☐ Dificuldades de planeamento/organização

☐ Dificuldade em adaptar-se à mudança

☐ Dificuldades de aprendizagem e memória

☐ Dificuldade de compreensão

☐ Dificuldades no cálculo (dinheiro)

☐ Dificuldade na leitura

☐ Dificuldades na expressão

☐ Dificuldades de concentração

☐ Dificuldades na escrita

☐ Lentificação da velocidade de processamento
Outras queixas: ____________________________

**Impacto das dificuldades**

Impacto das dificuldades (na vida profissional, familiar): ____________________________

Consciência das dificuldades por parte do paciente: ____________________________

Mecanismos compensatórios: ____________________________

**Outras informações**

Apresentação do paciente e aparência física: ____________________________

O paciente apresenta-se sozinho ou com o acompanhante: ____________________________

Estado emocional (queixas, preocupações, consciência ou compreensão do seu estado (insight)): ____________________________

Atividade motora (hemiplegia, hipocinésia, hipercinésia, tiques): ____________________________

Orientação (revela orientação autopsíquica ou revela orientação alopísquica): ____________________________

Linguagem (sinais afásicos, alterações na fluência verbal, alterações na articulação, alterações na prosódia): ____________________________

Pensamento (confuso, capacidade discursiva e lógica, bloqueios, coerência): ____________________________

Memória (capacidade de relato dos momentos fundamentais da sua vida): ____________________________

Atenção e concentração: ____________________________
Bibliografia


Descrição geral do MoCA

- Instrumento de medição cognitiva com base na teoria psicométrica e estruturas sensitíveis ao desempenho de decisões cognitivas (Memória, memória, desempenho de memória, etc.)

- Avalia diferentes funções cognitivas
  - Memória de trabalho
  - Aprendizagem
  - Aprendizagem de associação
  - Aprendizagem de compreensão
  - Aprendizagem de memória
  - Aprendizagem de memória
  - Aprendizagem de memória
  - Aprendizagem de memória
  - Aprendizagem de memória

- Pode ser usado com uma grande variedade de perturbações que afetam a cognição:
  - IDA
  - Demência
  - Transtorno de ansiedade
  - Transtorno de depressão

- Mais sensível para o estudo neuropsíquico de decisões que a Mini-Mental State Examination (MMSE)

Considerações gerais de administração/unitação

- Materiais
  - Pasta de registro/MoCA

- Tempo de administração
  - Aproximadamente 10 minutos (Neuropsychological Tests, 2005)

- Cotação do desempenho
  - Pontuação máxima de 30 pontos
  - Normal: ≥26/30
  - Atibaia de 1 ponto se o indivíduo tem ≥12 anos de escolaridade (Neuropsychological Tests, 2005)

- População alvo
  - Pode ser utilizado em populações culturalmente diversas, várias idades e diferentes níveis educacionais (Neuropsychological Tests, 2005)

Instruções de administração e Cotação
Estudos de adaptação do MoCA para a população portuguesa

- Solicitação aos autores da prova original
- Tradução e retroversão
- Estudos de verificação da aplicabilidade da prova na população portuguesa, qualidades psicométricas e capacidade diagnóstica
- Em conjunto com os estudos foram realizadas várias análises e aperfeiçoamentos ao manual de administração e teste

(Ferreira, Saldanha, Stabell e Silva-Fraivas, 2010)
Estudo normativo do MoCA para a população portuguesa

- objetivo do estudo:
  - Confirmar a aplicabilidade do MoCA no contexto cultural e avaliar as influências das características sócio-demográficas sobre o desempenho

- os dados normativos foram determinados de acordo com a idade e escolaridade, visto que, foram as mais contribuíram para a previsão dos resultados no MoCA

(Coreiro, Júnior, Costa, Andrade, 2013)

Características psicométricas do MoCA

- Estudos realizados evidenciam boas propriedades psicométricas dos questionários de versões portuguesas, a sua validade, utilidade clínica e equivalência com a prova original

- Os estudos da versão original indicam:
  - boa estrutura interna
  - elevada fiabilidade teste-reteste
  - utilidade no contexto hospitalar, comunitário e investigação
  - Eficácia do MoCA na distinção entre grupos (método, DA, DCL)
  - Baixa sensibilidade do MoCA na identificação de DCI e DA (em rastreamento/avanço) comparativamente com o MMSE

Quadros clínicos e utilidade do MoCA

- MoCA pode ser usado para prever a presença de doenças cognitivas, assim como para avaliação do tratamento. MoCA é uma ferramenta útil para a identificação de pacientes com DCL.

- MoCA é uma ferramenta de diagnóstico de desempenho cognitivo e para avaliação do tratamento.

- MoCA é uma ferramenta útil para identificar pacientes com DCL e DA. MoCA é uma ferramenta útil para a identificação de pacientes com DCL e DA, o que ajuda a identificar pacientes com DCL e DA.

- MoCA é uma ferramenta útil para identificar pacientes com DCL e DA. MoCA é uma ferramenta útil para a identificação de pacientes com DCL e DA.

- MoCA é uma ferramenta útil para identificar pacientes com DCL e DA. MoCA é uma ferramenta útil para a identificação de pacientes com DCL e DA.

Quadros clínicos e utilidade do MoCA

- O rastreiro cognitivo de pacientes com insuficiência cardíaca de viações realizados, visto que, o comprometimento cognitivo destes pacientes é quatro vezes maior. Para tal utilizou-se o Montreal Cognitive Assessment (MOCA) sendo que, as pontuações foram menores no domínio visuospatial, domínio executivo, memória a curto prazo e evolução. Assim, esses resultados sugerem o uso deste teste para triagem cognitiva de pacientes com insuficiência cardíaca estável (Athilingam, King, Burgin, Ackerman, Cushman, Chen, 2011).
Bibliografía


Autoregisto de Esquecimentos Diário

Anote a cada dia todos os esquecimentos que ocorreram (tente escrever no momento em que aconteceram)

<p>| | | | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Segunda-feira</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Terça-feira</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Quarta-feira</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Quinta-feira</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sexta-feira</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sábado</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Domingo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
ANEXO 22
Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Versão Experimental Portuguesa

Nome: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]
Escolaridade: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]
Sexo: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]
Data de nascimento: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]
Data de avaliação: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]
Idade: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]

Vigilância Espacial/Executiva

Copiar o cubo

Desenhar um RELÓGIO ( onze horas e dez ) (3 pontos)

NOMEAÇÃO

Memória

Lêla a lista de palavras. O sujeito deve repeti- la. Realiza dois ensaios. Solicite e evocação de lista 5 minutos mais tarde

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rosto</th>
<th>Veludo</th>
<th>Igreja</th>
<th>Malmequer</th>
<th>Vermelho</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ponte: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]

Atenção

Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência em sentido direto (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Atribuir 1 ponto se o sujeito ler ≤ 3 erros.

Linguagem

Subtrair de 7 em 7 começando no 100. [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que começam pela letra "P" (1 minuto).

<table>
<thead>
<tr>
<th>(N ≥ 16 palavras)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abstração

Semelhança p.ex. entre maçã e laranja = fruta [ ] comendo - bicicleta [ ] religião - régua

<table>
<thead>
<tr>
<th>[Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Evocação diferida

Deve recordar as palavras SEM PISTAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>ROSTO</th>
<th>VELODO</th>
<th>IGREJA</th>
<th>MALMEQUER</th>
<th>VERMELHO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Opcional

Plata de categoria

Plata de escolha múltipla

<table>
<thead>
<tr>
<th>[Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]</th>
<th>[Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]</th>
<th>[Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Origenação

<table>
<thead>
<tr>
<th>[Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]</th>
<th>[Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]</th>
<th>[Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

TOTAL: [Montreal Cognitive Assessment (MOCA)]

Atribuir 1 ponto se o sujeito ler ≤ 3 erros de evocação.

Fonte: Z. Nosredine MD

www.mocatest.org

Versão Experimental Portuguesa: Mário Simões, Horácio Firmeno, Manuela Villar, Mônica Martins (FPCE-UC/HUC; 2007)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Ano</th>
<th>Mês</th>
<th>Dia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2014</td>
<td>04</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>1963</td>
<td>12</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>04</td>
<td>03</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Memória Lógica I

**Registro:** Assinar um canto Unidade de História literalmente evocada. Em cada Unidade de História, registar as respostas não lidas.

**Cotação:** 0 ou 1 ponto por cada unidade de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação descritos no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).

#### História

Uma vez que o personagem principal, Maria, foi presa por ter sido acusada de roubo, quase morreu de fome e fome e fome. A polícia, comovida com a sua história, organizou um pedágio em sua favor.

<table>
<thead>
<tr>
<th>História A</th>
<th>Unidade de História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Critério de Cotação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Maria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Três quatro</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Filhos</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Atrás da câmara</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na soleira</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na cocheira</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>No refúgio</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>De uma escola</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>No centro</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na esquadra</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na casa</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente da casa</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Na frente do portão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### História A

 Pont. Evocação Unida, Históricos

Pont. 5

Pont. Evocação Unida, Temáticas

Pont. 7
### História B

#### 1ª Evocação

<table>
<thead>
<tr>
<th>História B</th>
<th>Unidade de História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Contingência</th>
<th>Contingência 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ao 6</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da tarde</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da Domingo</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>João</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sórias</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>que vive no Ponto</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **História B**
  - Pont. 1ª Evocação Unidade História: Mínimo = 3; Máximo = 5
  - Pont. 1ª Evocação Unidade Temáticas: Mínimo = 0; Máximo = 5

#### Cálculo da Pontuação Total da 1ª Evocação

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>História B</td>
<td>8</td>
<td>19</td>
<td>27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pontuação Total 1ª Evocação**

- História B: Mínimo = 20; Máximo = 50

---

### Memória Lógica I (continuação)

#### História

As seis da tarde, João foi para casa. No entanto, enquanto ele estava em casa, decidiu assistir a um programa de televisão. O programa foi interrompido por um tempo, e João decidiu sair para ver televisão. No entanto, ao voltar, ele notou que sua televisão estava apagada.

#### 2ª Evocação

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nome</th>
<th>Unidade da História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Calcular a Cotação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>João</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da brasa</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de Domingo</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sérgio</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Cálculo da Cotação

- João: 1
- da brasa: 1
- de Domingo: 1
- Sérgio: 1

Total: 4

### Pontuação Total Evocação

Somar as Pontuações das Evocações

- Unidade A: 4
- Unidade B: 3
- Unidade C: 6

Total: 13
### Faces 1
**Tempo Limite:**
Aprovar cada uma das 24 faces durante 2 segundos.

**Registro:**
Assinar (✓) cada associacao correcta. Registrar literalmente as respostas incorrectas.

**Cotação:**
0 ou 1 ponto por item.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>P. Cote</th>
<th>Col.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Pares de Palavras 1
**Tempo Limite:**
Er um par de palavras à cadência de um par em cada 3 segundos. Fazer uma pausa de 5, segundos após a leitura de cada lista. Na tarefa de evocação dar a resposta correta, se o sujeito responder em 5 segundos.

**Registro:**
Assinar (✓) cada associação correta. Registrar literalmente as respostas incorrectas.

**Cotação:**
0 ou 1 ponto por item.

#### Lista A - Pontuação de Evocação
**Minimo:** 0 **Máximo:** 6

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Evocação A</th>
<th>Evocação B</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Caminho = Flecha</td>
<td></td>
<td>✓</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Inseto = Fava</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Répil = Palhaço</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Castor = Papel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Rosa = Saco</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Elefante = Copo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pontuação Total de 1ª Evocação
**Minimo:** 0 **Máximo:** 6

#### Lista B - Pontuação de Evocação
**Minimo:** 0 **Máximo:** 8

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Evocação A</th>
<th>Evocação B</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Estrela = Degrau</td>
<td></td>
<td>✓</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Elefante = Copo</td>
<td></td>
<td></td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Inseto = Fava</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Caminho = Flecha</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Répil = Palhaço</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Castor = Papel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Rosa = Saco</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pontuação Total de 2ª Evocação
**Minimo:** 6 **Máximo:** 10

#### Lista C - Pontuação de Evocação
**Minimo:** 0 **Máximo:** 8

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Evocação A</th>
<th>Evocação B</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Castor = Papel</td>
<td></td>
<td>✓</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Caminho = Flecha</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Estrela = Degrau</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Inseto = Fava</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Rosa = Saco</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Répil = Palhaço</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Benção = Vela</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Elefante = Copo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pontuação Total de 3ª Evocação
**Minimo:** 6 **Máximo:** 10

### Cálculo da Evolução na Aprendizagem

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pontual Evocação</th>
<th>Letra D</th>
<th>Minimo:0</th>
<th>Máximo:10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pontual Evocação</th>
<th>Lista A</th>
<th>Minimo:0</th>
<th>Máximo:10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pontual Evocação</th>
<th>Evolução na Aprendizagem</th>
<th>Minimo:0</th>
<th>Máximo:10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Memória Lógica II**

Registo: Assinar (✓) cada Unidade de História literalmente evocada. Em cada Unidade de História, registar as respostas não literais.

Cotação: 0 ou 1 ponto por cada unidade de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação descritos no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).

### Com ajuda? Sim □ Não □

<table>
<thead>
<tr>
<th>História A</th>
<th>Unidade de História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Contextualização</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Marta</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lopes</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>que vive no Lumiar</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>em Lisboa</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e que trabalha</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>como caçapulo</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>no relatório</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de uma escola</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>que se fez</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>na esquadra</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da polícia</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de ter sido assaltada</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>na Avenida da Libertade</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>na noite anterior</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e de lhes terem roubado</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cinquenta e seis euros</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**História A**

Pont. Evocação Unid. História

**História A**

Pont. Evocação Unid. Temáticas

---

**História A**

Pont. Evocação Unid. História

**História A**

Pont. Evocação Unid. Temáticas

---

<table>
<thead>
<tr>
<th>História B</th>
<th>Unidade de História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Classificação</th>
<th>Evocação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A. 6</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da terra</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da Dominga</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>João</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sousa</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>que vive no Ponto.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estava a ver televisão</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>enquanto se vestia</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>para sair</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O programa foi interrompido</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>por um boletim meteorológico.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a evitar que se prevê mau tempo</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>para aquele dia</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nas próximas duas a três horas.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>que dura até amanhã</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O apresentador disse</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>que o mau tempo pode resultar geadas e chuva</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>até gomo canelinos.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acompanhados de vento fortes</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de 120 km/h</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>João decidiu ficar em casa</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Despeji o seu casaco</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e sentiu-se</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a ver filmes antigos</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pontuação Total Evocação:

Somar as Pontuações das Evocações dos Histórias A e História B

Pontuação Total Unidade Temáticas:

Somar as Pontuações das Evocações Unidades Temáticas História A e História B

História B

Pont. Evocação Unid. História

Mínimo: 0
Máximo: 6

Pontuação Total Unidade Temáticas

Somar as Pontuações das Evocações Unid. Temática História A e História B

Pont. Total Unid. Temáticas

Mínimo: 0
Máximo: 10

Com ajuda? Sim [ ] Não [ ]
### Memória Lógica II (continuação)

**Registro:** Sim ou Não.

**Cotação:** 0 ou 1 ponto por item.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Histórico</th>
<th>Resposta</th>
<th>Cotação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pontuação Total do Reconhecimento**

Minimo = 0  Máximo = 30

---

**Cálculo da Porcentagem de Retenção**

\[
\text{Porcentagem de Retenção} = \left( \frac{16}{6+13} \right) \times 100 = 76.2\%
\]

**Memória Lógica I**

Pont. Evoc. História = 5

**Memória Lógica II**

Pont. Evoc. História = 2
### Faces II

**Registro:** Assinar Sim ou Não.

**Cotação:** 0 ou 1 ponto por item.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>Cotação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

### Pares de Palavras II

**Registro:** Assinar (✓) cada associação correta. Registar literalmente as respostas incorrectas.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Palaque</th>
<th>Resposta</th>
<th>Cotação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Flecha</td>
<td>✓</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Fava</td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Palhaço</td>
<td>✓</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Vela</td>
<td>✓</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Degrau</td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Rápel</td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Saco</td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Copo</td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

### Cálculo da Percentagem de Retenção

\[
\text{Pontuação Total da Evocação} = 5 \\
\text{Porcentagem de Retenção} = \left( \frac{2}{5} \times 100 \right) = 40% \\
\]

### Reconhecimento

**Registro:** Assinar Sim ou Não.

**Cotação:** 0 ou 1 ponto por item.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>Cotação</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

### Pontuação Total do Reconehecimento

\[
\text{Cálculo da Percentagem de Retenção (Faces II)} = \left( \frac{2}{5} \times 100 \right) = 40% \\
\]

---

### Pontuação Total do Reconehecimento

\[
\text{Pontuação Total do Reconhecimento} = 24 \\
\]

---

**Copyright © 1997 by NCS Pearson, Inc., U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2008 por NCS Pearson, Inc., USA e CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial. Este exemplar está impresso em tinta VERDE. Se lhe apresentarmos um exemplar noutro cor é uma reprodução ilegal.**
### Memória Lógica I

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pont. Total da 1ª Evocação</th>
<th>Pares de Palavras I</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>19</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Memória Lógica II

<table>
<thead>
<tr>
<th>Porcentagem de Retenção</th>
<th>Pares de Palavras II</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>76,2%</td>
<td>15%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Somas das Pontuações Escalares

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pontuação Escalar</th>
<th>Pontuação Escalar</th>
<th>Pontuação Escalar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### RESULTADOS

**RESULTADOS**: Compostos do Processo Auditivo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Somas das Pontuações Escalares (Pont. Total de Recuperação)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Percentil**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Percentil</th>
<th>99</th>
<th>95</th>
<th>90</th>
<th>85</th>
<th>80</th>
<th>75</th>
<th>70</th>
<th>65</th>
<th>60</th>
<th>55</th>
<th>50</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Resultado</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**RESULTADOS POR COMP. DO PROCESSO AUDITIVO**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pont. Total</th>
<th>Pont. Escalar</th>
<th>Pont. Escalar</th>
<th>Pont. Escalar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Usar as Pontuações Escalares segundo o Gráfico Estatístico para o n° Interno mais próximo.**
### Análise de Diferenças

<table>
<thead>
<tr>
<th>Resultado 1</th>
<th>Resultado 2</th>
<th>Diferença</th>
<th>Significância Estatística</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Auditivo Imediato</td>
<td>Visual Imediato</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Auditivo Imediado</td>
<td>Auditivo Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Visual Imediado</td>
<td>Visual Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Auditivo Diferido</td>
<td>Reconhecimento Auditivo Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Auditivo Diferido</td>
<td>Visual Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória Imediata</td>
<td>Memória Geral</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória Imediada</td>
<td>Memória de Trabalho</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória Geral</td>
<td>Memória de Trabalho</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Análise de Pontuações Escolares**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pontuação</th>
<th>Questão de Referência</th>
<th>Pontuação</th>
<th>Questão de Referência</th>
<th>Pontuação</th>
<th>Questão de Referência</th>
<th>Pontuação</th>
<th>Questão de Referência</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pares de Palavras I</td>
<td></td>
<td>Cenas de Família I</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Perfil de Resultados

#### Resultados Índices Principais

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Audição</th>
<th>Memória Visual</th>
<th>Memória Espacial</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Pontuações Escalares dos Resultados Principais

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Audição</th>
<th>Memória Visual</th>
<th>Memória Espacial</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Palavras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória de Figuras</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Resultados por Índice Principal

- 155
- 160
- 165
- 170
- 175
- 180
- 185
- 190
- 195
- 200

#### Intervalos de Confiança

- 25-90
- 91-110
- 111-130

#### Índices Principais

- Somas das Pontuações Escalares: 13 20 9
- Percentis: 81 104 96
- Intervalos de Confiança: 25-90 91-110 111-130
INECO FRONTAL SCREENING (IFS) - Versão Portuguesa

Nome: ____________________________

Data de Nascimento: ______/____/____ Data da Avaliação: ______/____/____

1. SERIES MOTORAS (PROGRAMAÇÃO)
“Olhe atentamente para o que estou a fazer”. O examinador realiza 3 vezes a série de Luria (punho, canto, palma). Agora faça o mesmo com a sua mão direita, primeiro comigo e depois sozinho. O examinador realiza as series 3 vezes com o paciente de depois diz “agora faça sozinho”.

Pontuação: 3/3 series consecutivas sozinho: 3/3 pelo menos 3 series consecutivas sozinho: 2/3 o paciente falha 1 mas consegue fazer 3 series consecutivas com o observador: 1/3 o paciente não faz 3 series consecutivas com o observador

2. INSTRUÇÕES CONFLITUOSAS (SENSIBILIDADE À INTERFERÊNCIA)

Pontuação: sem erros: 3/3 um ou dois erros: 2/3 mais de dois erros: 1/3 o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

3. GO-NO-GO (CONTROLO INIBITÓRIO)

Pontuação: sem erros: 3/3 um ou dois erros: 2/3 mais de dois erros: 1/3 o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.
4. DÍGITOS INVERSO

<table>
<thead>
<tr>
<th>ITEM</th>
<th>1ª TENTATIVA</th>
<th>P/F</th>
<th>2ª TENTATIVA</th>
<th>P/F</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>5-1</td>
<td>✓</td>
<td>3-8</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>4-9-3</td>
<td>✓</td>
<td>5-2-6</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>3-8-1-4</td>
<td>✓</td>
<td>1-7-9-5</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>6-2-9-7-2</td>
<td></td>
<td>4-8-5-2-7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>7-1-5-2-8-6</td>
<td></td>
<td>8-3-1-9-6-4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>4-7-3-9-1-2-8</td>
<td></td>
<td>8-1-2-9-3-6-5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. MEMÓRIA DE TRABALHO VERBAL
Meses para trás (consideram-se erros: erros na ordem, omissões, não concluir a tarefa). Diga os meses do ano por ordem inversa, começando pelo último mês do ano.

Pontuação: sem erros: 2; um erro: 1; dois ou mais erros: 0.

dezembro - novembro - setembro - agosto - julho - junho - maio - abril - março - janeiro

6. MEMÓRIA DE TRABALHO ESPACIAL
Assinale os quadrados na ordem indicada, o paciente deverá copiar esta sequência de movimentos por ordem inversa. Comece devagar. O paciente decide que mão prefere utilizar.

A) 1-2
B) 2-4-3
C) 3-4-2-1
D) 4-3-1-2-4

7. PROVERBIOS
1. Cão que ladra não morde
2. Mais vale prevenir que remediar
3. Em casa de ferreiro espeto de pau

8. TESTE HAYLING

Etapa 1: Escute cuidadosamente esta frase e quando eu acabar de a ler, deverá dizer-me o mais rapidamente possível, que palavra poderá completar a frase.
1. Entra e fecha a ________
2. Lutavam como cão e ________

Etapa 2: Desta vez quero que me diga uma palavra que não faça sentido no contexto da frase, que não tenha nenhuma relação com a mesma. Por exemplo: o Daniel pregou o prego com a luva.
1. Abril águas
2. Olho por olho dente por ________
3. Quem tudo quer tudo ________

Pontuação: palavra diferente: 2/ palavra com relação semântica: 1/ palavra exacta: 0.

Pontuação total: 12/30
Índice de memória de trabalho: _____/10

Escola de Inteligência de Wechsler para Adultos - Terceira Edição

Caderno de Registo

Nome: ________________________________________________
Endereço: ____________________________________________
Habilidades Iterárias: 4° Ano de escolaridade
Profissão: Empregado de limpeza
Examinador: _________________________________________

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ano</th>
<th>Mês</th>
<th>Dia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2014</td>
<td>04</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>1965</td>
<td>12</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>04</td>
<td>03</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dados Biográficos

Sexo: [ ] Masculino [x] Feminino

Copyright © 1997 by NCS Pearson, Inc., U.S.A.
Copyright da adaptação portuguesa © 2008 by NCS Pearson, Inc., USA e CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados.


Printed in Portugal. Impreso em Portugal.
ISBN: 978-972-8817-41-4
3. Código - Tarefa de Codificação

Itens Exemplo

Convolução da soma de 2 P e 2 em índia \( vP = \frac{A}{C} \) e \( vP = \frac{B}{C} \). Intervalo de confiança de 95%:

- 90% = 3,2 - 3,6
- 98% = 3,1 - 3,7

Resultado padronizado = 5
Caderno de Respostas

Symbol Search  Ricerca di Simboli  Symbol Sök  Hledání symbolů
Symboles  Símbolos  Symboler  Hl’adanie symbolov
Symboltest  Pesquisa de Símbolos  Merkintunnistus  Figuren Vergelijken

Itens Exemplo

+ ☐ + □ < t ~ ☑ ☐

± ☐ ± □ < t ~ ☐ ☐

Itens Treino

|= < ~ |= ± < ☐ ☑ ☐

↔ ≤ L ~ △ + ≥ ☑ ☐

≈ ☑ ∑ ± L = t ☑ ☐
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th>SIM</th>
<th>NÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
</tbody>
</table>
CÓPIA

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th>Tipo</th>
<th>Tempo</th>
<th>Perc.</th>
<th>Obs.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>A</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>O</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>A</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

TOTAL: 19.5
PERC.: A

REPRODUÇÃO

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th>Tipo</th>
<th>Tempo</th>
<th>Perc.</th>
<th>Obs.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>O</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>A</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

TOTAL: 5
PERC.: A

O Psicólogo __________________
ANEXO 23
wms-III
Escala de Memória de Wechsler — Terceira Edição
Caderno de Registo
### História A

<table>
<thead>
<tr>
<th>Unidade de História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Critério de Cenário</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Maria</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lotes</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>que vive no Limão</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>em Lisboa</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e que trabalha</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>como cozinheira</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>no relatório</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>do uma escola</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quebrou-se</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>na esquina</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da polícia</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de ter sido assassinado</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>da Avenida da Liberdade</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>na noite anterior</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e de fato terem causado</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cinco e seis anos</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tem um quarto</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>filhos pequenos</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a renda por deixar</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e não comem</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>há dois dias</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A polícia</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>comovido com a história desta mulher</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>organizou um pedido</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>em seu favor</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pont. Evolução Unid. Temáticas**
- Memória: 0
- Memória +1: 1

**Pont. Evolução Unid. Histórias**
- História A: 5
- História B: 3

### Cotação

0 ou 1 ponto por cada Unidade, de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação descritos no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).
Memória Lógica I (continuação)

História

As Joas da tia de Donato, João Bautista, que vive no Porto, estava a ver televisão enquanto faltava pouco para o almoço. A sua mãe tinha pedido-lhe que não interrompesse o programa para ir ao banheiro, mas ele não conseguia resistir à vontade de sair para a brincar. Justo quando ia ligar o programa, uma tempestade de vento forte e chuva aconteceu. João percebeu que ia ficar à espera do programa e decidiu continuar a brincar.

1ª Evocação

<table>
<thead>
<tr>
<th>História B</th>
<th>Unidade de História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Classificação/Dificuldade</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

História B
Pont. 1ª Evocação Unidade História: Número = 5
Pont. 1ª Evocação Unidade Temática: Número = 10

Calcular a Pontuação Total da 1ª Evocação

\[
\frac{5}{10} - \frac{5}{10} = \frac{10}{10} = 1
\]

Copyright © 1997 by NCS Pearson, Inc., U.S.A. Copyright da adaptação portuguesa © 2008 by NCS Pearson, Inc., USA e CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial. Este exemplar está impresso em tinta VERDE. Se lhe apresentarmos um exemplar normal com uma reprodução ilegal,
História

As seis da tarde de Domingo, João Sousa, que vive no Porto, estava a ver televisão enquanto se vestia para sair. O programa foi interrompido por um boletim meteorológico e avisou que se previa mau tempo para aquela zona, incluindo chuva e neve, que duraria até ao meio-dia. O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuvadas, acompanhadas de ventos fortes de 120 km/h. Uma tempestade estava em curso. Depois de vestido, João decidiu ficar em casa. Os irmãos mais velhos também ficaram em casa, enquanto o pequeno mais novo saiu para brincar.

2º Evocação

História B

Pont. 2º Evocação Unid. História
Minimo = 0  Máximo = 5

Pontuação Total Evocação
Somar as Pontuações das Evocações Hist. A, Hist. B, 1º e 2º Evocações
Minimo = 0  Máximo = 75

Calcular a Evolução no Aprendizagem

### Parede de Palavras I

**Tempo Limite:**
Ler um par de palavras à cadência de um par em cada 3 segundos. Fazer um pontapé de 5 segundos após a leitura de cada lista. Na tabela de evocação dar a resposta correta, se o sujeito responder um 3 segundos.

**Registro:**
Assinar (V) cada associação correta. Registar literalmente as respostas incorrectas.

**Cotação:**
0 ou 1 ponto por item.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>Ponto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Lista A - Pontuação da Evocação**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>Ponto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Lista B - Pontuação da Evocação**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>Ponto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Lista C - Pontuação da Evocação**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>Ponto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Lista D - Pontuação da Evocação**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Sim</th>
<th>Não</th>
<th>Ponto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pontuação Total Evocação**

Somar os Pontos das Evocações da Listas A a D

<table>
<thead>
<tr>
<th>Minimo</th>
<th>Máximo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pontuação Total de Reconhecimento**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Minimo</th>
<th>Máximo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>48</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---


Proibida a reprodução total ou parcial. Este exemplar está impresso em tintas VERDE. Se lhe apresentarmos um exemplar invermelhado e uma reprodução ilegal.
### Memória Lógica II

Registo:
Assinar (✓) das Unidades de História literalmente evocadas. Em cada Unidade de História, registar as respostas não literal.

Cotação:
0 ou 1 ponto por cada unidade, de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação dos itens no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).

<table>
<thead>
<tr>
<th>História</th>
<th>Unidade de História</th>
<th>Temática</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Memória</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Lopes</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>(que vive no Limiar da)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>em Lisboa</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>e que trabalha</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>como caiu na esquerda</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>no mesmo</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>de uma escola</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>encontra-se</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>na esquerda</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>de trás</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>na Avenida de Libertação</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>na rota anterior</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>de uma ter</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>cinquenta e seis</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>tinha quatro</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>filhos pequenos</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>a mandar por pagar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>e não comia</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>há dois dias</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>A police</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>comovida com a história dessa mulher</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>organizou um petição</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>em seu favor</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**História A**
Pont. Emissão Unid. História
Mínimo = 0  Máximo = 25

**História A**
Pont. Emissão Unid. Temáticas
Mínimo = 0  Máximo = 7
<table>
<thead>
<tr>
<th>História B</th>
<th>Unidade de História</th>
<th>Unidade Temática</th>
<th>Calcular a Conclusão</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>As 3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>da urde</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>de Domingos</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>João</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sousa,</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>que vive no Porto</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>estava a ver televisão</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>enquanto se vestia</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>para sair</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>O programa foi interrompido</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>por um boato meteorológico</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>e avistou que se provava ténue tempo</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>para apressar pora</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>nas proximidades e três horas</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>que choveria até ao amanhecer</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>O apresentador disse</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>que o mau tempo poderia fazer grandezza</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>e choveria</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>até quando estivesse acompanhado de vento forte</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>de 120 quilômetros</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>João decidiu ir em casa</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Depois de sair esquiva-se</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>e sentou-se</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>e ver filmes antigos</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**História B**
Pont. Evocação: Uni. História
Minimo: 0, Máximo: 5

**Pontuação Total Evocação**
Somar as Pontuações das Evocações
Minimo: 0, Máximo: 15

**História B**
Pont. Evocação: Uni. Temática
Minimo: 0, Máximo: 6

**Pont. Total Unid. Temáticas**
Somar as Pontuações das Evocações
Minimo: 0, Máximo: 15
### Memória Lógica II (continuação)

**Registo:**
Assinar Sim ou Não.

**Cotação:**
0 ou 1 ponto por item.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Descrição</th>
<th>Resposta</th>
<th>Nota</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pontuação Total do Reconhecimento**

- **Mínimo = 0**
- **Máximo = 30**

### Cálculo da Percentagem de Retenção

\[
\text{Percentagem de Retenção} = \left( \frac{\text{Pontuação Total}}{30} \right) \times 100
\]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Memória Lógica II</th>
<th>Pontuação Total da Evolução (Mínimo = 0, Máximo = 30)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Memória Lógica I</td>
<td>Pont. Evoc. Antes da História A</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pont. Evoc. Antes da História B</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pont. Evoc. História C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Percentagem de Retenção**

- **Mínimo = 0%**
- **Máximo = 100%**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Número</th>
<th>Referência</th>
<th>Correturas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Sim</td>
<td>Gelo</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pontuação Total do Reconhecimento

Cálculo da Percentagem de Retenção (Faces II)

Pontuação Total do Reconhecimento

Percentagem de Retenção

### Conversão/Pequi dos Comportamentos em Processos Auditivos e dos Resultados

#### Complementares

<table>
<thead>
<tr>
<th>Memória Lógica I</th>
<th>Pont. Total da 1ª Evocação</th>
<th>Pont. Total da Aprendizagem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Memória Lógica II</th>
<th>Percentagem de Retenção</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pares de Palavras I</th>
<th>Percentagem de Retenção</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>90</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pontuação Escolares</th>
<th>Pontuação Escolares</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Memória Lógica I
- Pont. Total: 10
- Total Recollection: 0
- Total Evocação: 0

### Memória Lógica II
- Pont. Total: 5
- Total Recollection: 0
- Total Evocação: 0

### Fases I
- Pont. Total: 10
- Total Recollection: 0
- Total Evocação: 0

### Fases II
- Pont. Total: 5
- Total Recollection: 0
- Total Evocação: 0

### Parâmetros das Fases
- Pont. Total: 10
- Total Recollection: 0
- Total Evocação: 0

### Soma dos Pontos das Escalas
- Pont. Total: 10
- Total Recollection: 0
- Total Evocação: 0

### Relação de % de sujeitos distribuídos pela curva normal

---

### Análise de Diferenças

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teste 1</th>
<th>Teste 2</th>
<th>Diferença</th>
<th>Significância estatística</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Audição Imediato</td>
<td>Visual Immediato</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Audição Imediato</td>
<td>Audição Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Visual Immediato</td>
<td>Visual Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Audição Diferido</td>
<td>Reconhecimento Audição Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Audição Diferido</td>
<td>Visual Diferido</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória Imediata</td>
<td>Memória Geral</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória Imediata</td>
<td>Memória de Trabalho</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memória Geral</td>
<td>Memória de Trabalho</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Resultados Índices Principais

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descrição</th>
<th>10</th>
<th>13</th>
<th>86</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Somas das Pontuações Escolares</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Índices Principais</td>
<td>65</td>
<td>84</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>Percentis</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Intervalo de Confiança</td>
<td>95%</td>
<td>95%</td>
<td>95%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Pontuações Escalares dos Resultados Principais

#### Memória Pretérita

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teste</th>
<th>A</th>
<th>Q</th>
<th>V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>9</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Memória Recentemente Adquirida

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teste</th>
<th>A</th>
<th>Q</th>
<th>V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9</td>
<td>7</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>7</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>6</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Memória Recentemente Adquirida

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teste</th>
<th>A</th>
<th>Q</th>
<th>V</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>5</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Resultados por Índice Principal

| Índice Principal | 165 | 160 | 155 | 150 | 145 | 140 | 135 | 130 | 125 | 120 | 115 | 110 | 105 | 100 |
|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

N.B. As linhas e colunas correspondem às pontuações específicas nos diferentes testes e escalas de memória.
INECO FRONTAL SCREENING (IFS)- Versão Portuguesa

Nome: 

Data de Nascimento ___/___/___ Data da Avaliação 23/05/14

1. **SERIES MOTORAS (PROGRAMAÇÃO)**

"Olhe atentamente para o que estou a fazer". O examinador realiza 3 vezes a série de Luria (punho, canto, palma). Agora faça o mesmo com a sua mão direita, primeiro comigo e depois sozinho. O examinador realiza as series 3 vezes com o paciente de depois diz "agora faça sozinho".

Pontuação: 6 series consecutivas somem: 3/ pelo menos 3 series consecutivas sozinho: 2/ o paciente falha 1 mas consegue fazer 3 series consecutivas com o observador: 1/ o paciente não faz 3 series consecutivas com o observador

\[
\begin{align*}
\text{1/2/3/4/5/6} \\
\text{3/3}
\end{align*}
\]

2. **INSTRUÇÕES CONFLITUOSAS (SENSIBILIDADE À INTERFERÊNCIA)**

"Bata duas vezes quando eu bater uma vez" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). "Bata uma vez quando eu bato duas vezes" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

\[
\begin{align*}
\text{1/3}
\end{align*}
\]

3. **GO-NO-GO (CONTROLO INIBITÓRIO)**

"Bata uma vez quando eu bater uma vez" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). "Não bata quando eu bato duas vezes" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

\[
\begin{align*}
\text{2/3}
\end{align*}
\]

4. DÍgitos Inverso

<table>
<thead>
<tr>
<th>ITEM</th>
<th>1ª Tentativa</th>
<th>P/F</th>
<th>2ª Tentativa</th>
<th>P/F</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>5-1</td>
<td>✔</td>
<td>3-8</td>
<td>✔</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>4-9-3</td>
<td>✔</td>
<td>5-2-6</td>
<td>✗</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>3-8-1-4</td>
<td>✔</td>
<td>1-7-9-5</td>
<td>✗</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>6-2-9-7-2</td>
<td>✗</td>
<td>4-8-5-2-7</td>
<td>✗</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>7-1-5-2-8-6</td>
<td></td>
<td>8-3-1-9-6-4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>4-7-3-9-1-2-8</td>
<td></td>
<td>8-1-2-9-3-6-5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. Memória de Trabalho Verbal
Meses para trás (consideram-se erros: erros na ordem, omissões, não concluir a tarefa). Diga os meses do ano por ordem inversa, começando pelo último mês do ano.

Pontuação: sem erros: 2/ um erro: 1/ dois ou mais erros: 0.

Dez / Nov / Out / Set / Agosto / Jul /
Jen / Maio / Abril / Março / Fevereiro / Janeiro

2 / 2

6. Memória de Trabalho Espacial
Assinale os quadrados na ordem indicada, o paciente deverá copiar esta sequência de movimentos por ordem inversa. Comece devagar. O paciente decide que mão prefere utilizar.

A) 1-2
B) 2-4-3
C) 3-4-2-1
D) 1-4-2-3-4

3 / 4
7. PROVÉRBIOS
1. Cão que ladrar não morde – ladrar, mas e maos
2. Mais vale prevenir que remediar – chaves, entre, ou e hoje
3. Em casa de ferreiro espeto de pau – pessoa, feche a algo e num amanha

8. TESTE HAYLING
   Etapa 1: Escute cuidadosamente esta frase e quando eu acabar de a ler, deverá dizer-me o mais rapidamente possível, que palavra poderá completar a frase.
   1. Entra e fecha a ___________
   2. Lutavam como cão e ___________

   Etapa 2: Desta vez quero que me diga uma palavra que não faça sentido no contexto da frase, que não tenha nenhuma relação com a mesma. Por exemplo: o Daniel pregou o prego com a luva.
   1. Abril águas ___________
   2. Olho por olho dente por ___________
   3. Quem tudo quer tudo ___________

Pontuação: palavra diferente: 2/ palavra com relação semântica: 1/ palavra exata: 0.

Pontuação total: 45/30
Índice de memória de trabalho: _____/10
3. Código - Tarefa de Codificação

Itens Exemplo

2 1 3 7 2 4 8 2 1 3 2 1 4 2 3 5 2 3 1 4

5 6 3 1 4 1 5 4 2 7 6 3 5 7 2 8 5 4 6 3

7 2 8 1 9 5 8 4 7 3 6 2 5 1 9 2 8 3 7 4

6 5 9 4 8 3 7 2 6 1 5 4 6 3 7 9 2 8 1 7

9 4 6 8 5 9 7 1 8 5 2 9 4 8 6 3 7 9 8 6

2 7 3 6 5 1 9 8 4 5 7 3 1 4 8 7 9 1 4 5

7 1 8 2 9 3 6 7 2 8 5 2 3 1 4 8 4 2 7 6
Examinador
Dextro ☑ Esquerdo/Canto ☐

Aderno de Respostas

\[ 6 + 5 = 11 \]

\[ V/P = 77 \quad Pc = 6 \quad I.C.95\% = 71 - 87 \]

Symbol Search
Symbolic
SymbolTest
Διερεύνηση Συμβολών

Ricerca di Simboli
Simboli
Pesquisa de Simbolos
Symbolletning

Symbol Sök
Symbolcer
Merkintunnustus
Figuren Vergelijken

Hledání symbolů
Hl'adanie symbolov

Itens Exemplo

[Diagram of symbols with answers SIM and NÃO]

Itens Treino

[Diagram of symbols with answers SIM and NÃO]

13 - 3 = 10 -> Resultado: 10
6 - 0 = 6 -> Resultado: 6
<table>
<thead>
<tr>
<th>&gt;</th>
<th>&lt;</th>
<th>≠</th>
<th>≥</th>
<th>≤</th>
<th>SIM</th>
<th>NÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>∪</td>
<td>∩</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>≈</td>
<td>∼</td>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊊</td>
<td>⊋</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊊</td>
<td>⊋</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊊</td>
<td>⊋</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊊</td>
<td>⊋</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊊</td>
<td>⊋</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊊</td>
<td>⊋</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊊</td>
<td>⊋</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
<tr>
<td>⊂</td>
<td>⊃</td>
<td>⊆</td>
<td>⊇</td>
<td>⊆</td>
<td>SIM</td>
<td>NÃO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ 13 - 3 = 10 \]