

INSTITUTO SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE - NORTE



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado em Neuropsicologia Clínica

ORIENTADORA DE ESTÁGIO – Dra. Antónia Pinto
Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.

SUPERVISOR – Prof. Doutor Bruno Peixoto
Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

ESTAGIÁRIA – Cláudia Oliveira Bandeira Gandra

Porto - 2013/2014

AGRADECIMENTOS

O presente relatório de estágio representa o culminar de 5 anos de esforço e consequentes resultados positivos na minha Licenciatura e Mestrado em Psicologia.

Os oito meses de estágio passados no Gabinete de Psicologia da Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, E.P.E, foram sem dúvida uma caminhada enriquecedora, transformando-se numa soma de trabalho, dedicação, objetivos e oportunidades que não deixei escapar. No entanto, nada disto teria sido possível sem o enorme apoio, motivação, carinho, paciência, amor e compreensão dos meus pais, Ana Maria e Gil. Dedico-o a eles, em primeira análise, agradecendo todo o apoio, psicológico, monetário, emocional, a paciência, a confiança, o terem acreditado sempre em mim e estarem incondicionalmente ao meu lado, presentes em todas as situações, boas ou más, do meu percurso de vida. A motivação que sempre me transmitiram para ultrapassar cada etapa dos diferentes anos de licenciatura e mestrado, assim como os valores incutidos que fazem de mim aquilo que sou hoje. Ligado a isso, e não menos importante, o à-vontade e liberdade que sempre me deram para viver, em plenitude, todo este percurso académico, sem nunca me deixarem descurar os meus objetivos de estudante.

A imensa gratidão que sinto para com eles será algo que nunca perderei! Obrigada!!

Quero fazer um agradecimento especial à Dra. Antónia Pinto, que me guiou, apoiou e orientou incansavelmente ao longo destes meses. Quero agradecer por todo o conhecimento fundamental que me transmitiu, pela oportunidade e privilégio de ter trabalhado ao seu lado, pela confiança depositada em mim, por todos os momentos de análises e reflexões, pela total disponibilidade em ajudar e não hesitar quando precisei do seu auxílio e pela preocupação e amizade.

Agradeço também, em particular, ao Prof. Doutor Bruno Peixoto (ISCS-N) que me supervisionou e ajudou na construção do meu trabalho, transmitindo-me o que de melhor tinha para ensinar.

A todos os professores do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N) e da Universidade Lusíada do Porto, que me auxiliaram e acompanharam durante todo o meu percurso académico.

Agradeço à minha colega de estágio Andreia, pela simpatia, amizade e disponibilidade que sempre me proporcionou.

Aos profissionais que integram a Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de S. João agradeço a simpatia, auxílio e bom ambiente de trabalho que ofereceram.

Gostaria também de agradecer com muito carinho à minha família e aos meus amigos por me terem acompanhado ao longo deste percurso!

Às minhas amigas, em especial, Joana Sousa e Mónica Pires, por serem eternas companheiras, de inseguranças, dúvidas, reflexões, análises e conversas características da fase de vida por que todas passamos simultaneamente, que foi o estágio académico! Agradeço o apoio, a amizade, a paciência, a disponibilidade e a ajuda por me aguentarem euforias e desgostos, por serem portos de abrigo em alturas menos boas e por me darem incentivo quando mais precisei e sempre que preciso. Obrigada por estarem sempre presentes!

“Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença.”

William Osler

ÍNDICE

Introdução	9
Capítulo I	11
O Contexto Institucional – Centro Hospitalar de São João, EPE.....	11
1.1. Enquadramento Histórico e Caracterização	12
1.2. Unidade de Psiquiatria e de Saúde Mental	13
Capítulo II	16
Serviço de Psicologia e Papel do Neuropsicólogo/Psicólogo Clínico.....	16
Capítulo III	20
Atividades realizadas nas diferentes fases do estágio	20
1. Integração.....	21
2. Observação.....	22
2.1. Consultas de Psicologia – Consulta Externa	22
2.2. Consulta de Gerontopsiquiatria - Consulta Externa.....	23
2.3. Unidade de Internamento	23
2.4. Caracterização da Observação	24
3. Avaliação	26
3.1. Avaliação na Consulta de Gerontopsiquiatria.....	26
3.1.1. Instrumentos de Screening na Consulta de Gerontopsiquiatria.....	28
3.1.2. Instrumentos de Avaliação Neuropsicológica na Consulta de Gerontopsiquiatria.....	30
3.1.3. Demência	31
3.2. Avaliação na Consulta de Psicologia e Unidade de Internamento.....	33
4. Intervenção.....	36
4.1. Intervenção em Gerontopsiquiatria.....	36
4.2. Intervenção em Consulta de Psicologia	40
4.2.1. Intervenção na Perturbação Obsessivo-Compulsiva	41
4.3. Caracterização Global da Intervenção.....	48
5. Outras Atividades	48

Capítulo IV	51
Caso Clínico	51
1. Identificação.....	52
2. Motivo do Pedido.....	52
3. Principais Queixas	52
4. História do Problema Atual	53
5. Anamnese - História de Vida.....	54
6. História Médica.....	55
7. Comportamento ao longo da Avaliação – Apreciação Geral.....	56
8. Avaliação do Caso	57
9. Intervenção.....	59
10. Ponto de Situação e Prognóstico.....	63
11. Reflexão Crítica	63
Capítulo V	66
Reflexão Final	66
Capítulo VI	70
Referências Bibliográficas.....	70

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Horário do Estágio

ANEXO 2 - Grelha de Resultados de Avaliações de algumas Consultas de Psicologia da Consulta Externa

ANEXO 3 - Alguns casos e respetivos Testes de Avaliação Neuropsicológica utilizados na Unidade de Internamento

ANEXO 4 - Gerontopsiquiatria – Exemplos de Avaliações Screening a utentes na consulta externa

ANEXO 5 - Relatórios de Avaliação Neuropsicológica

ANEXO 6 - Testes Aplicados ao longo do estágio

ANEXO 7 - Guião de Entrevista Clínica – Anamnese

ANEXO 8 - Lista de Sintomas Obsessivo-Compulsivos e Respetivo Grau de Ansiedade experienciada por D.

LISTA DE ABREVIATURAS

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

POC – Perturbação Obsessivo – Compulsiva

HSJ – Centro Hospitalar de S. João, E.P.E

ISCS-N - Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

DA – Doença de Alzheimer

MOCA – Montreal Cognitive Assessment

MMSE – Mini Mental State Examination

GDS – Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)

EPR – Exposição e Prevenção de Resposta

Easy Care – Elderly Assessment System

FAB – Frontal Assessment Battery (Bateria de Avaliação Frontal)

DRS-2 – Dementia Rating Scale (Escala de Avaliação da Demência)

CDT – Clock Drawing Test (Teste do Desenho do Relógio)

MMPI – 2 – Inventário Multifásico Minnesota – 2

BLAD – Bateria de Lisboa para Avaliação de Demências

AVD'S – Atividades da Vida Diária

WAIS- III – Escala de Inteligência de Wechsler para adultos – III

TAT – Teste de Apercepção Temática

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

TMT – Trail Making Test

TRVB – Teste de Retenção Visual de Benton

WMS-III – Escala de memória de Wechsler – III

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

WCST – Wisconsin Card Sorting Test

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

SCPD - Sintomas comportamentais e psicológicos da demência

SOC – Sintomas Obsessivo-Compulsivos

DCL – Déficit Cognitivo Ligeiro

INTRODUÇÃO

O presente relatório refere-se ao período de estágio académico realizado no âmbito do Mestrado em Neuropsicologia Clínica, do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N), realizado na Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, E.P.E (H.S.J.). Decorreu sob a orientação da Dra. Antónia Pinto e supervisão do Prof. Doutor Bruno Peixoto, no período compreendido entre 4 de Novembro de 2013 a 30 de Junho de 2014.

O principal objetivo do estágio académico consiste na prática, treino, aprendizagem e aperfeiçoamento a nível técnico, cultural e científico, bem como a nível de relacionamento humano. É uma forma complementar da formação profissional do estagiário no ambiente de trabalho. Podemos referir que é um momento em que temos oportunidade para conhecer a instituição, estabelecer contactos e relacionamentos com funcionários, diretores, entre outros. As vantagens obtidas são inúmeras, não só a nível do crescimento pessoal, mas também numa perspetiva de futuro, uma vez que a convivência e confiança que se geram no local de estágio podem potenciar a abertura de saídas profissionais após a conclusão da formação académica.

O estágio efetuado teve como objetivo integrar e consolidar os conhecimentos apreendidos ao longo da formação, adquirir e melhorar competências no contexto da prática clínica na área de diagnóstico e intervenção neuropsicológica, fornecendo conhecimentos práticos relativos à atividade de um neuropsicólogo.

O presente relatório destina-se, não só a descrever as atividades desenvolvidas ao longo deste, mas também a apresentar um enquadramento do trabalho realizado com todo o conhecimento adquirido durante a licenciatura e o mestrado. Por outro lado, ao longo deste processo, foram também recolhidos os dados necessários para a produção do trabalho de investigação relacionado com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Assim, o documento que aqui se apresenta está dividido em 6 capítulos correspondentes a cada uma das etapas do estágio. No primeiro abordamos o contexto institucional, realizando um breve apanhado do funcionamento da unidade e respetivas características. No segundo, produzimos uma breve resenha sobre a Psicologia Hospitalar e do papel que o neuropsicólogo desempenha nesse contexto. O terceiro capítulo apresenta informações acerca das diferentes fases desenvolvidas no estágio, caracterizando a fase de observação, avaliação e intervenção. No quarto apresentamos a análise e discussão de um

caso clínico, destinando-se o quinto capítulo, a uma reflexão pessoal sobre a atividade desenvolvida ao longo do estágio. O sexto capítulo está reservado às referências bibliográficas consultadas e que serviram de base para a elaboração deste trabalho. Este é complementado com um conjunto de documentos que se anexam e de onde se podem destacar informações de grande relevância para a compreensão do que foi exposto.

Capítulo I

O Contexto Institucional – Centro Hospitalar de São João, EPE

“No hospital, o psicólogo hospitalar também estará a realizar avaliação e atendimento psicológico aos familiares, apoiando-os e orientando-os em suas dúvidas, angústias, fantasias e temores. Junto à família, o psicólogo deverá atuar apoiando e orientando, possibilitando que se reorganize de forma a poder ajudar o paciente no seu processo de doença e hospitalização. Não se pode perder de vista a importância da força afetiva da família. Ela representa os vínculos que o paciente mantém com a vida e, é, quase sempre, uma importante força de motivação para o paciente na situação de crise.”

(Chiattonne H. B., 2003)

Neste primeiro capítulo iremos abordar de forma sucinta, o contexto da instituição, nomeadamente o **Centro Hospitalar de São João, EPE (HSJ)**, com o objetivo de elucidar e dar a conhecer um pouco da sua história. Será, também, efetuada uma detalhada descrição da forma de funcionamento da Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental, onde se desenvolveu o estágio propriamente dito, assim como o papel do neuropsicólogo numa equipa de saúde mental.

1.1. – Enquadramento Histórico e Caracterização

O **Centro Hospitalar de São João, EPE** foi criado pelo Decreto-Lei n.º 22917, de 31 de Julho de 1943, com a designação de Hospital Escolar do Porto, ligado à Faculdade de Medicina do Porto. No entanto, a sua construção havia sido decidida em 1933, de acordo com o projeto do alemão Hermann Distel. Na altura, a mesma acabou por não ocorrer na data prevista, devido a atrasos na aprovação do projeto e também pela influência da II Guerra Mundial, pelo que a sua inauguração ocorreu apenas a 24 de Junho de 1959.

Considerado como um dos maiores e melhores hospitais portugueses, está ligado umbilicalmente à História e à vida da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, tendo sido inaugurado dentro do conceito de hospital escolar. A partir de 1960 acolheu as instalações da FMUP, preconizando assim uma conceção de proximidade entre o estudante e a vida hospitalar.

Já na data de 31 de Dezembro de 2005, o **HSJ** passou a Entidade Pública Empresarial e deu início a um processo de reorganização (a nível interno) e de investimento, no sentido de criar melhores condições para os seus doentes. Atualmente é constituído por um edifício de 11 pisos (2 dos quais se localizam no subsolo), e por um conjunto satélite de edifícios. Dentro do edifício principal encontram-se albergados os serviços de Urgência, Internamento, Laboratórios e Imagiologia, Hoteleiros e a globalidade dos Serviços Administrativos e de Gestão. Neste momento dispõe de uma lotação oficial de 1124 camas e diversas especialidades médicas e cirúrgicas, possuindo também uma multiplicidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados.

O Serviço de Urgência do **HSJ** é diferenciado em Pediátrico e de Adultos. No entanto, em algumas das especialidades os serviços são comuns, como é o caso da Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, que efetuam o atendimento urgente num espaço físico externo à área da Urgência.

Todos estes Serviços estão agrupados em 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG): de Medicina; de Cirurgia; da Mulher e Criança; dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; da Urgência e Cuidados Intensivos e da Saúde Mental.

Nos edifícios externos estão localizados: o Centro de Ambulatório, que inclui as Consultas Externas, Hospitais de Dia e a Unidade de Cirurgia do Ambulatório, e também o Serviço de Instalações e Equipamentos.

De referir ainda, que esta instituição presta assistência direta à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. Abrange uma população de cerca de 3 milhões de pessoas, uma vez que atua como centro de referência para os distritos do Porto, Braga e Viana do Castelo.

1.2. – Unidade de Psiquiatria e de Saúde Mental

Este serviço existe precisamente há 50 anos, tendo sido criado no ano de 1963. Presentemente, é dirigido pelo Dr. António Roma Torres e assessorado pela Dra. Manuela Moura, sendo que a mesma é também responsável pela coordenação do Ambulatório de Psiquiatria.

Localiza-se na ala norte do H.J.S, ocupando os pisos -1, 1 e 2, uma vez que abarca múltiplas áreas de atendimento, gabinetes e unidades. O serviço presta assistência a todas as freguesias do conselho da Maia e às freguesias de Paranhos, Bonfim e Campanhã pertencentes ao conselho do Porto, o que não implica que os utentes que residam noutras áreas não possam usufruir do serviço.

Como em qualquer outra unidade hospitalar, este serviço é composto por uma equipa de trabalho que engloba diversas especialidades no que respeita a profissionais de saúde. Podemos então destacar, os Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros e também Assistentes Sociais.

Para além dos profissionais de saúde, podemos também mencionar um grupo de quatro grandes unidades que existem neste serviço, nomeadamente: a Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso; a Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática; a Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia e a Unidade do Jovem e da Família, sendo que o estágio foi desenvolvido na primeira. Dentro destas, podemos ainda distinguir outras unidades, designadamente: a Unidade de Internamento, a Unidade de Consulta Externa; o Gabinete de Terapia Ocupacional e o Gabinete de Psicologia. Em seguida realizaremos uma breve síntese acerca do funcionamento e caracterização de cada uma delas.

A Unidade de Internamento é orientada pelo Prof. Doutor Manuel Esteves e funciona em permanência (24 horas por dia). Possui um número total de 30 camas, sendo que 15 pertencem ao setor do sexo feminino e as outras 15 ao setor do sexo masculino. De salientar, que 24 dessas 30 camas encontram-se reservadas para os utentes que são atendidos na Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso e as que restam são destinadas aos utentes atendidos na Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família.

No internamento, dada a maior gravidade das patologias, os pacientes são supervisionados regular e diariamente pela equipa integrante deste serviço de saúde. Os utentes podem ser internados devido a proposta por parte do serviço de urgência, hospital de dia ou consulta externa, podendo ser de forma voluntária ou compulsiva. As patologias psiquiátricas dos pacientes podem ser dos mais diversos tipos, desde perturbações da personalidade, demências, estados depressivos, entre outras. Deste modo, a intervenção pode englobar a psicoterapia, tratamento através de fármacos e mesmo terapia ocupacional quando considerada adequada por parte do psiquiatra que segue o utente. Relativamente ao período de internamento, irá depender de caso para caso.

A Unidade de Consulta Externa abrange a consulta de psiquiatria geral, na qual se incluem os quadros de psicopatologia geral, abarcando também as consultas especializadas. Esta unidade é coordenada pela Dra. Manuela Moura.

A Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia admite utentes por proposta do psiquiatra que efetua o seguimento destes na unidade de internamento, ou pelo psiquiatra assistente através de consulta externa. Nesta unidade os doentes são acompanhados pelo médico, psicólogo e enfermeiros durante o dia e no tempo restante ocupam-se com as atividades proporcionadas pelo gabinete de terapia ocupacional. É coordenada pela Dra. Rosário Coral e o seu funcionamento decorre entre as 9h e as 16h. Tem capacidade para 20 utentes, ou seja, 10 indivíduos do sexo feminino e 10 do sexo masculino, sendo que estes não podem permanecer por um período superior a 6 meses. Embora alguns utentes possam, de forma casual, frequentar esta unidade, de acordo com as indicações do seu psiquiatra, o que é definido como internamento por episódios. Estes doentes, apesar de passarem o dia no hospital, têm total liberdade para sair.

O Gabinete de Terapia Ocupacional encarrega-se de proporcionar múltiplas atividades aos doentes, que são supervisionadas, orientadas e monitorizadas pelos terapeutas ocupacionais. Este gabinete, desempenha portanto um papel crucial, no que respeita à organização e estruturação do tempo dos utentes que se encontram na Unidade de Internamento e Hospital de Dia.

O Gabinete de Psicologia é constituído pelos psicólogos que integram o corpo clínico do serviço. Executam fundamentalmente uma avaliação psicológica dos utentes recorrendo, para tal a um conjunto de instrumentos próprios para o efeito. Esta avaliação pode ocorrer em contexto de hospital de dia, consulta externa ou internamento, sendo que as solicitadas com mais frequência são as neuropsicológicas; de personalidade e intelectuais. É, também, frequente o pedido de consultas para apoio psicoterapêutico a utentes que apresentam diferentes faixas etárias e psicopatologias diversas.

Os utentes que ingressam neste serviço, podem vir encaminhados dos serviços do Hospital de Dia ou dos Centros de Saúde da área em que residem, no entanto o maior número de encaminhamentos advém do próprio serviço de Psiquiatria, do qual é parte integrante.

Este gabinete situa-se no espaço destinado à consulta externa, ou seja, no piso 1 e é orientado e coordenado pela Dra. Antónia Pinto, sendo que dele também fazem parte outros psicólogos. Recebe ainda anualmente vários estagiários de Psicologia, quer sejam curriculares ou profissionais, oriundos de diferentes instituições e universidades.

Capítulo II

Serviço de Psicologia e Papel do Neuropsicólogo/Psicólogo Clínico

“Ser Psicólogo é uma imensa responsabilidade. É também uma notável dádiva pois recebemos o dom de usar a palavra, o olhar, as expressões, e até mesmo o silêncio. O dom de tirar lá de dentro o melhor que temos para cuidar, fortalecer, compreender, aliviar...”

Walmir Monteiro

Ao longo dos tempos a Psicologia tem vindo a demonstrar o quanto pode contribuir com o seu olhar, os seus questionamentos e a sua posição de articulação com as mais diversas áreas de atuação. Como tal, a Psicologia Hospitalar surgiu como um “somar forças” com outras áreas inseridas neste contexto. Desta forma e, de acordo com Rodríguez-Marín (2003) a Psicologia Hospitalar é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as várias correntes da psicologia oferecem para prestar uma assistência de maior qualidade aos pacientes hospitalizados. O psicólogo hospitalar é o profissional que detém esses saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do sujeito hospitalizado. O trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao controlo dos sintomas que comprometem o bem-estar do mesmo.

Para além disto, é também fundamental compreender que quando se trabalha com Psicologia dentro do hospital, é necessário fazer não apenas Psicologia, mas sim uma Psicologia Médica.

[...] por psicologia médica entende-se o estudo das situações psicológicas envolvidas na questão mais ampla de saúde do paciente, com destaque para o aspeto da saúde orgânica. Os aspetos psicológicos são vistos e tratados como associados à questão de saúde física, não devendo desta ser dissociados. Não se trata de diminuir a importância da psicologia, mas sim de adequá-la, para uma maior eficiência (Gorayed, 2001).

O Psicólogo, no contexto hospitalar deve, segundo Chiattonne & Sebastiani, (1991), inserir-se na Equipa de Saúde, apresentando uma atuação diferente do contexto clínico, ou seja, as suas intervenções deverão ter em conta as possibilidades, potencialidades, limitações e dificuldades da Instituição que podem ser caracterizadas por regras, rotinas e dinâmicas de funcionamento. Ele pode contribuir de forma ativa na tomada de decisões em conjunto com a equipa multidisciplinar de saúde, principalmente no que se refere à expansão das discussões, fornecimento e solicitação de informações nas reuniões. A sua contribuição pode ser ainda mais completa nos casos em que o paciente seja acompanhado desde a sua chegada ao hospital (Queiroz & Araújo, 2007).

De modo geral, podemos então referir que o psicólogo (como elemento de uma equipa multidisciplinar) apresenta diversas funções: realiza acompanhamentos/consultas de psicologia tanto em regime de internamento como ambulatório; efetua avaliações psicológicas quando necessário, com o intuito de obter determinada informação relativa aos casos clínicos e, como referido anteriormente, participa em reuniões de equipa onde oferece a sua apreciação respeitante a cada caso, cooperando para a elaboração de estratégias terapêuticas adequadas. Além destas funções, o psicólogo coordena, ainda, atividades de grupo, implementando regulamentos e hábitos; realiza e executa determinadas medidas com o objetivo da melhor adaptação possível, por parte dos doentes à nova situação de internamento nas suas vidas; e promove, também a responsabilização e autonomia dos utentes pretendendo a sua inclusão no meio social, familiar e profissional.

Todos os aspetos acima mencionados são de extrema relevância na compreensão do que é um Psicólogo Hospitalar, no entanto, temos que ter em conta outras vertentes na área da Psicologia que se encontram inseridas no mesmo contexto, como é o caso da Neuropsicologia. Esta é uma ciência que une a psicologia e a neurologia com o objetivo de estudar as relações entre o cérebro e o comportamento humano. Podemos então dizer que um neuropsicólogo é um profissional de saúde que recorre a técnicas de avaliação psicológica (testes e provas neuropsicológicas) e a sua forma de intervenção passa sobretudo pela estimulação cognitiva, que visa a melhoria do funcionamento das funções afetadas. Apesar dos métodos e formas de intervenção entre o psicólogo e o neuropsicólogo serem diferentes, acabam por se cruzar frequentemente, uma vez que ambas as áreas não funcionam separadas e visam o mesmo objetivo comum que é o bem-estar do paciente. Elas são complementares e hoje em dia mais do que nunca.

O trabalho desenvolvido na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do H.S.J, vem comprovar o que acima se referiu, dado que se verifica efetivamente uma colaboração de toda a equipa de técnicos de saúde da qual ressaltamos a complementaridade entre psicólogos e neuropsicólogos, podendo estes contribuir para um alargamento dos conhecimentos ao dispor da equipa.

Referimos em seguida algumas das funções desenvolvidas por estes técnicos no Serviço de Psiquiatria, das quais se destacam: avaliações psicológicas em contexto de consulta externa e de internamento, (que é a principal) e acompanhamento psicoterapêutico individual e em grupo na consulta de psicologia.

As avaliações psicológicas realizadas são de diversos tipos, designadamente: avaliações psicológicas médico-legais; avaliações neuropsicológicas de detioração

cognitiva que se referem a casos de estados demenciais ou de comprometimento neurológico; avaliações intelectuais e estudos de personalidade.

Saliente-se ainda o auxílio prestado pela psicologia ao nível da saúde física, (embora no H.S.J a intervenção seja mais voltada para a área da Saúde Mental), especialmente no que se refere à resposta a pedidos de avaliação psicológica para adultos candidatos à colocação de banda gástrica (em casos de obesidade mórbida), bem como a grupos de desabituação tabágica.

Capítulo III

Atividades realizadas nas diferentes fases do estágio

*"O que é ensinado em escolas e universidades
não representa educação, mas são meios para obtê-la.."*

Ralph Waldo Emerson

Neste capítulo abordaremos as várias etapas desenvolvidas no estágio curricular, caracterizando sucintamente cada uma delas.

1. Integração

No dia 4 de Novembro de 2013 iniciamos o estágio curricular na Unidade do Adulto e do Idoso, pertencente à Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do H.S.J, tendo existido uma receção calorosa por parte da Dra. Antónia Pinto e também das suas estagiárias profissionais para a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). Ao longo do percurso, toda a equipa do serviço se mostrou disponível e acessível, permitindo uma boa integração, principalmente a sua orientadora que foi incansável no que respeita a ajudar e ensinar. Uma outra mais-valia que podemos destacar foi o auxílio das estagiárias profissionais pois através delas foi possível partilhar conhecimentos e criar laços.

O término das horas requeridas para o estágio (420horas) deu-se no dia 4 de Abril de 2014, embora a estagiária tenha permanecido no serviço até ao final do mês de Junho. O mesmo foi orientado pela Dra. Antónia Pinto e supervisionado pelo Professor Doutor Bruno Peixoto. O horário do estágio encontra-se em anexo¹, sendo quinta-feira o único dia livre.

Ao longo da semana, os diversos dias eram destinados a diferentes tarefas, sendo que às segundas, entre as 14 e as 19 horas decorriam consultas de psicologia na consulta externa, onde eram vistas primeiras consultas. As terças, da parte da manhã, eram destinadas às consultas de Gerontopsiquiatria, ou seja, para indivíduos com idade superior a 65 anos; já a parte da tarde era dedicada às avaliações dos utentes em internamento, sempre que existiam pedidos por parte dos psiquiatras; elaboração de relatórios pendentes ou outros assuntos relacionados com o estágio. No que respeita às quartas, existiam sempre duas reuniões da parte da manhã. A primeira era com a equipa do serviço, onde eram apresentados e discutidos os casos relativos ao internamento e a segunda correspondia à apresentação de trabalhos e/ou investigações por parte dos médicos, internos e/ou estagiários. De referir, também, que no final de cada mês era apresentado e discutido um caso clínico. Por último, todas as sextas da parte da manhã decorriam consultas subsequentes de psicologia.

Deste modo, foi possível interagir com diversos tipos de pessoas de faixas etárias diversas (adultos e idosos) e também ter um contacto com múltiplas realidades e patologias.

2. Observação

No início do estágio a tarefa principal consistia em observar o trabalho da orientadora em cada uma das situações de consulta e avaliação, ao longo de várias semanas. Através dessa observação foi possível adquirir conhecimentos para a prática clínica, facilitando a integração em atividades que, posteriormente, tivemos que desenvolver.

De referir que as situações observadas englobavam utentes do internamento, onde eram realizadas avaliações neuropsicológicas, de personalidade e cognitivas. Foram também objeto de observação os pacientes da consulta externa, que abarca a Gerontopsiquiatria e psicoterapias individuais, aos quais foram igualmente aplicadas as avaliações acima referidas.

2.1. Consultas de Psicologia – Consulta Externa

No que respeita à consulta externa, podemos referir que todas as semanas surgiam novos casos, encaminhados pelos psiquiatras com diferentes fins, como por exemplo a realização de uma avaliação psicológica/neuropsicológica e/ou acompanhamento psicoterapêutico. De mencionar que, muitas vezes, o objetivo do pedido de avaliação, por parte do psiquiatra, é o diagnóstico diferencial dos utentes, tornando possível a escolha de tratamentos mais adequados para o mesmo e permitindo obter uma visão mais abrangente do funcionamento de cada paciente. Para além disto, foram também realizados diversos pedidos no sentido de um acompanhamento psicoterapêutico, pois a ingestão de fármacos por si só não reflete a mudança desejada, havendo necessidade de uma complementaridade entre fármacos e a psicoterapia. Em anexo² podemos verificar uma pequena grelha sobre algumas das consultas observadas inicialmente.

Foram observadas intervenções nas mais diversas patologias, sendo a sua maioria realizada com base no modelo de terapia cognitivo-comportamental. De entre as patologias observadas podemos destacar a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), Perturbação de Pânico, de Ansiedade, de Personalidade, Depressões, Fobias, entre

outras. Em alguns casos foi necessário recorrer a técnicas específicas, nomeadamente a dessensibilização sistemática in vivo e técnicas de relaxamento. Estas eram utilizadas em casos de POC e perturbações de ansiedade, particularmente fobias, pois o indivíduo era acompanhado pelo psicólogo no enfrentar de situações que para o próprio eram inquietantes. Exemplos disto são o lavar as mãos, tocar em estímulos considerados contaminados (maçanetas de portas, sola dos sapatos) e em seguida tocar em si mesmo; entrar e permanecer no wc, andar no elevador do serviço, pisar a relva e outras questões relacionadas com as características da perturbação de cada utente. Eram também utilizadas as técnicas de relaxamento, em que o utente era levado para uma sala onde se podia deitar e relaxar, sendo-lhe ensinada a forma adequada de respiração. Posteriormente essa técnica deveria ser treinada pelo doente, de modo a que permanecesse automatizada para ser utilizada em situações de grande ansiedade e nas quais é necessário que a mesma diminua.

2.2. Consulta de Gerontopsiquiatria - Consulta Externa

A nível da consulta externa e dentro da área de gerontopsiquiatria podemos referir que foram observados inúmeros casos. O objetivo destas consultas reflete-se numa intervenção junto da população idosa, de modo a promover uma funcionalidade mais elevada por parte dos idosos nos seus diversos contextos e prevenir os efeitos negativos do processo de envelhecimento. Para tal são realizadas várias avaliações a nível neurocognitivo para despistar quadros demenciais, caracterizar alterações comportamentais e outras patologias associadas à 3ª idade, bem como o estudo da própria evolução clínica do utente. De referir que foi nesta área que se deu início a uma componente mais prática, principalmente no que respeita à próprias avaliações neuropsicológicas.

2.3. Unidade de Internamento

Na unidade de Internamento, a Dra. Antónia Pinto exerce a sua intervenção com os utentes da ala dos homens. Como tal, o contacto com os pacientes internados possibilitou uma observação e realidade terapêutica e de avaliação completamente diferente daquela que encontramos na consulta externa. Enquanto que nesta última a generalidade dos pacientes se encontra inserida na sociedade e estabilizada,

apresentando uma vida quotidiana mais ou menos dentro da normalidade, os pacientes em regime de internamento estão muitas das vezes descompensados, estando hospitalizados exatamente com o objetivo de uma compensação psicopatológica. Na maioria dos casos é necessário um estudo clínico para esclarecimento do diagnóstico e utilização da terapêutica adequada. Existem ainda casos mais extremos de utentes com doença mental há já vários anos, em que o internamento é o último recurso. De uma forma geral, o trabalho nesta unidade recaía na realização de múltiplas avaliações neuropsicológicas, de personalidade, em estudos de casos demenciais, de esquizofrenia, depressão, doença bipolar e diagnósticos diferenciais, como por exemplo entre uma estrutura neurótica ou psicótica.

Numa fase inicial, as entrevistas e avaliações realizadas no internamento eram alvo apenas de observação, passando posteriormente para uma fase de intervenção, onde a estagiária já realizava este trabalho sozinha. É importante salientar que estas avaliações surgiam no decurso de pedidos expressos por parte dos psiquiatras assistentes dos utentes. Aquando o término dessas avaliações era redigido um relatório onde constavam todos os resultados obtidos e a interpretação dos mesmos com base na história clínica do doente, de modo a tentar esclarecer eventuais dúvidas diagnósticas. De referir que nem sempre era possível realizar estas avaliações devido ao estado não colaborante do utente, que devido à medicação ou à sua disposição não colaborava com o psicólogo. Estas complicações acabavam por dificultar o trabalho quer dos médicos psiquiatras, quer dos psicólogos, que sem avaliações acabavam por ter que encontrar outras estratégias para diagnosticar e auxiliar o doente. O trabalho desenvolvido nesta unidade permitiu um crescimento pessoal e profissional elevado, pois além da observação realizada, foi possível aplicar, cotar e interpretar diversos tipos de testes neuropsicológicos³ em condições mais adversas, levando também a uma compreensão integral dos utentes.

2.4. Caracterização da Observação

Ao longo de todo o período de observação foi possível, entre outros aspetos, consolidar conhecimentos acerca do modo como se deve realizar a entrevista clínica com o utente, de forma a estabelecer uma relação empática, importante no processo terapêutico. A entrevista de avaliação clínica é uma das partes fundamentais no

trabalho do psicólogo, uma vez que é um meio privilegiado através do qual é possível obter uma compreensão do doente.

Enquanto técnica, a entrevista tem os seus próprios procedimentos empíricos através dos quais não somente se amplia e se verifica, mas, também, simultaneamente, absorve os conhecimentos científicos disponíveis. Nesse sentido Bleger (2003), define a entrevista psicológica como sendo “um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos”. Segundo Graham & Lilly (1984) *cit in*. McIntyre (1994), um objetivo fundamental da entrevista é a colheita de dados acerca do paciente por parte do psicólogo clínico, com vista a uma formulação válida da problemática do cliente e ao planeamento de intervenções terapêuticas apropriadas.

A entrevista clínica por si só, no entanto, não é suficiente para adquirir toda a informação acerca do utente, pois existem dados fundamentais que podemos retirar através de uma boa observação clínica. Estes fornecem dados para diagnosticar uma situação-problema, facilitar a escolha das técnicas e procedimentos empregados na pesquisa e na avaliação da sua eficácia (Danna & Matos, 2006). Segundo Fagundes, (1999), “a observação comportamental é importante para psicólogos, modificadores do comportamento e pesquisadores, servindo-lhes como um instrumento de trabalho para obtenção de dados que, entre outras coisas, aumentem a sua compreensão a respeito do comportamento sob investigação”.

Em Psicologia, a observação é então algo que nos pode fornecer recursos que sejam possíveis indicadores de psicopatologia, como é o exemplo da postura, comportamentos estereotipados, entre outros (Ferreira & Mousquer, 2004). Segundo Ciccone (2000), na observação clínica as interações, a linguagem, o discurso verbal e não-verbal são um instrumento chave do terapeuta.

Posto isto, e relativamente à observação das consultas durante o estágio, podemos afirmar que a mesma desempenhou um papel fulcral a nível de aprendizagem, pois o saber observar constitui uma etapa essencial numa fase de iniciação. Permite a quem observa aprender gradualmente, não só olhar para os doentes e ouvir as suas queixas com o objetivo de as atenuar ou eliminar, mas sim compreender a sua realidade e os problemas nela implicados sob uma perspetiva da Psicologia. De referir ainda que, após todas as consultas que a estagiária observava, era realizada uma breve discussão e reflexão do caso, com o intuito de interligar os conhecimentos teóricos à prática clínica, para que desta forma fosse possível intervir de forma mais eficaz.

3. *Avaliação*

Após esta fase inicial mais focalizada na observação a estagiária passou para a prática, ou seja, a avaliação propriamente dita, relacionada com a aplicação de instrumentos de avaliação neuropsicológica. Aqui teve então oportunidade de colocar em prática aquilo que havia aprendido tanto a nível observacional, como a nível teórico. As primeiras avaliações foram supervisionadas pela Dra. Antónia, sendo que nas seguintes o trabalho já era feito a nível individual. As técnicas e modos de aplicação foram sendo aprendidos e aperfeiçoados ao longo do tempo, sendo que alguns dos testes já eram do conhecimento da estagiária devido à formação académica anterior. Com esta experiência deparou-se com dúvidas e questões acerca de muitos instrumentos, dúvidas essas que lhe foram sendo retiradas e explicadas pela sua orientadora em cada um dos casos.

Todas as avaliações são realizadas de acordo com o pedido formal do médico psiquiatra que acompanha o utente, sendo utilizados diversos testes consoante o objetivo das mesmas. As mais frequentemente solicitadas são avaliações de personalidade, intelectuais e neuropsicológicas. Este modo de funcionamento aplica-se tanto para a Consulta de Psicologia e Gerontopsiquiatria na Consulta Externa, como para a Unidade de Internamento.

3.1. *Avaliação na Consulta de Gerontopsiquiatria*

A avaliação a nível da Gerontopsiquiatria é realizada como resposta ao pedido formal do médico psiquiatra, sendo que no próprio dia em que a mesma é concretizada, o utente frequenta ambas as consultas, a de psicologia em primeiro lugar e a de psiquiatria em segundo. Isto decorre com esta estrutura para que o psiquiatra, na sua consulta, tenha já acesso aos resultados e possa, dessa forma, ajustar a medicação de acordo com os mesmos. Toda a informação dos utentes é inserida no computador do gabinete, no Sistema de Apoio ao Médico (SAM), a partir do qual se pode aceder, com a respetiva password do médico ou psicólogo, em qualquer computador do serviço.

No gabinete de psicologia, nestes casos, é então realizada uma avaliação mais breve, a nível de rastreio (*screening*), existindo um protocolo já definido daquilo que tem que ser aplicado. Este consiste num conjunto de testes⁴, nomeadamente: o *Elderly Assessment System* (EASY Care), o *Mini Mental State Examination* (MMSE), o *Clock*

Drawing Test (CDT) e a *Geriatric Depression Scale* (GDS). O Montreal Cognitive Assessment (MOCA) era também aplicado nos casos em que o utente obtinha uma pontuação alta no MMSE e simultaneamente apresentasse um grau de escolaridade correspondente ao 9º ano. É importante ressaltar que sempre que a psicóloga considerasse necessário eram aplicados outros testes para além daqueles pertencentes ao protocolo, como é o caso da *Frontal Assessment Battery* (FAB) e a *Dementia Rating Scale -2* (DRS-2). Esta última foi utilizada diversas vezes, pois acaba por nos oferecer informações mais detalhadas acerca das diversas áreas de funcionamento cerebral, indo um pouco mais além do simples *screening*.

O protocolo de rastreio nem sempre era passível de uma aplicação tão rigorosa quanto desejado, devido à influência de diversos fatores, tais como o estado de deterioração do utente a nível cerebral e emocional, o nível de escolaridade, o grau em que a própria motricidade fina se encontrava, o grau de colaboração com o psicólogo, a dificuldade auditiva, de compreensão, de linguagem, entre outros.

Os instrumentos de rastreio cognitivo são testes de administração fácil e rápida, que fornecem uma caracterização superficial (aproximada) das várias funções cognitivas e que têm indicação de uso na discriminação entre condição normal e patológica. São muito utilizados na prática clínica como primeiros orientadores no despiste de disfunções cognitivas focais, associadas a lesões cerebrais localizadas e no controlo evolutivo de situações demenciais, como sucede nestes casos.

O rastreio cognitivo com estes tipo de testes breves continua a ser o método mais utilizado e o que mais tem contribuído para a deteção precoce do défice cognitivo e dos estados pré-demenciais, quer no âmbito de estudos populacionais, quer ao nível dos cuidados de saúde primários (Fabrigoule, Barberger-Gateau, & Dartigues, 2006; Ismail & Shulman, 2006; Cullen et al. 2007). A avaliação neuropsicológica, efetivamente melhora a capacidade para distinguir situações “normais” e “patológicas” no *continuum* entre o processo de envelhecimento normal e os quadros patológicos (Smith & Ivnik, 2003). Neste âmbito, Guerreiro (2005), lembra que a avaliação neuropsicológica constitui um dos exames complementares de diagnóstico que mais incrementa a precocidade de deteção de quadros demenciais.

3.1.1. Instrumentos de Screening na Consulta de Gerontopsiquiatria

Cada um dos instrumentos de rastreio supracitados avalia diferentes áreas e apresenta finalidades dissemelhantes.

O **MMSE** é um dos testes mais estudados e utilizados em todo o mundo para o rastreio do défice cognitivo (Lourenço & Veras, 2006). Este instrumento por si só não é suficiente para realizar um diagnóstico, no entanto, a partir dele conseguimos ter uma indicação acerca de uma possível presença de demência (Thomas, 2010). As instruções são fáceis e simples de compreender e aplicar, tendo uma pontuação máxima de 30 pontos, que constituem o resultado da soma obtida em cada uma das subprovas do teste. É um instrumento que integra o conhecimento de múltiplos profissionais de saúde e por isso a comunicação dos resultados é feita de forma simplificada.

O **CDT** é também uma ferramenta de aplicação rápida que atende aos critérios definidos para um instrumento de rastreio cognitivo. Abrange uma ampla gama de habilidades cognitivas, incluindo funções executivas, é fácil de administrar e pontuar, existindo uma excelente aceitação pelos sujeitos. Juntamente com a entrevista clínica, o teste do desenho do relógio é complementar ao amplamente utilizado e validado Mini Exame do Estado Mental e deve proporcionar um avanço significativo na deteção precoce de demência e na monitorização da mudança cognitiva. Um sistema de pontuação simples, com ênfase nos aspetos qualitativos do desenho do relógio deve maximizar a sua utilidade (Shulman, 2000). Neste teste a única coisa que é requerida ao doente é que desenhe, numa folha branca, um mostrador de um relógio analógico onde estejam presentes todos os algarismos, sendo que posteriormente terá que marcar as onze horas e dez minutos no mesmo.

A **GDS** é uma escala específica para idosos, sendo das mais utilizadas para avaliação da depressão. É constituída por 30 perguntas em que a resposta é “sim” ou “não”, evitando-se desta forma as queixas somáticas (Paradela, Lourenço, & Veras, 2005). A pontuação final enquadra-se num dos 3 intervalos: 0 a 10 (ausência de depressão), 11 a 20 (depressão ligeira) ou 21 a 30 (depressão grave).

O **Easy Care**, consiste numa escala para avaliar de forma rápida a qualidade de vida e bem-estar do individuo idoso, ou seja avaliar a perceção do idoso acerca das suas capacidades, sendo que a partir deste instrumento também conseguimos verificar o grau de incapacidade do sujeito nas suas atividades de vida diária (AVD's). Pontuações altas são indicadoras de maior incapacidade (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

A **FAB** é também um instrumento de rastreio, constituído por seis subtestes, cujo tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos. Avalia principalmente a área frontal, em particular as funções executivas e tem sido utilizada em vários grupos de pacientes que apresentam doença de Alzheimer e pacientes com demência fronto-temporal (Beato, Nitrin, Formigani, & Caramelli, 2007).

O **MOCA** permite determinar a capacidade cognitiva geral do indivíduo (Nasreddine, et al., 2005). Esta ferramenta é composta por diferentes tarefas que avaliam diversos domínios cognitivos: atenção, concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação. A pontuação total máxima é de 30 pontos e tem a duração de aplicação de 10 minutos. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, incluindo indicadores de validade concorrente e discriminativa em diferentes condições clínicas (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010).

A **DRS-2**, é uma escala de avaliação de demência, que nos permite obter uma ideia acerca estado cognitivo global do utente, mas ao mesmo tempo oferece-nos resultados específicos para diversas funções cognitivas superiores. É então constituída por cinco subescalas: Atenção; Iniciação/Perseveração; Construção e Conceptualização e Memória. Em cada uma destas escalas existem diferentes tarefas relacionadas com a área cognitiva correspondente (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011). No final o somatório das pontuações são colocadas na folha de cálculo do instrumento e obtemos a pontuação bruta para cada um dos domínios, conseguindo posteriormente verificar se esses resultados se encontram dentro, abaixo ou acima da média.

De referir que dos instrumentos que fazem parte do protocolo de avaliação, o único que não se encontra validado para a população portuguesa é o teste do desenho do relógio (CDT).

Posto isto, há-que ressaltar que esta avaliação de rastreio não sucede única e isoladamente, pois o diagnóstico de demência é feito com base numa evolução de um quadro clínico, sendo, por isso, realizada uma reavaliação aos utentes, em que há suspeita da existência de um quadro demencial, num prazo de 6 a 12 meses.

3.1.2. *Instrumentos de Avaliação Neuropsicológica na Consulta de Gerontopsiquiatria*

Os testes de *screening*, por vezes, não são suficientes para podermos obter uma perceção estruturada acerca do estado cognitivo do paciente. Como tal, é necessário recorrer a uma avaliação mais abrangente que nos permita ter acesso às funções cognitivas mais afetadas.

No âmbito da prática clínica e da investigação em Neuropsicologia, a avaliação Neuropsicológica assume, portanto, um papel fundamental, tendo como principal objetivo a determinação da integridade estrutural e funcional dos sistemas cerebrais (Simões, 1997). A avaliação neuropsicológica consiste “essencialmente num conjunto de procedimentos de exame clínico (...) e pode ser considerada como um aperfeiçoamento e alargamento da observação clínica que assenta na descrição mais precisa e fiável dos desempenhos do paciente, através de instrumentos e procedimentos de testes específicos que suscitam tipos de desempenho que não são acessíveis à observação clínica” (Benton, 1991, p. 507).

Neste tipo de avaliação mais compreensiva, são então aplicados outro tipo de instrumentos mais extensos e completos, tais como: os subtestes da Escala de Inteligência de *Wechsler* para Adultos – WAIS-III; subtestes da Escala de Memória de *Wechsler* – WMS-III (aferição portuguesa); *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST); Stroop Test; Teste da Figura Complexa de Rey; Trail Making Test (TMT); Teste de Retenção Visual de Benton; provas de Fluência Verbal Fonémica e Categórica; Baterias de Lisboa para Avaliação das Demências (BLAD), entre outros. A avaliação neuropsicológica propriamente dita, ao contrário do *screening*, não pode ser realizada numa só sessão, pois por ser mais extensa implica um dispêndio de tempo mais elevado, podendo, dessa forma, acarretar um comprometimento de resultados devido ao fator cansaço, por parte do utente. A estagiária teve oportunidade de realizar estas avaliações por si só, construindo posteriormente os respetivos relatórios onde constavam todas as informações e resultados obtidos do paciente. Estes documentos⁵ passaram então a integrar o processo clínico de cada utente.

3.1.3. *Demência*

O diagnóstico de demência apoia-se na evidência da existência de alguns tipos de défices cognitivos - atenção, orientação temporal e espacial, memória, linguagem, função visuo-espacial, visuo-perceptiva, visuo-motora, funções executivas, entre outras. Como tal, é necessário existir uma recolha de informação clínica precisa e uma avaliação neuropsicológica exaustiva. Esta tem como objetivo avaliar as funções nervosas superiores mantidas e/ou alteradas e definir o nível de gravidade dos défices que podem ser ligeiros (<1desvio-padrão), moderados (<1,5desvio-padrão) ou graves (<2desvio-padrão).

Demência é uma síndrome clínica caracterizada pela redução da função intelectual que afeta a memória, linguagem, capacidades visuo-espaciais e cognição (Salawu, Umar, & Olokoba, 2011). Está, portanto, associada a uma incapacidade cognitiva progressiva, com uma alta prevalência de sintomas comportamentais e psicológicos (SCPD). Estes são parte integrante do desenvolvimento da doença e representam um problema severo para os doentes, para as suas famílias e os cuidadores, bem como para a sociedade em geral, podendo resultar em sofrimento, institucionalização prematura, aumento dos custos do tratamento e perda significativa da qualidade de vida dos pacientes, da sua família e cuidadores (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Sartorius, 1996). Ao longo dos anos tem vindo a ser desenvolvidas várias escalas para avaliação dos SCPD, existindo, portanto diversas maneiras de agrupar esses sintomas. No que respeita aos comportamentais, verificamos que podem ser identificados através da observação do paciente podendo incluir a inquietação/agitação, agressão física, gritos, comportamentos culturalmente inapropriados, deambulação e fuga, esconder objetos, desinibição sexual, ameaçar e perseguir. Através das entrevistas com os pacientes e familiares conseguimos obter os sintomas psicológicos, entre os quais destacamos a ansiedade, alucinações, humor depressivo e delírios (Lawlor, 2002). Entre os sintomas mais difíceis de lidar podemos apontar: o delírio, as alucinações, depressão, perturbações do sono e ansiedade, a agressão física, a fuga, a deambulação e agitação. Esta extensa lista de sintomas, em particular os últimos, trazem-nos à colação uma das mais prevalentes doenças da atualidade no campo da demência, que é a doença de Alzheimer (DA). Esta patologia é caracterizada por uma série de alterações neuropatológicas que vão resultar numa perda de memória, confusão, afetação do julgamento, desorientação e problemas na expressão. Os sintomas pioram ao longo do

tempo e a doença é fatal (Sun, Jin, & Ling, 2012). Estas alterações neuropatológicas podem ser provocadas por alterações genéticas e ambientais (Salawu, Umar, & Olokoba, 2011). Apesar de a Doença de Alzheimer ter sido extensamente estudada durante décadas e do progresso feito na investigação da demência, ainda não há cura ou tratamento farmacológico vigoroso para esta patologia (Agüero-Torres, Fratiglioni, & Winblad, 1998). Os objetivos clínicos do tratamento da Doença de Alzheimer consistem então em aliviar os sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos e diminuir a progressão da doença (Chu, 2012).

De uma forma geral, a terapêutica nos sintomas comportamentais e psicológicos iniciais das demências é realizada, numa primeira linha de intervenção, a nível não farmacológico. A medicação em si é mais indicada para os SCPD moderados a severos, no entanto considera-se que deve ser administrada em conjunto com os tratamentos não farmacológicos. Assim sendo a demência poderá beneficiar de um processo de tratamento psicológico tal como a psicoterapia e estimulação cognitiva. O objetivo é realizar atividades e exercícios para melhorar a memória, habilidades e a capacidade linguística. Com a prática desta estimulação cognitiva do paciente pretende-se atrasar os efeitos degenerativos da doença, como sucede no caso da DA.

É imprescindível uma atenção cuidadosa para cada fase da doença, tanto a nível terapêutico quanto a nível do ambiente familiar. Os acontecimentos do quotidiano, como as rotinas básicas do dia-a-dia, devem ser considerados os marcadores da passagem do tempo, de forma a dar consciência à experiência de cada um. Estas caracterizam o sujeito, pois são singulares (Certeau, 1998), na medida em que a repetição das atividades dessa mesma rotina vão permitir a recriação permanente da vida social. A evolução do quadro demencial varia no tempo em cada paciente, tendo por isso que existir adaptações no decorrer do tratamento, visando sempre o trabalho com a reserva cognitiva e singularidade de cada um.

Por último há que ressaltar que o ambiente ideal para um paciente com demência será aquele que não cause stress, que seja constante e familiar (Tariot et al., 1993).

Posto isto, podemos referir que, para que o diagnóstico do utente seja realizado, para além da quantificação do défice cognitivo através de testes standardizados e validados para a população portuguesa, é importante observar e avaliar as manifestações psicológicas e comportamentais. Estas contribuem não só para um diagnóstico diferencial, mas também para alterações dos próprios resultados da avaliação. Assim, a caracterização das funções alteradas e mantidas baseia-se num

conjunto diverso de aspetos, nomeadamente: o resultado obtido nos testes neuropsicológicos, nas escalas de sintomas depressivos, nas AVD's básicas e instrumentais, nas queixas subjetivas, cognitivas e comportamentais, na observação do próprio comportamento ao longo da avaliação e nos dados recolhidos durante a entrevista clínica.

O objetivo da avaliação neuropsicológica nas demências é então colaborar no diagnóstico diferencial entre depressão, demências, e deficiência a nível da memória associada à idade. Através da avaliação conseguimos determinar o grau de funcionamento atual do utente e quais as características predominantes dos quadros demenciais. De entre os testes mais sensíveis para detetar alterações precoces podemos destacar: a aprendizagem da Listas de Palavras, a Figura Complexa de Rey, o Trail Making Test, o teste de Fluência Verbal (Semântica e Categórica), e o subteste Semelhanças da WAIS-III.

3.2. Avaliação na Consulta de Psicologia e Unidade de Internamento

Ao longo dos anos, as técnicas de avaliação tem vindo a sofrer alterações, evoluindo cada vez mais, interessando-se pela área da deficiência mental e pela inteligência (QI). Nos dias de hoje, os testes psicológicos são aplicados numa grande diversidade de contextos, nomeadamente, escolas, indústrias, clínicas, hospitais, prisões, entre outros (Anastasi, 1997).

A nível clínico, os testes são utilizados para o diagnóstico do sujeito, associado a problemas de aprendizagem, conflitos, comportamentos e atitudes. Não se limitam apenas a fornecer um resultado estanque, pois fazem parte de um processo que visa facilitar o conhecimento mais completo do paciente, para daí poder auxiliá-lo. A título de exemplo podemos destacar a sua utilização ao nível das organizações e indústrias, pois podem ajudar relativamente aos critérios de seleção e classificação de pessoal para determinadas funções, favorecendo um melhor ajustamento do homem ao seu trabalho (Freeman, 1974).

Em particular no contexto de internamento, os testes são também uma mais-valia preciosa para o estabelecimento de um diagnóstico e conseqüente tratamento do doente. Aqui é realizada, em primeira instância, uma avaliação do estado mental, sendo que a mesma pode incluir diversas etapas, nomeadamente: a consulta com um dos psiquiatras do serviço, com o objetivo de construir um diagnóstico e tratamento para as

situações clínicas mais complexas; uma avaliação tanto a nível neurológico como neuropsicológico, nas alturas em que seja importante o interface entre psiquiatria e neurologia; uma investigação diagnóstica - clínica baseada em neuroimagem, avaliação electrofisiológica e estudo do sono (apenas em casos em que se considere necessário); apoio e eventual avaliação familiar; avaliações psicológicas e/ou neuropsicológicas; programas psicoeducacionais, grupos de apoio e psicoterapêuticos, onde podemos destacar a terapia ocupacional e possíveis acompanhamentos e psicoterapia individual. De entre todas as etapas mencionadas, podemos referir que a avaliação a nível psicológico e neuropsicológico é extremamente relevante, sendo que pode ser realizada através de diversos instrumentos que avaliam diferentes áreas cerebrais.

A avaliação neuropsicológica difere da psicológica pois toma o cérebro como ponto de partida. Permite investigar uma determinada função cognitiva para observar a sua integridade ou comportamento. O foco da investigação são as funções cognitivas, tais como: memória, atenção, linguagem, funções executivas, raciocínio, motricidade e percepção, bem como as alterações afetivas e de personalidade (Hamdan, Pereira, & Riechi, 2011).

Segundo Lezak (1995), a Neuropsicologia é a ciência que se dedica ao estudo da expressão comportamental das disfunções cerebrais, sendo que a avaliação neuropsicológica é o método para investigação do funcionamento cerebral através do estudo comportamental. Os objetivos deste tipo de avaliação são fundamentalmente auxiliar o diagnóstico diferencial, estabelecer a presença (ou não) de disfunção cognitiva e o grau de funcionamento em relação ao nível ocupacional e localizar alterações subtis a fim de detetar as disfunções ainda em estádios iniciais. Contribui para o planeamento do tratamento e no acompanhamento da evolução do quadro em relação aos tratamentos medicamentosos, cirúrgicos e de reabilitação. Os recursos utilizados neste tipo de avaliações são muito diversos, baseados principalmente em material desenvolvido em laboratórios de neuropsicologia, neurologia e psicométrica.

É importante ressaltar que a avaliação neuropsicológica utiliza testes psicométricos e neuropsicológicos organizados em baterias fixas ou flexíveis. As fixas são aplicáveis em pesquisas e protocolos específicos para investigação de uma população em particular. Já as flexíveis são mais apropriadas para a investigação clínica pois encontram-se mais voltadas para as dificuldades específicas do paciente.

Dada a existência de uma elevada diversidade de instrumentos neuropsicológicos, é sempre necessário realizar um protocolo de avaliação. Neste devemos ter em conta: o

tempo de aplicação, indicação, sensibilidade e especificidade do teste, de forma a complementar a avaliação do doente com instrumentos relacionados com as funções que se encontram mais comprometidas, para que se possa realizar um exame mais detalhado (Grant & Adams, 1996).

Na Unidade de Internamento e na Consulta de Psicologia, os pedidos de avaliações centraram-se maioritariamente a nível intelectual (QI) e da personalidade, apesar de terem sido realizados muitos pedidos de avaliação neuropsicológica mais extensa.

O instrumento⁶ a que recorriamos para as avaliações a nível de QI era a Escala de Inteligência de Wechsler para adultos – III (WAIS-III) e para a personalidade era utilizado o Inventário de Personalidade Multifásico Minnesota 2 (MMPI-2).

A WAIS-III é uma bateria de testes que é composta por 14 subtestes, sendo que não é obrigatória a administração da sua totalidade, pois irá depender do objetivo da avaliação em si. Para que consigamos obter o QI total são necessários 11 subtestes, (cinco de realização e seis verbais), sendo que os de realização são: a Memória de Trabalho (3subtestes) e a Velocidade de Processamento (2subtestes) e os verbais são a Compreensão verbal (3subtestes) e a Organização Percetual (3subtestes). Para além da administração destes 11 subtestes também é necessário os quatro índices cuja pontuação é calculada através da combinação dos mesmos. Este instrumento pode ser administrado desde os 16 aos 89 anos e mede o QI total, identificando as áreas mais fortes e mais fracas do funcionamento cognitivo do utente (Cunha, 2003).

O MMPI-2 é constituído por 567 itens, onde o paciente tem apenas que responder “verdadeiro” ou “falso”, de acordo com aquilo que sente em relação a si próprio. Os itens variam amplamente de conteúdo, abrangendo áreas distintas, tal como a “saúde em geral, sintomas afetivos, neurológicos e motores; atitudes sexuais, políticas e sociais; manifestações de comportamento neurótico ou psicótico, tais como estados obsessivos e compulsivos, delírios, alucinações, ideias de referência, fobias e tendências masoquistas e sádicas” (Anastasi & Urbina, 1999, p.294).

Em casos particulares, em que se considerava necessária informação complementar, recorreremos à utilização de testes projetivos, nomeadamente o Teste de *Rorschach* e o Teste de Aperceção Temática (TAT)⁶, que eram aplicados apenas pela Dra. Antónia e alvo de observação por parte da estagiária. De referir que sempre que estes últimos testes eram aplicados, a cotação e respetiva interpretação era realizada sempre em conjunto com a Dra. Antónia, de modo a que a estagiária pudesse, não só aprender

como se administram os testes, mas também como extrair toda a informação que eles nos conseguem fornecer.

4. *Intervenção*

Ao longo do estágio, tal como acima mencionado, existiu a oportunidade de um contacto e interação com indivíduos em distintas fases de desenvolvimento no que respeita à sua condição psicológica, tanto na consulta de Psicologia como em Gerontopsiquiatria. Como tal, de modo a uma melhor compreensão, esta fase foi dividida de acordo com estes dois contextos.

4.1. *Intervenção em Gerontopsiquiatria*

Nas últimas décadas, a população com idade superior a 65 anos aumentou consideravelmente, dando origem a um novo campo de reflexão, investigação e intervenção. É algo de tal modo expressivo que alguns autores afirmam que vivemos na época dos “gerontic boomers” (Lima, 2004). De facto, a terceira idade representa, para um número cada vez mais elevado de indivíduos, cerca de um terço do tempo das suas vidas. Isto tem levado a que haja cada vez mais transformações tanto a nível social, como a nível da própria organização dos serviços de saúde, de modo a responder adequadamente às necessidades.

O envelhecimento é um processo natural, contínuo e inevitável, sendo numerosos os estudos que se debruçam sobre os processos biológicos, psicológicos e sociais associados ao mesmo. De acordo com Birren e Schaie (cit. in Lima, (2004), pp. 134) “existem três concepções teóricas diferentes sobre a natureza da velhice. Uma perspectiva, encontrada em muitos estudos psiquiátricos, que encara a terceira idade como um período de perdas (...) na área da psicologia social e da personalidade encontramos descrições abertamente positivas sobre o processo de envelhecimento (...) uma posição intermédia é a proposta pelos estudos dos proponentes do modelo do desenvolvimento coextensivo à duração da vida, que aceitam a existência de um desenvolvimento com aspetos positivos e negativos. Encontrando alguns indivíduos, sobretudo perdas, enquanto noutros, ganhos”.

A maioria das representações sociais acerca da velhice estão voltadas para uma atribuição negativa, sendo frequente a existência de discursos onde o idoso é visto

como um ser frágil, infantil, dependente e esquecido. No entanto, e tal como sucede noutras etapas do ciclo de vida, “a velhice é um tempo de exposição a acontecimentos de vida e a transições – cada um(a) reunindo em si mesmo(a) riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico –, mas também como um tempo de implementação de estratégias de confronto e de resolução dos desafios que o decorrer do curso de vida vai lançando ao potencial adaptativo de cada indivíduo” (Fonseca, 2005, pp. 223). Deste modo, se é um facto que o envelhecimento acarreta perdas a nível psicológico, social e biológico, não podemos deixar de apontar os ganhos que esta etapa da vida nos oferece, pois ela acaba por capitalizar todas as aprendizagens ocorridas nos estádios anteriores do nosso desenvolvimento (Costa, 1998; Fonseca, 2005; Lima, 2004; Zarit & Knight, 1996).

Todas as transições de vida colocam o sujeito perante o risco e a oportunidade de mudança, não se devendo atribuir à velhice um risco acrescido. Porém, a vivência destas transformações são de natureza individual e influenciada pelo contexto de vida, sendo, por isso mesmo, o envelhecimento um fenómeno universal, mas profundamente heterogéneo (Ferreira-Alves, 1997; Fonseca, 2005; Knight, 1996). Assim, e de acordo com os autores anteriormente citados, a gerontologia tem evidenciado que o envelhecimento é uma experiência mais positiva do que a sociedade ocidental pressupunha que fosse.

Posto isto, e tendo em conta a conceção de envelhecimento, podemos referir que a intervenção nesta consulta não se cingia apenas a avaliações de screening e neuro-psicológicas, sendo também realizadas diversas intervenções a nível psicoterapêutico, com particular ênfase na psicoeducação. Eram esclarecidas dúvidas, indicações e sugestões aos familiares e/ou cuidadores acerca dos défices que o utente apresentava, de forma a contribuir para uma adoção de atitudes mais adequadas às necessidades dos idosos. De entre estas últimas podemos destacar: a compreensão das emoções e sentimentos do idoso, não tecendo comentários negativos mas sim adaptando-se ao ritmo do indivíduo; ser paciente ao não intervir sem antes dar oportunidade ao idoso de realizar as tarefas por si mesmo, expressar empatia, entre outras. Sempre que necessário, para além do apoio ao utente, era também prestado esse mesmo apoio emocional aos próprios familiares/cuidadores, pois, tal como refere Luzardo, Gorini, & Silva, (2006), o cuidador pode apresentar ansiedade não só pelo sentimento de sobrecarga, mas também por verificar que a dinâmica familiar pode ter sido alvo de modificação dos papéis sociais. Ao longo do tempo o cuidador vai-se

adaptando à sua nova realidade onde necessita de dedicação, responsabilidade e paciência, ao mesmo tempo que é apoderado de uma enorme carga emocional, que pode gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso.

As perdas inerentes a esta fase do ciclo de vida e a forma como as podemos enfrentar também foram alvo de intervenção. A diminuição das capacidades, responsabilidades e estatuto social; a existência de novos problemas de saúde, a ausência de trabalho, o declínio do estilo de vida e a própria perda do conjuge e/ou familiares e amigos próximos acarreta consequências a nível psicológico que são importantes de serem trabalhadas. O luto traz consigo perdas a nível pessoal e social provenientes da velhice, que nem sempre são fáceis de trabalhar a nível emocional, sendo esse trabalho dificultado quando aliado à perda do conjuge e/ou de um filho (Oliveira & Lopes, 2008). Nestes casos, é de extrema importância que o idoso receba apoio psicoterapêutico, de modo a estimular a expressão do seu desgosto e simultaneamente auxiliar a que ele consiga superar as suas fixações ou bloqueios para aprender a viver novamente o mundo (Parkes, 1998 cit. in. Oliveira & Lopes, 2008).

Nesta consulta foram acompanhados inúmeros casos de viuvez e perdas de filhos que provocavam uma enorme tensão emocional e psíquica, pois os indivíduos não haviam sido capazes de lidar com a situação e fazer um “luto” considerado saudável. O trabalho psicoterapêutico consistia em auxiliar a ultrapassar esses momentos de sofrimento, para que pudessem ver a própria vida com outros olhos e não permanecessem dependentes de algo que os fez e continuava a fazer sofrer. Para além disto, outros objetivos da consulta de gerontopsiquiatria prendiam-se com a estimulação do idoso no aumento da tolerância com a própria diminuição das capacidades físicas e cognitivas típicas da idade, tentando promover a iniciativa para recorrer a oportunidades sociais presentes no meio envolvente. De entre elas, podemos destacar as atividades sociais, tais como o convívio com outras pessoas da mesma faixa etária; ocupacionais, como é o caso da pintura, bordar, cozinhar e atividades físicas, como caminhar ou outras adequadas para a sua idade. Todas elas com vista a promover uma autonomia progressiva e um envelhecimento saudável.

A estimulação cognitiva é uma outra área que consideramos importante fazer também referência, pois é algo ligado a problemas derivados desta faixa etária. Ela consiste num programa estruturado, adaptado às limitações e potencialidades de cada paciente, sendo mais direcionado para os que apresentam diagnóstico de demência (demência de Alzheimer, Vascular, Mista, Fronto-Temporal, de Corpos de Lewy, entre

outras). Apesar disto, os doentes que possuem um Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) também podem beneficiar desta intervenção. Esta condição clínica tem como características a perda pouco intensa e recente das capacidades cognitivas numa proporção mais elevada daquela que é expectável para a sua idade. Isto pode traduzir um declínio cognitivo do envelhecimento normal ou o início de um processo demencial. Pode envolver problemas com a memória, atenção, processamento de informação a nível visual e espacial, funções do pensamento complexo ou problemas resultantes da combinação de ambas as áreas. No entanto, neste quadro clínico, estas questões são menos graves do que as experienciadas por indivíduos com demência. O DCL não é intenso o suficiente para provocar alterações a nível das AVD's, todavia é algo facilmente observável pelos familiares e causa preocupação.

Na revisão da literatura, os estudos efetuados relacionados com a eficácia da estimulação cognitiva em pacientes com DCL ou Demência divergem. Referindo uns que a estimulação apresenta um efeito efetivamente positivo no funcionamento cognitivo (Spector, et al., 2003; Gatz, et al., 1998; Tsolaki, et al., 2011) e outros de que terá um efeito apenas marginal. Nos dias de hoje a estimulação cognitiva centra-se nos casos de DCL, sendo que os resultados demonstram que quando a intervenção se inicia nesta fase, são obtidos benefícios em capacidades específicas, no humor e na funcionalidade do indivíduo. Esta intervenção neste tipo de pacientes pode ainda auxiliar a lidar de uma melhor forma com a aceitação da situação e a própria incerteza do futuro (Joosten-Weyn Banningh et. al 2011).

A comprovar a importância da estimulação cognitiva e tendo em conta uma revisão sistemática da literatura sobre eficácia, com 15 programas de intervenção (de grupo ou individuais) em doentes com DCL, encontram-se melhorias estatisticamente significativas em 44% de medidas de memória, 12% de outras medidas cognitivas e em 49% de medidas de qualidade de vida e de humor (Jean, et al. 2010). Estas sessões, como mencionado, visam preservar ou melhorar o desempenho ou as funções cognitivas dos indivíduos. Assim, elas contribuem, para a manutenção da saúde cognitiva dos idosos, podendo atrasar a instalação do quadro demencial e, conseqüentemente, melhorar a autonomia e independência destas pessoas. Pequenas melhorias, ou mesmo a estabilização das funções cognitivas podem ser consideradas ganhos de saúde significativos. Como tal, é de sugerir que este procedimento seja algo a incluir nos programas de cuidados a pessoas idosas, de modo a contribuir para a

preservação da sua capacidade cognitiva e funcional e, como resultado, possibilitar um maior nível de independência.

De referir que este tipo de intervenção, apesar de extremamente importante, não foi concretizado ao longo do estágio, uma vez que devemos ter em conta que estamos perante um hospital do domínio público onde o número de utentes é excessivamente elevado e os recursos humanos, técnicos e materiais revelam-se manifestamente insuficientes, o que impede a manutenção deste género de programas.

4.2. Intervenção em Consulta de Psicologia

Na consulta de Psicologia são encaminhados utentes com as mais diversas patologias, desde Perturbações de Personalidade, de Pânico, de Ansiedade, Fobias, Perturbações Obsessivo-Compulsivas, Depressivas, entre outras. O modelo de intervenção mais utilizado é a terapia cognitivo-comportamental, com estratégias inerentes ao modelo terapêutico sempre adaptadas às necessidades específicas de cada caso, com particular ênfase nas técnicas de relaxamento e nas de exposição *in vivo*.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção semi-estruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos. Ela não procura necessariamente o pensamento mais racional ou positivo, mas sim auxiliar aqueles que sofrem de problemas emocionais, a libertarem-se de um ciclo vicioso de pensamentos que os levam a interpretar as situações sempre da mesma forma. Deste modo, pretende-se que o paciente fique livre para optar entre uma panóplia de possíveis interpretações para cada situação, incluindo a já comumente por ele empregada (Salkovskis, Fronteiras da terapia cognitiva, 2005). Este modelo é muito utilizado, principalmente em situações de ansiedade, sendo que o tratamento dentro do universo das TCC's para questões ligadas à mesma, propõe fundamentalmente a exposição do paciente às situações interpretadas erroneamente como de risco, mudando a representação acerca das mesmas. É um modelo que se encontra empiricamente validado, no entanto, nem todos os utentes demonstram a mesma adesão nas intervenções terapêuticas, existindo alguns casos de insucesso, que apontam para a necessidade de mais investigação no que respeita à qualidade da relação terapeuta-paciente (Falcone, 2004). O desenvolvimento de uma relação terapêutica segura e estável, com aceitação

incondicional é fulcral para que se possa rentabilizar ao máximo a eficácia das diferentes estratégias utilizadas nesta terapia.

As terapias cognitivo-comportamentais têm vindo a desenvolver-se cada vez mais e apresentam o que vários autores designam como a “quarta força” na psicoterapia, uma vez que até aos anos 70 as três abordagens primordiais que a dominavam eram o behaviorismo, a psicanálise e o humanismo (Dobson, Backs-Dermott & DAVIS, 2000 cit. in (Dobson & Scherrer, 2004). Este tipo de terapia assume então três propostas fundamentais como estando na sua origem. A primeira refere que a atividade cognitiva influencia o comportamento; a segunda que a atividade cognitiva pode ser monitorizada e modificada e a última menciona que os comportamentos podem ser influenciados através de mudanças cognitivas (Dobson & Dozois, 2001 cit. in Dobson & Scherrer, 2004).

Posto isto, de uma forma geral podemos referir que a utilização deste modelo foi bastante recorrente, sendo que o tipo de casos que teve uma relevância mais significativa ao longo do estágio foram as Perturbações Obsessivo-Compulsivas.

4.2.1. Intervenção na Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Esta perturbação, tal como acima mencionado, ocupou um lugar de pertinência, pois a Dra. Antónia, orientadora, tinha à sua responsabilidade a intervenção psicoterapêutica destes casos, em particular. Os utentes que apresentam este distúrbio são encaminhados pelo médico psiquiatra para a consulta de psicologia, encontrando-se já medicados. A TCC é o modelo de eleição no tratamento da POC, sendo que estudos recentes recomendam, sempre que possível, a existência de uma associação entre o tratamento farmacológico e psicoterapêutico, pois essa combinação é extremamente favorável (Cordioli, 2007).

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma perturbação da Ansiedade que se caracteriza pela presença de pensamentos intrusivos negativos, imagens ou ideias que acedem involuntariamente à consciência (obsessões) e que são habitualmente acompanhadas por comportamentos repetitivos, estereotipados ou ritualizados (compulsões) (Stein, 2002). Os pensamentos obsessivos, de acordo com Woodruff e Pitts (cit in. Macedo & Pocinho, 2000), podem ser de seis tipos: ideias, imagens, convicções, rumações, impulsos e medos. Segundo estes autores, as ideias de natureza obsessiva correspondem a ideias repetitivas, suscetíveis de interromper o

curso normal do pensamento, sendo que podem surgir sob a forma de palavras, frases de conteúdo absurdo e/ou violento, entre outros. As imagens obsessivas consistem em representações imagéticas, fulgurantes e repetitivas. As convicções obsessivas englobam pensamentos maioritariamente de carácter mágico. As rumações obsessivas envolvem pensamentos intermináveis e inconclusivos sobre questões que não obtêm qualquer resposta. Os impulsos obsessivos compreendem a preocupação de cometer um ato nocivo, imoral ou agressivo. Por último, os medos obsessivos envolvem temas relacionados com a sujidade e a contaminação. “Muitas pessoas podem ter pensamentos desagradáveis ou extremamente repetitivos, mas não são verdadeiras obsessões a menos que sejam indesejados e insuprimíveis” (Trzepacz & Baker, 2001).

Já as compulsões, são também designadas por rituais, surgindo como resposta às obsessões e não produzindo qualquer tipo de prazer. São fenómenos mentais que podem ser aceitáveis ou inaceitáveis, guiados por regras que o sujeito tem que aplicar de forma rígida (Heyman, Mataix-Cols, & Fineberg, 2006). Existem diversos tipos de compulsões, sendo que as mais frequentes são os rituais de verificação e de lavagem, tal como podemos verificar no estudo realizado por Rasmussen e Eisen (cit in Macedo, 2000). As compulsões oferecem alívio da ansiedade e angústia provocada pelas obsessões, sendo que o perfeccionismo e a extrema responsabilidade são elementos que agravam ainda mais a POC (Angeloti, 2007).

Ao longo dos anos têm sido realizados diversos estudos acerca desta perturbação e foram apontadas várias dimensões da mesma, sendo que uma das suas características está relacionada com a tentativa dos sujeitos em ignorar, neutralizar ou mesmo suprimir os seus pensamentos intrusivos. No entanto, a maioria das vezes, essas tentativas são mal sucedidas, podendo conduzir a um aumento da frequência desses pensamentos. O modelo cognitivo-comportamental desta perturbação, menciona que o facto de os sujeitos não serem capazes de neutralizar, ignorar ou suprimir os pensamentos está dependente da sua frequência e da natureza das suas obsessões. De acordo com este mesmo modelo, os sujeitos tendem a atribuir uma característica irracional e um sentido negativo a essas cognições, o que os leva a tentarem suprimi-las (Rachman, 1998 & Salkovskis, 1996 cit in. Tolin, Abramowitz, Przworski, & Foa, 2002)

Tolin, Abramowitz, Przeworski e Foa, em 2002, concluíram que a POC é então caracterizada por um défice na capacidade em suprimir pensamentos neutros. Este

défice pode ajudar a explicar porque é que os pensamentos indesejados e intrusivos não se tornam repetitivos, na qualidade de obsessões, em pessoas sem o diagnóstico de POC. Na população dita normal, os indivíduos são capazes de suprimir pensamentos indesejados com a máxima eficácia e sempre que necessário.

Posto isto, e relativamente à intervenção realizada nestes casos, podemos referir que nas primeiras sessões era efetuada uma entrevista clínica e psicoeducação no que respeita à perturbação, uma vez que a compreensão das associações entre estímulos-ansiedade e execução do ritual-diminuição da ansiedade, é de extrema relevância. Era, portanto, necessário explicitar de forma clara todos os componentes da doença, referindo o que se entende exatamente por obsessões e compulsões e o modo como as mesmas se associam.

Atualmente existem diversas técnicas para o tratamento da POC, como é o caso da psicofarmacologia, psicoterapias de orientação analítica, psicoterapias de grupo, ou mesmo a psicoterapia de apoio. No entanto, é comum adotarem-se modelos comportamentais, cognitivos ou cognitivo-comportamentais. Nos comportamentais, Mower (cit in. Cordioli et al. 2001) refere que, os evitamentos e os medos decorreriam de aprendizagens adquiridas em duas etapas, a primeira referindo-se à aquisição do comportamento por condicionamento clássico e a segunda à manutenção do mesmo por condicionamento operante. De acordo com o autor, as experiências negativas teriam ficado ligadas ao condicionamento clássico.

Hoje em dia, a Terapia Comportamental (TCM) utilizada pressupõe um conjunto de etapas, onde se realiza a avaliação do paciente, se estabelecem os objetivos e o contrato terapêutico, para que seja administrada a técnica e posteriormente dada alta e realizado o follow-up. Esta terapêutica também pressupõe um conjunto de regras, nomeadamente o facto de o utente ter que enfrentar, tão frequentemente quanto possível, aquilo que mais medo lhe causa; não deverá evitar nenhum tipo de objeto ou situação que sinta ser aversiva para si próprio, nem executar os rituais que habitualmente efetua.

Segundo Cordioli (1998), a TCM, utiliza várias técnicas, tais como: a elaboração de uma lista hierárquica de tarefas, onde se elabora uma hierarquia de sintomas, proveniente da lista dos rituais e evitamentos, começando no mais simples e terminando no mais complexo, do menos perturbador ao mais ansioso, para que seja feita a Exposição e Prevenção da Resposta (EPR). Esta é então o passo pelo qual é iniciada a intervenção, onde é necessário efetuar a identificação ou reconhecimento dos sintomas obsessivo-compulsivos. É uma das estratégias utilizadas para detetar os

comportamentos compulsivos e a ansiedade que reforça cada um deles. Quando um indivíduo se encontra numa situação stressante por tempo suficiente, verificamos que, de forma gradual, a pessoa habitua-se à situação e conseqüentemente a ansiedade vai diminuindo até desaparecer. A EPR consiste, então, em confrontar o indivíduo, progressivamente, com a situação temida (exposição), mas certificando-se de que os rituais compulsivos não são cumpridos, como por exemplo verificação ou limpeza (prevenção de resposta) e desse modo, a ansiedade vai diminuindo ao longo do tempo. Esta técnica é efetuada em pequenos passos, sendo que o primeiro consiste na construção de uma lista de tudo aquilo que o utente teme ou evita no momento. Em seguida colocam-se as situações ou pensamentos menos temidos na base e os mais temidos no topo da mesma. Desta forma a intervenção vai iniciar pela base, avançando depois para o nível seguinte até atingir o topo. Esse avanço não ocorrerá enquanto não se cumprirem os objetivos do nível anterior.

De referir que, no início do tratamento, as consultas eram realizadas com uma frequência mais elevada uma vez que os exercícios propostos para cada nível da lista devem ser feitos todos os dias, durante pelo menos duas semanas consecutivas. Cada vez que se realizavam os exercícios, pretendia-se que a exposição ocorresse o tempo suficiente para que a ansiedade diminuísse. A evolução desta intervenção era monitorizada através da construção de uma escala de ansiedade, que ia do 0 (ausência de ansiedade) ao 10 (máximo de ansiedade sentida), onde os valores iam sendo anotados a cada 5 minutos, para ter uma perspetiva mais realista dos momentos de maior e menor ansiedade. É importante mencionar que, apesar de poderem ser treinados com o próprio terapeuta, os exercícios deverão ser realizados individualmente e a um ritmo confortável para a pessoa. O objetivo desta técnica é então diminuir a frequência do ritual. No entanto, nos casos em que se verifica que o paciente não está preparado para a mesma, pode-se fazê-la inicialmente através da imaginação. A exposição através da imaginação funciona a um nível mais cognitivo e pretende fazer com que o sujeito imagine os estímulos que lhe provocam ansiedade, através da escrita de um texto que contenha toda a sequência de imaginações catastróficas e as suas conseqüências, para que posteriormente o texto seja lido (ou ouvido) várias vezes, o que de início poderá causar alguma ansiedade, mas que com as repetições diminuirá até se extinguir. Quando se atinge essa redução do desconforto, posteriormente o paciente é exposto *in vivo* (Vermes & Zamignani, 2002). Nesta última o paciente encontra-se perante as situações, objetos ou locais que normalmente evita, pois isso irá desencadear

os pensamentos obsessivos. O “trabalho” do utente será realizar a prevenção da resposta, contendo os rituais motores ou mentais e procurando resistir ao impulso de os realizar. Repetindo tais exercícios, num curto espaço de tempo, a tendência é a diminuição ou até desaparecimento dos sintomas desagradáveis, através do fenómeno conhecido como habituação (Abreu & Roso, 2003; Barros Neto, 2000; Cordioli, 1998; Cordioli, 2004; Miguel, 1996; Rangé, 2001; Rangé, 1995).

Ao longo do tratamento desta perturbação e sempre que possível, era identificada uma figura de apoio (familiar ou amigo próximo) com o objetivo de auxiliar o utente durante a terapia, sendo o seu “co-terapeuta” e assegurando-se que o paciente cumpria aquilo que lhe era solicitado em cada sessão, nomeadamente os exercícios de exposição, isto é, os “trabalhos de casa”.

Gradualmente eram introduzidas técnicas cognitivas (terapia cognitiva) para identificação e correção de pensamentos e crenças erradas ou distorcidas. As crenças irracionais são pensamentos/cognições distorcidas da realidade que impedem a satisfação e adaptação dos indivíduos (Gonçalves, 1993). Estas crenças erradas, de um modo geral, englobam questões como os riscos, as responsabilidades e a segurança (Cordioli, 2007).

A reestruturação cognitiva é algo fundamental em diversos casos e a POC é um deles. Essa reestruturação envolve, inicialmente, a deteção de pensamentos distorcidos, de crenças condicionais e da crença central do paciente, orientando assim o terapeuta na compreensão sobre o funcionamento cognitivo do utente (Clark & Wells, 1995).

Deverá ser utilizada uma espécie de diário ou, como no caso das consultas, eram fornecidas umas fichas com quadros para auxiliar o paciente no registo dos seus pensamentos automáticos distorcidos e a respetiva ansiedade nas situações de desconforto. Em seguida, o utente era orientado no sentido de observar estes pensamentos com distância e questioná-los, de modo a perceber as suas distorções e corrigi-los de forma a diminuir a ansiedade por eles causada. Este desafio dos pensamentos automáticos distorcidos é realizado através de uma técnica designada por questionamento socrático, com a revisão de evidências que confirmem ou não as hipóteses negativas do paciente. Ele deve ser realizado com os pensamentos automáticos e as crenças disfuncionais do paciente (Cordioli, 2007; Gonçalves, 1993). Os exercícios de identificação, questionamento e modificação dos pensamentos disfuncionais negativos que geram e mantêm a ansiedade nas situações de desconforto, são, por si só, um recurso que permite ao paciente reconhecer a relação entre os

pensamentos e os seus sintomas, sendo que essa aprendizagem acaba por capacitar o utente a reduzir a interferência negativa dos pensamentos sobre as emoções, aumentando desse modo o seu autocontrolo e autoconfiança.

O objetivo do questionamento é então fazer com que o paciente substitua a sua forma irracional de pensar (que deriva, por vezes, de medos e inseguranças), por um raciocínio lógico, colocando em dúvida as suas convicções e tentando comprová-las. As questões deverão estimular a curiosidade dos utentes e simultaneamente motivá-los a ver através de perspetivas diferentes (Wright, Basco, & Thase, 2006).

Nesta técnica é solicitado ao utente que mencione as evidências que existem contra e a favor daquilo em que acredita e se não considera ser possível existirem explicações alternativas para tal. Um exemplo disto será, o caso de um paciente que não consegue atravessar a estrada ou andar na rua sem evitar pisar as linhas brancas da passadeira ou calcar tampas de saneamento. Aqui, o pensamento automático encontra-se na crença de que “se eu pisar as linhas da passadeira e as tampas de saneamento irá acontecer algo trágico comigo ou com os meus familiares, talvez um acidente ou a morte e a culpa será minha”. Ao introduzir a técnica de questionamento socrático iremos perguntar ao doente o seguinte: “Quais são as evidências que tem de que o pensamento e o medo que sente nessas situações têm fundamento?”; “Existe alguma prova de que o pisar as linhas das passadeiras e tampas de saneamento provoquem desgraças?”; “Que evidências são contrárias ao que pensa?”; “Existem muitas situações em que as pessoas pisam as passadeiras e as tampas e nada acontece?”; “Existem explicações alternativas para o seu medo?”; “Os medos apresentam algum fundamento real ou ocorrem porque tem POC?”; “O que diria a um familiar ou amigo na mesma situação?”; “O que é que as pessoas que não têm POC diriam sobre tais medos?”; “E como acha que se comportariam em situações idênticas?”. Este é o tipo de questionamento que é realizado nestes casos. É fundamental que o doente realize o teste da realidade, começando por pisar as linhas das passadeiras e as tampas de saneamento quando caminhar na rua, de modo a comprovar que realmente nada de trágico ou mau acontece (Cordioli, 2007).

Segundo a International OCD Cognitions Working Group (1997), existem alguns subtipos clínicos dos fenómenos obsessivo-compulsivos, tais como: o perfeccionismo, a excessiva responsabilidade, a sobrevalorização dos pensamentos obsessivos e necessidade de os controlar (preocupação excessiva com a importância e o controlo dos pensamentos) e a sobrestimativa dos riscos ou do perigo e a intolerância à incerteza.

Esta última provoca obsessões de dúvida, indecisão, ruminções obsessivas e demora excessiva na realização das tarefas e verificações, pois é a necessidade de ter certeza absoluta em relação ao pensamento e ao futuro (por exemplo: verificar diversas vezes as torneiras, as portas, o fogão, entre outros). Há uma repetição constante na busca de certezas e confirmações (Cordioli, 2008).

É fundamental ressaltar que, tanto a excessiva responsabilidade como o perfeccionismo acabam por influenciar, de forma acentuada, determinado tipo de crenças disfuncionais que são sobrevalorizadas pelo indivíduo, o que vai interferir nos processos cognitivos de avaliação dos fenómenos de natureza obsessiva e impulsiva.

O perfeccionismo (crença de que um estado perfeito existe e portanto é passível de ser atingido) pode ser encarado como uma forma de “coping” disfuncional que é adotada pelo indivíduo no sentido de tentar manter o controlo face a uma situação potencialmente indutora de stress, reduzindo o risco da ameaça percebida. O perfeccionismo excessivo, enquanto tentativa de se alcançar um estado de perfeição absoluta, está ligado à presença de disfunções psicopatológicas. Portanto, esta característica de perfeição encontra-se intimamente ligada a um excessivo sentido de responsabilidade, tal como foi possível observar em diferentes situações clínicas ao longo do estágio. A responsabilidade excessiva e o perfeccionismo influenciam certas crenças pessoais sobrevalorizadas, interferindo nos processos cognitivos de avaliação dos fenómenos de natureza obsessiva e compulsiva. Alguns autores consideram que as crenças distorcidas relacionadas com o excesso de responsabilidades são o problema central na Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Os sujeitos avaliam o risco de modo exagerado, realizam sucessivas verificações para evitar falhas e encontram-se permanentemente em vigilância para evitar erros e falhas, apresentando frequentemente sentimentos de culpa (Cordioli, 2008). É comum a avaliação exagerada, por parte dos utentes, do risco de contrair doenças, cometendo erros de lógica, tanto a nível da percepção, como na interpretação da realidade. Um exemplo disto é o do utente pensar que o facto de se ter sentado num banco de autocarro ou ter tocado nas maçanetas das portas dos wc poder provocar SIDA. Este tipo de pensamento errado e trágico é responsável pela ansiedade, medos e necessidade de concretizar rituais sucessivos de lavagem ou evitamento dos contextos “perigosos”.

4.3. *Caracterização Global da Intervenção*

Os acontecimentos de vida que desencadeiam grande ansiedade e sofrimento refletem uma maior procura de apoio psicoterapêutico. De entre essas situações podemos destacar o luto, dificuldades de adaptação em situações pessoais e profissionais, a descoberta de doenças graves e incapacitantes, entre outras. Existem situações em que utentes com determinadas perturbações, apesar de se encontrarem sob efeito de medicação psiquiátrica, continuam a ter necessidade de apoio psicoterapêutico individualizado e atento (Leal, 2005).

Durante todas as consultas foi sempre prestado apoio psicoterapêutico aos utentes, de acordo com as suas necessidades e especificidades. Procurou-se compreender e auxiliar o utente nas suas problemáticas e na procura de soluções mais adaptativas, com o objetivo de atenuar o sofrimento e ansiedade que estes evidenciavam.

5. *Outras Atividades*

No desenrolar do ano de estágio, deu-se a oportunidade para o contacto com múltiplas experiências de diversos tipos, pois para além da proximidade com os utentes na Consulta Externa e na Unidade de Internamento, existiram outros com casos do Hospital de Dia. Situações em que foi pedido à Dra. Antónia Pinto que administrasse o Teste de *Rorschach*, de modo a discernir as diversas características do doente, para em conjunto com o médico psiquiatra, conseguir chegar a um diagnóstico mais concreto.

Este é um teste projetivo, composto por 10 cartões com manchas de tinta impressas (cinco a preto e branco e cinco a cores), cuja única tarefa que o paciente deverá realizar é dar uma resposta a cada um dos 10 cartões, mencionando tudo aquilo que ele consegue perceber no mesmo. A partir das respostas, procura-se obter um quadro amplo da dinâmica psicológica do indivíduo, sendo que são utilizados sistemas diferentes para a codificação e a interpretação das informações. A partir da aplicação deste instrumento por parte da orientadora, foi possível, não só verificar os diferentes tipos de respostas dadas e as reações dos pacientes ao teste, como também aprender acerca do seu modo de aplicação e cotação, uma vez que é uma ferramenta bastante complexa.

Para além desta experiência, é importante referir que a estagiária também participava nas reuniões semanais do Serviço de Psiquiatria, que se realizavam todas as

quartas-feiras pelas 9h da manhã. Aqui encontrava-se reunida toda a equipa que incluía os médicos psiquiatras, os psicólogos, os enfermeiros, os terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, para a discussão dos casos dos pacientes internados. Cada caso era específico, sendo que na maioria a principal questão baseava-se no diagnóstico do doente, no seu estado de evolução, ou, no caso de ter sido internado recentemente, eram referidas as queixas. Para além destas questões, os psicólogos referiam os resultados das avaliações requeridas pelos médicos, no sentido de, em conjunto, alcançarem um diagnóstico consistente e auxiliar o doente. Os assistentes sociais colaboravam na discussão, no sentido de encontrar uma solução para questões socioeconómicas e familiares dos pacientes, pois muitos deles não tinham para onde ir, não tendo família ou pela mesma não querer acolher o doente. Na terapia ocupacional os utentes desenvolvem diversos tipos de atividades, onde é possível observar a interação entre eles, o modo como desempenham essas atividades, a sua participação e grau de motivação. A partir deste ponto é possível detetar ou não possíveis anomalias presentes nos utentes e com isso auxiliar, também, no processo diagnóstico e no próprio tratamento.

Estas reuniões eram sucedidas, após um intervalo de uma hora, por apresentações diversas relacionadas com a área da psiquiatria, nomeadamente estudos desenvolvidos pelos internos, teses de licenciatura e/ou mestrado de Psicologia ou Psiquiatria. Alguns dos temas abordados foram: a esquizofrenia, o ciúme patológico, a depressão, o suicídio, os testes neuropsicológicos, os fármacos entre outros. No fim de cada apresentação era aberta a discussão ao público, onde eram expressas opiniões acerca daquilo que havia sido exposto. Para além disto, todos os meses, no último dia era realizada a apresentação de um caso clínico, onde se mencionava toda a história clínica/médica do doente, a história de vida e familiar, os antecedentes psiquiátricos, o diagnóstico realizado e os tratamentos a que foi submetido. Os casos expostos consistiam em situações onde tinha existido um nível superior de dificuldade em lidar com o doente e em chegar a uma conclusão mais precisa acerca do seu diagnóstico e tratamento necessário. Por este motivo, era explicado o diagnóstico diferencial, no sentido de incitar também o debate final depois da exposição do caso.

De referir que estas apresentações contavam sempre com a presença do diretor do serviço, o Dr. Roma Torres, e de toda a equipa de Psiquiatria, entre outros.

Para além da participação nestas reuniões, a estagiária teve a oportunidade de fazer parte de um estudo que foi alvo do seu trabalho de investigação. Este consistiu na

recolha de uma amostra de doentes com Perturbação Obsessivo-Compulsiva os quais foram submetidos a um protocolo de avaliação neuropsicologia. Os doentes já haviam sido previamente selecionados pelo médico psiquiatra Dr. Ricardo Moreira e a aplicação do protocolo iniciada pela Dra. Antónia Pinto. A estagiária esteve em contacto com alguns dos doentes selecionados para o estudo e auxiliou, juntamente com a Dra. Antónia e o Professor Doutor Bruno Peixoto, na correção e inserção dos dados dos mesmos para o SPSS, para posterior análise.

Os doentes deste estudo foram também submetidos a exames médicos, nomeadamente ressonâncias magnéticas, entre outros. A estagiária ficou encarregue de recolher o grupo de controlo, para que futuramente fosse possível analisar os dados e compara-los de modo a atingir o objetivo do trabalho de investigação.

Capítulo IV

Caso Clínico

Há doenças piores que as doenças

*"Há dores que não doem nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz,
Há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida
Há tantas coisas que, sem existir
Existi, existi demoradamente
E demoradamente é nossa e nós...
Por sobre o verde turvo do amplo rio
Os circunflexos brancos das gaivotas...
Por sobre a alma o adejar inútil
Do que não foi, nem pôde ser e é tudo."*

Fernando Pessoa

1. Identificação

D. é um adolescente de nacionalidade portuguesa, do sexo masculino, 19 anos, solteiro, sem filhos, que reside com os pais. Tirou o curso profissional de energias renováveis, sendo que, posteriormente, tirou também o curso profissional de mecânica de automóveis. Atualmente trabalha numa oficina de automóveis como mecânico.

2. Motivo do Pedido

D. foi encaminhado pelo seu médico psiquiatra, o Dr. M., no sentido de realizar uma avaliação mais aprofundada do seu grau e tipo de Perturbação Obsessivo-Compulsiva e efetuar o respetivo acompanhamento psicoterapêutico, que juntamente com os fármacos o irão auxiliar a ultrapassar a sua condição.

3. Principais Queixas

O utente referia queixas essencialmente derivadas dos sintomas de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, revelando rituais que limitavam a sua vida em todos os níveis, social, profissional e familiar. Mencionou que já tinha recorrido a diversos sítios para tentar solucionar o seu problema mas que tudo aquilo que tinham realizado com ele não tinha surtido efeito algum e que continuava a piorar. Sente a sua vida completamente condicionada pela sua doença afetando-o ao longo de todo o dia.

Segundo a mãe do utente, que compareceu em todas as consultas, “ele não consegue ter uma vida normal, tem rituais para tudo e acaba por nunca chegar a tempo a lado nenhum porque é capaz de ficar horas naquilo”.

D. mencionou os rituais que costuma executar desde que se levanta até quando se deita. Começando pelo que sucede quando acorda, o doente senta-se na cama e calça os chinelos, descalçando-os de imediato e repetindo esse ritual de calçar e descalçar um número ilimitado de vezes. Este só finda quando é capaz de calçar os chinelos sem que o seu pensamento esteja focado em drogas e homossexualidade. Refere que todos os seus rituais estão conectados a este pensamento e conseqüentemente, desde que acorda até ir dormir repete tudo até conseguir executar o comportamento sem que o pensamento esteja presente.

Após a situação dos chinelos, para sair do seu quarto acontece o mesmo com o abrir e o fechar da porta, em seguida com o vestir a roupa para sair, que veste e despe incessantemente. Para tomar banho e lavar a cara, abre e fecha a torneira continuadas vezes e mesmo no que respeita à alimentação a mãe do utente referiu que “ele até para comer tem estas manias, põe a comida na boca, tira e volta a pôr”.

A situação profissional é que mais preocupa o utente, pois trabalha como mecânico de automóveis e segundo ele “quando estou a apertar um parafuso, acabo por apertar e desapertar diversas vezes, o que me consome bastante tempo (...) mesmo a arrumar as ferramentas tenho que as deixar sempre muito direitinhas nos sítios onde estavam”.

O paciente demonstra que isto o deixa extremamente ansioso e que está esgotado com este estilo de vida, a própria mãe referiu que “ele já me disse que se queria matar porque está a ver que não há solução para isto! Uma das vezes quando chegou do trabalho, ficou à porta de casa cinco horas à espera que alguém chegasse para lhe abrir a porta, porque ele sabia que se o fizesse iria estar ali imenso tempo a abrir e a fechar sem parar”.

D. indica que não consegue deixar de fazer os rituais por muito que a mãe lhe diga e por muito que tente, pois sente que se não os fizer poderá vir a ser toxicómano ou homossexual. Refere também que quando está em público tenta disfarçar que tem esta doença mas que em casa já não o esconde. A mãe demonstra grande preocupação pelo estado de saúde do seu filho e considera que ele está cada vez pior e com mais rituais.

Apesar disto, e como é característico desta perturbação, D. apresenta *insight* da sua condição, referindo que já em outras clínicas o tinham diagnosticado e realizado tratamentos de que nada lhe tinham valido. Considera que todos aqueles rituais não fazem sentido nenhum, mas que não consegue parar e que tudo o que queria era ajuda para “ficar bem e viver como uma pessoa normal”.

4. História do Problema Atual

D. relatou que os seus rituais iniciaram por volta dos seus 14 anos, na altura do surto de Gripe A. Nessa altura a preocupação era mais voltada para as limpezas, nomeadamente a lavagem das mãos. Refere que isso acabou por atenuar um pouco passado algum tempo, mas que por volta dos seus 16 anos os rituais se vincaram com mais agressividade, mas desta vez nada que estivesse ligado às limpezas. Ele foi gradualmente repetindo e executando os rituais de acender e apagar as luzes, tinha que tocar em tudo o que a mãe tocava, vestia e despia as roupas, verificava as portas, colocava a comida dentro da boca

para depois voltar a tirar, entre outras. No entanto, estas compulsões estavam todas relacionadas com drogas e homossexualidade, pois segundo D. “via os meus colegas lá na escola a drogar-se e a lidar com esse tipo de coisas e também sabia que haviam colegas homossexuais e o receio de que alguma dessas duas situações pudesse estar relacionada comigo assustava-me um bocado.”

D. mencionou que no início da sua doença a mãe estava constantemente a repreende-lo, pois ele perdia imensas horas nos rituais e acabava por chegar atrasado onde quer que fosse. A mesma concordou e referiu que no começo não compreendia aquilo e pensava que era lentidão do filho, no entanto com o passar do tempo apercebeu-se de que era uma doença e apoiou-o sempre.

Numa primeira fase, D. não realizava os seus rituais à frente de ninguém, a não ser da sua mãe. Escondia-os tanto do seu pai, como da sua irmã e também a nível social.

5. Anamnese - História de Vida

D. nasceu em Monção, tendo a gravidez e o seu nascimento ocorrido sem qualquer problema. É o mais novo de uma fratria de dois irmãos e reside com ambos os pais. Estes estão casados há 30 anos e o utente descreve a sua relação com ambos como boa. A sua mãe tem 48 anos e trabalha numa cooperativa de forrar volantes, sendo que o utente a descreve como alguém extremamente preocupado e ansioso, mas que “não saberia viver sem a sua ajuda e apoio”. Refere que sempre se abriu mais com a sua mãe desde novo e que quando a sua doença e os rituais surgiram, ela “ralhava muito com ele porque levava aquilo para a lentidão”. Já em relação ao seu pai, é um homem de 53 anos, operador de máquinas numa quinta. O utente mencionou que apesar de ter uma boa relação com ele, é mais afastada do que com a sua mãe, “o meu pai não me compreende como a minha mãe, principalmente em relação à minha doença (...) não sei, ele acha que eu faço isto porque quero”. A sua irmã tem 29 anos e estudou em Coimbra, tendo-se formado como advogada e encontrando-se, no momento presente, a exercer em Lisboa. Reside com o marido e está grávida de oito meses. O utente refere que sempre se deu bem com ela e a mesma sempre o apoiou apesar da distância.

Relativamente à infância a sua mãe refere que não existiram problemas a nível de desenvolvimento e as únicas doenças que surgiram foram as características da idade.

No que respeita à vida social e amorosa de D., o mesmo relata que nunca teve uma namorada, apesar de ser algo de que ele gostaria. Segundo a mãe “ele diz que é feio e que

ninguém gosta dele”. Tem amigos, mas muito poucos, que também não saem muito, preferindo ficar em casa. O fascínio do utente são os automóveis e as motas, dando mais valor a tratar dos veículos do que a socializar, “quando não estou na oficina a trabalhar, costumo ficar em casa a tratar do carro e da mota, arranjar umas coisas e acabo por ficar sempre em casa aos fins-de-semana”.

No trabalho, D. começou o serviço na auto-líder, onde trabalhava em conjunto com outras pessoas conhecidas, no entanto e apesar de referir que gostava de trabalhar lá, considerava que não confiavam nele. Surgiu entretanto a oportunidade de poder ir trabalhar para a oficina de automóveis do seu antigo professor do curso com quem ele se dava bastante bem. D. não hesitou e optou por se despedir na auto-líder e aceitar o novo emprego que lhe foi oferecido. Com o passar do tempo acabou por se arrepender, pois segundo o mesmo “sinto-me só, trabalho sozinho e o patrão, para além de já me dever o salário há meses, nunca está na oficina”. D. contactou com o anterior local de trabalho, com o objetivo de voltar para lá, mas sem sucesso, pois, de acordo com o patrão, já não havia vagas disponíveis.

Na saúde, como anteriormente referido, D. já havia sido seguido em psiquiatria em consultas numa clinica, onde tinham sido realizados tratamentos de psicanálise muito dispendiosos e sem resultados. O seu exame do estado mental apresenta-se vígil, orientado no espaço e no tempo, sem qualquer atividade alucinatória ou delirante e sem história familiar de doenças psiquiátricas.

6. História Médica

Relativamente ao historial médico, D. não apresenta antecedentes de relevo, não tendo contraído nenhuma doença significativa no passado, a não ser as típicas doenças banais. Apresenta antecedentes de acompanhamento em Psiquiatria, em Viana do Castelo. Foi seguido em consulta de Pedopsiquiatria desde 2011, com diagnóstico de POC. Refere que os seus problemas se iniciaram pela altura do surto de Gripe A. Neste momento refere pensamentos intrusivos e desagradáveis, de conteúdo relacionado com drogas e homossexualidade. Reconhece que esses pensamentos se originam na sua própria mente. Tenta resistir aos mesmos e neutralizá-los, na maioria das vezes sem sucesso. Apresenta rituais que envolvem abrir portas e tocar em objetos, sendo que depois de os executar sente uma diminuição parcial da ansiedade.

Nos últimos meses terá sido acompanhado numa outra clínica, onde terá deixado de fazer a medicação. Foi observado no Serviço de Urgência no início de Setembro deste ano por agravamento progressivo dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), com sintomas depressivos e ideação suicida. Na altura estava sem medicação desde Outubro (por indicação da clínica onde era seguido). Foi medicado com fluvoxamina e diazepam em SOS (que faz raramente).

O doente refere pensamentos de carácter intrusivo, sobre drogas ou homossexualidade (pensa na palavra, imagens intrusivas) que geram ansiedade, pelo que tem de realizar as tarefas repetidamente até o conseguir fazer sem estes pensamentos. Alguns exemplos disso são o facto de demorar cerca de 2 horas a tomar banho, de se vestir e despir várias vezes e demorar muito tempo a levantar-se da cama. Refere ainda, que quando vê a mãe a fazer alguma coisa na cozinha, refaz o que ela fez. Nega sintomas relacionados com contaminação/limpeza, ordem/simetria (na adolescência terá tido período em que as coisas tinham de estar dispostas de determinada forma para que nada de mal acontecesse), fobia de impulsão e acumulação.

Para além disto, fez referência ao facto de ter partido o braço esquerdo num acidente de mota há cerca de dois anos, não tendo ficado com nenhuma sequela.

No momento presente começou a ser seguido pelo Dr. M., médico psiquiatra na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João.

7. Comportamento ao longo da Avaliação – Apreciação Geral

De um modo global todas as sessões de D. ocorreram de acordo com o previsto, sendo que compareceu a todas dentro do horário marcado e sempre acompanhado da sua mãe. À observação, o utente encontrava-se vígil, consciente, orientado no tempo e no espaço, calmo e colaborante. Apresentava uma postura um pouco fechada (timidez).

Nas sessões iniciais foi perceptível essa timidez, o estar pouco à vontade e pobre contacto ocular, mantendo-se bastante fechado em si mesmo e tendo a sua mãe falado e explicado a situação mais do que o próprio utente. Apesar disto apresentou-se sempre com uma aparência cuidada e vestuário adequado.

D. foi progressivamente, ficando mais à vontade, acabando por abandonar a postura tímida/defensiva inicial, deixando-se levar nas sessões e explorando os sentimentos de forma mais aberta. Apresenta um discurso fluente, lógico, coerente e uma linguagem correta, porém simples. Logo a partir da primeira sessão mostrou-se muito colaborante e

com vontade de superar a doença, aceitando e cooperando com as atividades que foram propostas logo de início, tendo a sua postura e situação melhorado muito ao longo de todo o tratamento.

Apresentava um humor sintónico, sem ideação suicida e sem atividade delirante ou alucinatória e com juízo crítico para a sua situação clínica e para a necessidade de tratamento.

8. Avaliação do Caso

Numa primeira fase foi realizada uma entrevista de anamnese⁷ com vista a aceder a todas as informações possíveis da vida do utente. O caso foi conceptualizado de acordo com a terapia cognitivo-comportamental, sendo que é fundamental construir uma lista de todos os problemas, o diagnóstico multi-axial, identificar os mecanismos que mantêm o problema, as suas possíveis origens, os fatores precipitantes que possam estar a manter os sintomas e quais os recursos atuais potencialmente facilitadores da mudança.

Lista de Problemas:

- Sintomatologia Obsessivo-Compulsiva (obsessões recorrentes e consequente realização dos rituais);
- Problemas ocupacionais (receio de perder o emprego na oficina devido à sua condição e de que a situação de não receber o salário se mantenha; Ansiedade e desmotivação no emprego atual);
- Instabilidade emocional/problemas relacionados com o ambiente social (dificuldade em relacionar-se com os amigos da sua idade, estabelecendo relações interpessoais).

Diagnóstico Multi-axial (DSM-IV-TR):

Eixo I	300.3 Perturbação Obsessivo-Compulsiva (F12.8)
Eixo II	Sem diagnóstico
Eixo III	Nenhum

Eixo IV Problemas Ocupacionais (Receio de que a situação de não receber o salário se mantenha e ansiedade e desmotivação no emprego atual; Receio de perder o emprego devido à sua condição);

Problemas relacionados com o ambiente social (dificuldade de relacionamento interpessoal)

Eixo V AGF = 50 (atual)

D. surge na consulta de Psicologia, como referido anteriormente, encaminhado pelo seu médico psiquiatra para acompanhamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental, tendo sido diagnosticado previamente com a condição de Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Segundo o DSM- IV-TR (2002), sabe-se que é na fase da adolescência que a POC tem o seu início habitual, que foi exatamente o sucedido no caso de D., onde o mesmo referiu que os SOC já existem desde os seus 14 anos.

De acordo com a teoria cognitiva para a origem das obsessões sabemos que os indivíduos considerados “normais” também experienciam pensamentos intrusivos que são idênticos, no que respeita à forma e conteúdo, com as obsessões que os portadores de POC apresentam. Para além disto, e ainda dentro da mesma teoria, a realização de uma interpretação errada e de um significado negativo acerca desses pensamentos intrusivos, será a responsável pelo aumento da sua frequência e intensidade. Isto vai resultar numa transformação de pensamentos invasivos “normais” em obsessões (Rachman & Silva, 1978).

Salkovskis, (1985; 1989), evidenciou também a importância do excesso de responsabilidade na origem dos SOC. O paciente avalia que o impedimento de futuros danos para os outros e para si mesmo é da sua responsabilidade, o que o leva a adotar comportamentos destinados a eliminar possíveis riscos, tais como o evitamento, verificações, entre outros rituais. Enquanto esse tipo de interpretação errada/distorcida prevalecer as obsessões também vão persistir e vice-versa, ou seja, se houver um enfraquecimento dessas interpretações, também as obsessões irão enfraquecer.

Do mesmo modo, quanto menor for a importância atribuída aos pensamentos intrusivos, menor será o impulso de executar os rituais (Salkovskis, 1999).

No caso de D., foi exatamente isto que se verificou, pois ele revela alguns pensamentos de tipo mágico, onde tem que realizar todos os comportamentos da vida quotidiana sem que o seu pensamento esteja focado em drogas e homossexualidade senão correrá o risco de se tornar uma dessas duas coisas. Este tipo de pensamento é o que parece estar a manter o problema, pois o recurso a esses rituais como meio de evitar o possível risco e diminuir a ansiedade que o pensamento lhe proporciona, resulta num “ciclo vicioso”, onde o realizar das compulsões apenas aumenta a necessidade de as repetir.

Podemos então referir que não existe um verdadeiro precipitante, isto é, os sintomas estão sempre presentes a nível cognitivo, sendo que o que varia é a sua manifestação comportamental, existindo situações que despoletam maiores níveis de ansiedade no utente do que outros. O caso do seu emprego é um dos fatores, pois o receio de o perder e deixar de fazer aquilo de que mais gosta é algo que o assusta e gera elevados níveis de ansiedade.

No respeito a recursos potencialmente facilitadores de mudança, podemos apontar o facto de D. ter tido vontade de ir à consulta, demonstrando *insight* acerca do seu estado, o que nos oferece algumas garantias de que irá realizar uma boa adesão ao processo terapêutico. Para além disto, o utente revela motivação para a mudança (“ficar bem e viver como uma pessoa normal”) e encontra-se sob efeito de medicação, o que pode ajudar na remissão de alguns rituais e conseqüente diminuição da ansiedade causada pela sua não concretização. É importante salientar o apoio da sua mãe em todo o processo.

9. Intervenção

A intervenção foi baseada no protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental para a POC de Franklin & Foa (2008). Este foi adaptado para responder às necessidades específicas do caso de D.

As sessões decorreram num período semanal, com durações entre 30 a 40 minutos, sendo importante referir que o caso ainda não se encontra concluído uma vez que o utente continua a ser seguido.

Numa fase inicial foi realizada uma entrevista clínica de anamnese⁸ com o objetivo de recolha de todas as informações possíveis acerca da história de vida/familiar e clinica do doente, para posteriormente se construir um plano de tratamento indicado ao caso. Desde o momento inicial, e apesar da sua timidez, o utente demonstrou vontade para ficar bem, no entanto um pouco descrente de que o seu problema pudesse ser efetivamente solucionado.

Numa segunda sessão, recorreu-se à psicoeducação, sendo fornecidas todas as explicações acerca da sua condição. Foi esclarecido o que se entende exatamente por obsessões e compulsões, quais as mais comuns, bem como a sua evolução e prevalência. O doente ouviu atentamente todos os esclarecimentos, mostrando compreender, aceitar e confirmar tudo aquilo que estava a ser dito. Para além disto, foi mencionada o tipo de terapia que se iria realizar, nomeadamente a Terapia Cognitivo Comportamental, a sua eficácia neste tipo de casos e quais as estratégias que iriam ser utilizadas ao longo das sessões. Foi realizada a distinção entre o pensamento e a realidade, pois o facto de pensarmos numa situação em particular não vai equivaler à sua concretização. Foi também fundamental que D. compreendesse a necessidade de quebrar as associações que existem entre os estímulos indutores de ansiedade e os comportamentos (rituais) que a diminuem. Mencionou-se também como é essencial a exposição através da imaginação e/ou *in vivo* para que a ansiedade possa diminuir de forma gradual. Foi explanado que o utente iria sentir desconforto temporário ao longo da progressiva eliminação dos seus rituais, sendo que o mesmo iria decrescer conforme as situações fossem sendo enfrentadas, alcançando, no final, uma melhoria na qualidade de vida.

Nas primeiras sessões foi também construída uma lista de sintomas específicos acerca das obsessões e compulsões de D.⁹, sendo que os mesmos foram classificados de acordo com o grau de ansiedade subjetiva, em que zero correspondia à ausência de ansiedade e dez ao grau de ansiedade extrema, e posteriormente hierarquizados de acordo com essa mesma graduação. Neste caso, o paciente apresentou uma participação ativa e motivada, no sentido de colocar todos os rituais de que se lembrava, uma vez que eram tantos que quando questionado ele referia sempre que “tenho rituais em tudo”. Colocou a graduação da ansiedade com sucesso, embora com algumas dúvidas para certas compulsões.

O utente foi instruído para automonitorizar os seus rituais, de modo a ter em conta a sua frequência e intensidade, sendo que a sua mãe ficou incumbida de o apoiar durante o tratamento, incentivando-o e assegurando-se de que todos os trabalhos de casa eram cumpridos. Perante esta tarefa e após todas as explanações o doente mostrou-se empenhado e determinado para a execução daquilo que lhe estava a ser pedido, referindo que iria dar o seu melhor e esforçar-se ao máximo para colocar em prática tudo aquilo que havia sido descrito e indicado ao longo da consulta.

Numa terceira sessão e a partir desse momento, o foco do tratamento era a diminuição da ansiedade de D. relacionada com os seus SOC. Deste modo foi realizada a Exposição e

Prevenção de Resposta (EPR), onde através de estratégias de exposição, imaginação e “in vivo”, D. teve a oportunidade de ser confrontado com estímulos internos e externos.

Todas as sessões iniciavam com a discussão acerca do que foi realizado como trabalho de casa, dos rituais realizados desde a semana anterior, dando-se seguimento com a exposição por imaginação e *in vivo* e agendamento dos trabalhos de casa para a próxima sessão. No que respeita aos trabalhos de casa, o utente mencionou sempre que se esforçava para os cumprir, no entanto existiam algumas situações em que sentia mais dificuldades, devido ao seu estado de ansiedade causada por questões relacionadas com o trabalho ou vida pessoal.

Já em relação às estratégias de exposição e numa fase mais inicial, o utente demonstrava não se sentir muito à vontade na execução das mesmas, sobretudo devido à sua timidez. Apesar disto, D. não deixou de o fazer, sendo que esse sentimento de desconforto foi desvanecendo à medida que as sessões iam desenrolando. De referir que existiram diversas situações em que D. realizou a tarefa “in vivo”, como por exemplo abrir a porta para sair do consultório e fechá-la, para seguidamente repetir o processo ao voltar a entrar, nas quais não apresentou nenhum tipo de dificuldade e em que a ansiedade também não se revelava elevada, pois, segundo o mesmo “não tive necessidade de fechar e abrir a porta novamente, pois o meu pensamento estava vazio de ideias que me perturbassem”.

Foram também incorporadas, ao longo de todas as sessões, estratégias de reestruturação cognitiva cuja finalidade era a modificação das crenças irracionais do utente que se encontravam envolvidas na intrusão das obsessões, designadamente a perceção de perigo e excessiva responsabilidade pessoal.

Os pensamentos automáticos e obsessões de D. foram identificados como estímulos e foram explorados e trabalhados. Isto realizou-se através de uma disputa racional, onde D. foi questionado acerca de evidências contra e a favor das suas crenças. Foi utilizado o questionamento Socrático acima referido. Foram trabalhadas as seguintes crenças: “se não realizar todos os comportamentos da minha vida quotidiana sem que o meu pensamento esteja focado em drogas ou homossexualidade posso vir a tornar-me numa dessas duas coisas”. Posto isto, e de acordo com o questionamento Socrático, foram então colocadas as seguintes questões: “O que o leva a pensar que se não fizer todas as coisas da sua vida quotidiana sem estar a pensar em drogas e homossexualidade se pode tornar num toxicómano ou num homossexual?”; Que evidências encontra para que isso possa acontecer?”; Quais são as evidências contrárias a esses pensamentos?”; “Caso se tornasse num toxicómano ou num homossexual, teria como comprovar que isso foi derivado do

facto de não ter realizado a sua vida diária sem ter o pensamento “limpo”?; “Ou poderia ocorrer por outras razões?”; “Qual a possibilidade de 0 a 100% que isso aconteça?”; “Será que existe alguma explicação para esses pensamentos?”; “Será que esses pensamentos não são fruto da sua doença, da POC?”; “Deixe de realizar os rituais e veja o que acontece”.

Este exercício permitiu que D. colocasse em questão as suas convicções, verificando a inexistência de evidências que suportavam o seu pensamento inicial, tentando alcançar pensamentos mais funcionais, adaptativos e racionais.

D. teve como trabalhos de casa tarefas de exposição *in vivo*, onde o mesmo deveria realizar a sua vida quotidiana com normalidade, esforçando-se por não realizar os rituais mesmo que o seu pensamento estivesse focado em drogas ou homossexualidade.

Neste caso, denotou-se uma melhoria extraordinariamente significativa da primeira para a segunda sessão, pois mal D. entrou no consultório, na segunda sessão, a sua própria postura já era mais leve e a sua mãe vinha bastante satisfeita e admirada. A mãe e o próprio referiram que ele quase já não fazia os rituais a não ser em pequenas coisas, como era o caso daqueles mais relacionados com o trabalho (apertar e desapertar parafusos; colocar as ferramentas em ordem) e que se sentia muito melhor. De acordo com a sua mãe “nem parece o mesmo, estou muito contente”. D. já não calçava e descalçava os chinelos incessantemente, não verificava as portas inúmeras vezes, nem abria e fechava as torneiras sem parar. No trabalho também estava melhor, apesar de não ter conseguido eliminar alguns dos rituais.

A melhoria e compreensão da sua doença foram notáveis, no entanto, o trabalho continuou, no sentido de o libertar completamente da sua condição, para que o mesmo possa viver sem a pressão e ansiedade provocada pelas obsessões e compulsões.

Nas sessões seguintes os trabalhos de casa referentes à não realização de todo e qualquer ritual manteve-se, no entanto a partir da segunda sessão, em que houve aquela grande melhoria, o utente não conseguiu ultrapassar aquilo que ainda se encontrava em falta. O utente mencionava sempre que estava melhor e “quase já não faço os rituais”, sendo que a mãe corroborava esta opinião, no entanto aquele referido “quase” é a parte mais complexa de ultrapassar. Aliado à singular dificuldade que a própria doença acarreta no eliminar desse dito “quase”, existe a o agravamento da ansiedade causado por questões alheias à POC. Isto verificou-se em algumas das posteriores sessões em que D. se encontrava mais em baixo devido a assuntos relacionadas com problemas profissionais, nomeadamente o facto de já se encontrar a trabalhar há meses e não estar a ser remunerado por isso, situação que o deixava em baixo e agravava a sua doença, deixando-o mais

ansioso e não permitindo que os trabalhos de casa fossem realizados com sucesso. Este fator juntamente com a sua dificuldade de inserção social e amorosa também não era favorável ao tratamento da sua perturbação.

Apesar disto, o utente, de um modo geral, demonstrou uma grande melhoria na sua condição, uma vez que a maioria dos seus rituais foi suprimida e o mesmo se tem sentido melhor e com mais motivação para terminar o tratamento eficazmente.

10. Ponto de Situação e Prognóstico

O processo terapêutico ainda não se encontra concluído, no entanto, como referido acima, o utente encontra-se muito melhor e mais motivado. Apesar de muitos dos sintomas obsessivo-compulsivos terem sido eliminados ainda existe um risco de recaída. Por este motivo a intervenção terapêutica visa a manutenção desses ganhos, juntamente com a continuação de todos os exercícios de exposição e trabalhos de casa, bem como a prevenção de recaída.

11. Reflexão Crítica

Este caso mostrou-se, logo à partida, bastante estimulante, dada a situação apresentada pelo paciente, que deixou a estagiária perplexa devido à elevada gravidade da sua perturbação obsessivo-compulsiva.

Todavia, desde cedo foi estabelecida uma boa relação terapêutica com o doente, onde foi construída confiança e empatia, que se traduziu numa crescente motivação para o tratamento e diminuição da descrença inicial, por parte do utente, no mesmo.

Através deste caso foi também possível verificar que, de facto, as técnicas cognitivo-comportamentais associadas à intervenção farmacológica traduzem uma grande eficácia na melhoria da sintomatologia característica da POC. O modelo cognitivo-comportamental, aplicado neste caso, permitiu uma melhor compreensão dos fenómenos obsessivo-compulsivos, da importância das aprendizagens erróneas e de crenças disfuncionais na sua génese e manutenção. Permitiu, ainda, a proposição de uma variedade de técnicas e estratégias que possibilitam a redução dos sintomas para a maioria dos pacientes e até a sua total extinção. Constitui, juntamente com os psicofármacos, um dos tratamentos de eleição para esta condição. Por ser uma terapia breve, com base teórica simples e de aplicação relativamente fácil, desde que garantida a adesão do paciente, a TCC tem-se transformado

num importante recurso terapêutico, em especial para os pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos leves ou moderados, com predomínio de compulsões, com intolerância aos efeitos colaterais ou que por algum motivo estão impossibilitados de utilizar medicamentos e, sobretudo, para o grande número dos que não respondem ou respondem parcialmente à farmacoterapia.

Ao longo do seguimento do caso de D. foram enfrentadas algumas adversidades, tais como o facto de muitas das vezes o utente não conseguir realizar os trabalhos de casa, referindo que não foi capaz por se sentir mais ansioso devido aos problemas derivados do local de trabalho. Estes fatores induziram, algumas vezes, sentimentos de frustração na estagiária, apercebendo-se que talvez as estratégias utilizadas não estivessem a ser a mais adequadas ou que era necessário uma atitude um pouco mais diretiva para com o utente.

As dificuldades sentidas foram por vezes, frustrantes, como acima mencionado, no entanto, foi muito gratificante trabalhar com D. e constatar a importância da intervenção a nível psicológico. A relação terapêutica e o grau de confiança estabelecido com o paciente permitiu que o mesmo pudesse criar ligações entre o seu passado e as suas dificuldades em particular, tentando compreender alguns dos motivos do seu problema e realizar uma leitura adaptativa das experiências por que passou.

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva pode causar muita angústia e sofrimento no quotidiano dos seus portadores, quer através do aparecimento abrupto de pensamentos obsessivos, quer pelo controlo de rituais necessários para acalmar os pensamentos, algo que podemos verificar perfeitamente no caso de D.

É fundamental referir que, para conseguirmos compreender a multidimensionalidade desta perturbação, é necessário conhecer as suas características, saber que pontos aproximam a POC da Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, indagando as suas comorbilidades, características fisiológicas e ainda quais os psicofármacos mais comuns para o tratamento da mesma. Neste caso clínico em particular, verificamos que o paciente não apresentava quaisquer comorbilidades, nem tão pouco nenhum tipo de perturbação da personalidade, no entanto, estas são questões fundamentais, pois podem influenciar tanto no aparecimento da própria doença, como na resolução da mesma.

Apesar de todos os estudos da POC realizados nas últimas décadas, ainda há muito por desvendar acerca desta perturbação mental. Já conseguimos identificar e compreender várias das suas tipologias, algumas das quais evidenciadas por D. e o seu potencial efeito devastador a longo prazo na vida pessoal (individual, familiar e conjugal) e profissional do mesmo, porém a etiologia de base desta doença continua pouco clara.

Em jeito de conclusão podemos referir que a POC é ainda uma patologia pouco conhecida e compreendida, provavelmente subestimada em termos de prevalência mundial e, perfeitamente passível de importantes revoluções gnosiológicas nos próximos anos, particularmente ao nível dos paradigmas etiológicos e terapêuticos.

Podemos ainda mencionar que talvez restem alguns desafios que possam, de algum modo ser resolvidos no futuro, no que respeita à utilização da TCC para estes casos. Um exemplo disso seria a ampliação do alcance dessa terapia, tentando alterar algumas das suas estratégias de modo a que um número mais elevado de pacientes, pudesse beneficiar dessa modalidade de tratamento. Um outro objetivo, importante a nível de saúde pública, seria o aumento da oferta à população através da formação de um maior número de profissionais e talvez pela adoção por parte das instituições, do tratamento em grupo, o que permite abordar mais pacientes, com uma relação custo benefício bastante favorável. Por último, seria também importante a existência de um enfoque preventivo, com o desenvolvimento de técnicas e implementação de políticas que visassem o tratamento precoce de crianças e adolescentes com POC e impedindo que a doença se perpetuasse por toda a vida, com enormes custos pessoais, familiares e sociais.

Capítulo V

Reflexão Final

“ (...) uma síntese, que naturalmente não se pretende definitiva, mas pelo contrário aberta à consideração do novo e ao confronto dialéctico com a experiência, e por isso mesmo á possibilidade do desequilíbrio e da reorganização pessoal.”

(Matos & Costa, 1993, p.22)

O estágio curricular realizado na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. tornou-se numa experiência extremamente gratificante, tanto a nível profissional como pessoal, permitindo um contacto com diferentes práticas de ensino-aprendizagem e uma articulação da teoria à prática, facilitando um melhor conhecimento da realidade da psicologia hospitalar.

Ao longo de todo o percurso e experiências que o estágio proporcionou, a reflexão acabou por ser uma atividade, não apenas final, mas sistemática e intencional. As reuniões do serviço, as de supervisão e de orientação acabaram por levar à construção de introspeções, integração de experiências e atribuição de significados, que de outra forma nunca teriam sido concretizados fora daquele contexto de estágio. A partir deste último a estagiária foi capaz de levantar hipóteses, lidar com diferentes realidades, avaliar determinados desempenhos, questionar teorias e evoluir positivamente como indivíduo.

O estágio ofereceu a visão de como é trabalhar com ética, respeito e dedicação, numa área da psicologia que tem vindo a crescer cada vez mais no mercado atual de trabalho, sem contar que esses ganhos serão, sem dúvida, empregues futuramente. Para além disto, há que destacar como algo extraordinariamente positivo, a partilha de informações veiculadas pelos profissionais do serviço de psiquiatria da instituição, o que facilitou, em diversas questões, o desenvolvimento do estágio. O que foi dito corrobora o que refere Pinheiro (2008), que reitera a importância do estágio na faculdade como um método de aprendizagem indispensável a um profissional que procura estar preparado para enfrentar os desafios de uma carreira, transformando-se numa oportunidade para aprender as especificidades da profissão, assimilar a teoria e a prática e conhecer a realidade daquilo que o académico optou para exercer.

O estágio académico excedeu as expectativas no que diz respeito à diversidade de procedimentos que o campo oferece. A receptividade e o ambiente no serviço foram muito positivos e permitiram uma boa interação com a equipa multidisciplinar, maximizando a aquisição de conhecimentos e facilitando a sua sedimentação. Depararam-se imensas oportunidades para a realização, pela primeira vez, de atividades diversas que possibilitaram a otimização dos processos, nomeadamente no que respeita ao tempo despendido, desenvolvimento destas e o conhecimento da rotina administrativa que faz parte da unidade bem como, os possíveis encaminhamentos a dar às situações emergentes na equipa de trabalho e no serviço.

No decorrer deste período de trabalho foram vivenciados alguns desafios que contribuíram significativamente para a evolução prática da formação académica da

estagiária, nomeadamente, as avaliações neuropsicológicas a utentes do internamento que, por vezes, se recusavam a colaborar, desencadeando um processo de procura de novas estratégias para o alcance dos objetivos a que nos tínhamos proposto. Situações em que os diferentes instrumentos nos demonstravam resultados dissemelhantes e nos quais tínhamos que desenvolver um trabalho mais aprofundado, no sentido de prestar o melhor apoio possível ao médico psiquiatra no seu diagnóstico e conseqüente tratamento. Podemos ainda acrescentar, inúmeros casos de demências, depressões e perturbações obsessivo-compulsivas que se mostraram um desafio constante devido à sua enorme complexidade, não só a nível sintomático, como a nível emocional, permitindo deste modo um aguçar da curiosidade científica no sentido de uma evolução muito positiva na melhoria da prestação dos cuidados de saúde mental.

A ansiedade inicial sentida nesta etapa do percurso académico é inegável, uma vez que a insegurança, as emoções, os receios de falhar eram bastante persistentes, no entanto, com o decorrer do tempo e através da observação do trabalho desenvolvido pela Dra. Antónia, bem como todo o apoio dispensado resultou num desvanecimento de todos esses sentimentos e pensamentos, transformando-se paulatinamente num crescimento profissional e pessoal de grande significado.

Uma das grandes vantagens que o estágio ofereceu foi o facto de poder aliar a avaliação neuropsicológica com a intervenção e tratamento, assim como ampliar e aprofundar conhecimentos no que respeita à psicopatologia, instrumentos de avaliação neuropsicológica e sua aplicação, modos de observação e entrevista e de lidar com cada utente na sua particularidade como individuo, adaptando a intervenção às suas necessidades e características individuais. A estagiária foi capaz de experienciar o que é ser psicólogo e colocar-se no lugar do outro, compreendendo os seus problemas, as suas experiências, as suas emoções e sofrimento sem questionar ou colocar algo em causa. Foi capaz de construir relações empáticas e de confiança com cada utente, no sentido de o poder auxiliar na resolução dos seus problemas e, juntamente com ele, procurar soluções mais adaptativas para os mesmos. Acrescente-se ainda a aprendizagem do modo de atuação de um psicólogo, enquanto profissional autónomo, e simultaneamente como parte integrante de uma equipa multidisciplinar. Através do exposto conseguimos comprovar que o diagnóstico e o tratamento não dependem apenas do psicólogo, pois a intervenção, enquanto profissional tem limites que devem ser aceites. O sucesso terapêutico depende fundamentalmente da força e dedicação que o utente investe, o que ultrapassa o próprio

profissional de saúde, não devendo o mesmo apresentar sentimentos de frustração ou incapacidade devido a esse fator.

De entre a miríade de casos observados, para além dos já referidos, achamos importante destacar também situações que levaram a outros desfechos, como sejam por exemplo: a desistência por parte do utente, devido a considerarem que se sentiam melhores e conseguiam utilizar outras estratégias para resolução dos seus problemas e surgimento de situações de simulação de doença para avaliação diagnóstica com o intuito de obtenção de benefícios diversos. Outros ainda onde o utente não se esforçava minimamente para melhorar, não colaborando na terapia, nem executando as tarefas propostas para realização em casa.

Posto isto, podemos reiterar que foram meses de aprendizagem intensa, com vivências importantes, onde os obstáculos foram sendo ultrapassados com esforço e a autonomia foi crescendo, aumentando o próprio poder de reflexão e autocritica perante as diversas situações. Revelou-se uma importante evolução, onde a estagiária aprendeu a observar, em lugar de ver e a compreender em lugar de ouvir.

Capítulo VI

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. N., & Roso, M. (2003). *Psicoterapias cognitivas e construtivistas: novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Agüero-Torres, H., Fratiglioni, L., & Winblad, B. (1998). Natural history of Alzheimer's disease and other dementias: review of the literature in the light of the findings from Kungsholmen Project. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13 (11), 755-66.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR*. (J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastasi, A. (1997). *Testes Psicológicos*. Brasil: Editora Pedagógica e Universitária.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1999). Inventários de Personalidade e Auto-Relato. In A. Anastasi, & S. Urbina (Ed.), *Testagem Psicológica* (7ª ed., pp. 291-319). Brasil: Artmed.
- Angeloti, A. (2007). *Terapia Cognitivo-Comportamental para os transtornos de ansiedade* (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barros Neto, T. P. (2000). *Sem medo de ter medo: um guia prático para ajudar pessoas com pânico, fobias, obsessões, compulsões e estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beato, R. G., Nitrin, R., Formigani, A. P., & Caramelli, P. (2007). Brazilian version of the frontal assesment battery (FAB): Preliminary data on administration to helathy elderly. *Dementia e Neuropsychologia*, 1, 59-65.
- Benton, A. L. (1991). Basic approaches to neuropsychological assesment. In S. R. Steinhauser, J. H. Gruzelier, & J. Zubin (Eds.), *Handbook of Schizophrenia* (Vol. 5, pp. 505-523). Amesterdam: Elsevier.
- Bleger, J. (2003). *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cavaco, S., & Teixeira-Pinto, A. (2011). Administração e Cotação. In P. J. Jurica, C. P. Leitten, & S. Martins (Ed.), *DRS-2: Escala de Avaliação da Demência-2* (pp. 3-5). Lisboa: Cegoc-Tea.
- Certeau, M. (1998). *The practice of everyday life* (Vol. 1). Berkeley, CA: University of California Press.
- Chiattonne, H. B. (2003). C. Prática Hospitalar. *Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar* (pp. 20-32). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar.
- Chiattonne, H. B., & Sebastiani, R. W. (1991). *Introdução à Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Nêmeton Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde.

- Chu, L. W. (2012). Alzheimer's disease: early diagnosis and treatment. *Hong Kong Med J*, 18 (3), 228-37.
- Ciccone, A. (2000). *Observação Clínica (1ªEd.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Cordioli, A. V. (2004). *Vencendo o Transtorno Obsessivo Compulsivo: Manual da Terapia Cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. (2007). *Toc: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. (2007). *TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev. Brasileira Psiquiátrica*, 30 (2), 65-72.
- Cordioli, A. V., & Filho, E. C. (1998). Psicoterapias no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias Abordagens Atuais* (2ª ed., pp. 311-328). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V., Braga, D. T., Margis, R., Sousa, M. B., & Kapczinski, F. (2001). Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (4), 197-206.
- Costa, E. M. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena. Estudos clínicos e Psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Ágora Editora.
- Cullen, B., O'Neil, B., Evans, J. J., Coen, R. F., & Lawlor, B. A. (2007). A review of screening tests for cognitive impairment. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78, 790-799.
- Cunha, J. A. (2003). Módulo VII - Catálogo de Técnicas Úteis. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (5ª ed., pp. 202-290). São Paulo: Artmed.
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (2006). *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon.
- Dobson, K., & Scherrer, C. (2004). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In P. Knapp (Ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 47-57). Porto Alegre: Artmed.

- Fabrigoule, C., Barberger-Gateau, P., & Dartigues, J. F. (2006). The PAQUID study. In H. A. Tuokko, & D. F. Hultsch, *Mild cognitive impairment: International Perspectives* (pp. 31-56). New York: Taylor & Francis.
- Fagundes, A. J. (1999). *Definição, descrição e registro do comportamento* (12ª ed.). São Paulo: Edicon.
- Falcone, E. (2004). A relação Terapêutica. In P. Knapp (Ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 483-495). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, V. R., & Mousquer, D. N. (2004). Observação em Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia da Unc.*, 2 (1), 54-61.
- Ferreira-Alves, J. (1997). Vozes da idade: Desenvolvimento Narrativo em Gerontopsicologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, pp. 393-402.
- Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr*, 8 (3), 497-500.
- Fisekovic. (2012). Correlation between MOCA and MMSE for the assesment of cognition in schizophrenia. *Acta Inform Med*, 20 (3), 186-9.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2008). Obsessive-Compulsive Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (4ª ed., pp. 164-215). New York: Guilford Press.
- Freeman, F. S. (1974). *Teoria e Prática dos Testes Psicológicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de Adaptação do Montreal cognitive Assesment (MOCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9 (3), 345-357.
- Gatz, M., Fiske, A., Fox, L., Kaskie, B., Kasl-Godley, J. E., & McCallum, T. J. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *J Mental Health Aging*, 4, 45-8.
- Gonçalves, Ó. (1993). *Terapias Cognitivas: teorias e práticas* (475ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Gorayed, R. (2001). A Prática da Psicologia Hospitalar. In M. L. Marinho, & V. Caballo, *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 263-278). Granada: UEL.

- Grant, I., & Adams, K. (Eds.). (1996). *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Guerreiro, M. (2005). Avaliação Neuropsicológica das demências degenerativas. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 83-109). Lisboa: Lidel.
- Hamdan, A. C., Pereira, A. P., & Riechi, T. I. (2011). Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica: Desenvolvimento Histórico e Perspectivas Actuais. *Onteração em Psicologia*, 15, 47-58.
- Heyman, I., Mataix-Cols, D., & Fineberg, N. (2006). Obsessive-Compulsive disorder. *Bmj Journal*, 333, 424-429.
- Ismail, Z., & Shulman, K. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência. In H. Firmino, *Psicogeriatría* (pp. 83-109). Lisboa: Lidel.
- Jean, L., Bergeron, M. E., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18 (4), 281-96.
- Joosten-Weyn Banningh, L. W., Prins, J. B., Vernooij-Dassen, M. J., & Wijnen, H. H. (2011). Group therapy for patients with mild cognitive impairment and their significant others: result of a waiting-list controlled trial. *Gerontology*, 57 (5), 444-54.
- Knight, B. G. (1996). Overview of psychotherapy with elderly: The contextual, cohort-based, maturity-specific-challenge model. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lawlor, B. (2002). Managing behavioral and psychological symptoms in dementia. *British Journal of Psychiatry*, 181, 463-465.
- Leal, I. (2005). Introdução. In I. Leal (Ed.), *Iniciação às Psicoterapias* (2ª ed., pp. 21-36). Lisboa: Fim de Século - Edições; Sociedade Unipessoal, Lda.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assesment*. New York: Oxford University Press.
- Lima, M. P. (2004). Envelhecimento e Perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*, 40 (4), 712-719.

- Luzardo, A. R., Gorini, M. I., & Silva, S. P. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto*, 15 (4), 587-594.
- Macedo, A., & Pocinho, F. (2000). *Obsessões e Compulsões: As múltiplas faces de uma Doença*. Lisboa: Edições Quarteto.
- Matos, P., & Costa, M. (1993). Supervisão em psicoterapia e aconselhamento psicológico: uma experiência em contexto universitário. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9, 19-28.
- Mcintyre, T. M. (1994). A Entrevista de Avaliação Clínica: sua relevância para o processo terapêutico e na formação psicoterapêutica. *Jornal de Psicologia*, 3-7.
- Miguel, E. C. (1996). *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nasreddine, Z., Philips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & et.al. (2005). Montreal Cognitive Assesment (MOCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *American Geriatrics Society*, 53 (4), 695-699.
- Oliveira, J. B., & Lopes, R. G. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em estudo*, 13 (2), 217-221.
- Paradela, E. M., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da Escala de Depressão Geriátrica em Ambulatório Geral. *Rev. Saúde Pública*, 36 (6), 918-923.
- Pinheiro, M. A. (2008). *A importância do estágio*. Obtido de <http://www.artigonal.com/recursos-humanos-artigos/a-importancia-do-estagio-403435.html>
- Queiroz, E., & Araújo, T. C. (2007). Trabalho em equipe: Um estudo Multimetodológico em Instituição Hospitalar de Reabilitação. *Interam.J.Psicol.*
- Rachman, S., & Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*, 16 (4), 233-48.
- Rangé, B. (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Editorial PSY.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Salawu, F. K., Umar, J. T., & Olokoba, A. B. (2011). Alzheimer's disease: a review of recent developments. *Ann Afr Med*, 10 (2), 73-9.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther*, 23 (5), 311-3.

- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 27 (6), 677-82.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 37 (1), 29-52.
- Salkovskis, P. M. (2005). *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Shulman, K. I. (2000). Clock- drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 15, 548-561.
- Simões, M. R. (1997). Avaliação Neuropsicológica: Esboço de um Programa. *Psychologica*, 17, 137-179.
- Smith, G. E., & Ivnik, R. J. (2003). Normative Neuropsychology. In R. Petersen (Ed.), *Mild cognitive impairment. Aging to Alzheimer's disease* (pp. 63-88). New York: Oxford University Press.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de Vida e Bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Spector, A., Thorgripsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., & Butterworth, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 183, 248-54.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 360, 397-405.
- Sun, X. T., Jin, L., & Ling, P. X. (2012). Review of drugs for Alzheimer's disease. *Drug Discov Ther*, 6 (6), 285-90.
- Tariot, P. N., Podgorski, C. A., Blazina, L., & Leibovici, A. (1993). Mental disorders in the nursing home: another perspective. *Am J Psychiatry*, 150, 1063-9.
- Thomas, H. (2010). Mini-Mental State Examination (MMSE). *Trusted Medical information and support*.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research Therapy*, 40, 1255-1274.
- Trzepacz, P., & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. (V. Ramos, & R. Albuquerque, Trads.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Tsolaki, M., Kounti, F., Agogiatou, C., Poptsi, E., Bakoglidou, E., Zafeiropoulou, M., Vasiloglou, M. et al. (2011). Effectiveness of nonpharmacological approaches in patients with mild cognitive impairment. *Neurodegener Dis*, 8 (3), 138-45.

- Vermes, J. S., & Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Rev Bras Ter Compor Cogn*, 4 (2).
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Aprendendo Terapia Cognitivo Comportamental: um livro ilustrado*. São Paulo: Artmed.
- Zarit, S. H., & Knight, B. G. (1996). Psychotherapy and aging: Multiple strategies, positive outcomes. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington DC: American Psychological Association.

Anexos

Anexo 1

Horário do Estágio

O início do estágio deu-se no dia 4 de Novembro de 2013 e terminou no dia 30 de Junho de 2014, sendo que o seu horário se subdividia da seguinte forma:

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
	Das 9:00 às 13:00	Das 9:00 às 14:00	Dia Livre	Das 9:00 às 14:00
Das 14:00 às 19:00	Das 14:00 às 19:00			

Ao longo destes meses de estágio, é importante salientar que a estagiária não esteve presente apenas em alturas em que a sua orientadora se encontrava de férias, como foi o caso da altura do Natal e Páscoa e que sempre que era necessário comparecer fora do horário de estágio a mesma não faltava.

Anexo 2

*Grelha de Resultados de Avaliações de algumas Consultas de
Psicologia da Consulta Externa*

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE	PATOLOGIA	PEDIDO FORMULADO	CONSULTAS OBSERVADAS
Sexo: Feminino Idade: 22 anos Profissão: A Frequentar 2ºano de Licenciatura da Faculdade de Direito	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 46 Profissão: Médica	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 3 Consultas
Sexo: Feminino Idade: 22 Profissão: Funcionária numa loja de vestuário	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Feminino Idade: 35 Profissão: Arquitecta	Perturbação da Personalidade	Avaliação das Funções Superiores	Entrevista Clínica + 5 Consultas
Sexo: Masculino Idade: 49 Profissão: Empregado de balcão	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 2 Consultas
Sexo: Feminino Idade: 59 Profissão: Desempregada	Fobia específica a espaços fechados	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Masculino Idade: 19 Profissão: Mecânico	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 6 Consultas
Sexo: Feminino Idade: 25 Profissão: A frequentar o 3º ano de licenciatura de Economia	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 10 Consultas
Sexo: Feminino Idade: 32 Profissão: Veterinária	Fobia específica a casas de banho	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 2 Consultas
Sexo: Feminino Idade: 50 Profissão: Desempregada	Problemas relacionados com o consumo abusivo de álcool e quadro depressivo	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 10 Consultas
Sexo: Masculino Idade: 64 Profissão: Reformado	Em estudo	Avaliação da Detioração	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 29 Profissão: Administrativo	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica

Sexo: Feminino Idade: 40 Profissão: Empregada Fabril	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Masculino Idade: 45 Profissão: Funcionário Público	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 3 Consultas
Sexo: Feminino Idade: 59 Profissão: Empregada Doméstica	Fobias	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Feminino Idade: 52 Profissão: Comerciante	Ataques de Pânico e Ansiedade	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Feminino Idade: 46 Profissão: Professora	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Masculino Idade: 65 Profissão: Desempregado	Em estudo	Avaliação da Detioração	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 41 Profissão: Advogado	Perturbação da Ansiedade Generalizada	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 68 Profissão: Reformado	Em estudo	Avaliação das Funções Cognitivas Superiores	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 33 Profissão: Trabalhador na construção civil	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Feminino Idade: 52 Profissão: Doméstica	Em estudo	Avaliação das funções cognitivas superiores	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 29 Profissão: Bancário	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Feminino Idade: 55 Profissão: Funcionária Pública	Perturbação da Personalidade	Avaliação das funções cognitivas superiores	Entrevista Clínica
Sexo: Masculino Idade: 57 Profissão: Comerciante	Em estudo	Avaliação da detioração	Entrevista Clínica
Sexo: Feminino Idade: 26 Profissão: Enfermeira	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Feminino Idade: 48 Profissão: Engenheira	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade

Sexo: Masculino Idade: 35 Profissão: Desempregado	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 21 Profissão: a frequentar o primeiro ano de licenciatura de Design	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 37 Profissão: Funcionário numa bomba de gasolina	Fobias	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 5 Consultas
Sexo: Masculino Idade: 66 Profissão: Reformado	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Feminino Idade: 20 Profissão: a frequentar o primeiro ano de licenciatura de Gestão	Depressão/ Perturbação de Ansiedade	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Masculino Idade: 29 Profissão: Desempregado	POC	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Feminino Idade: 38 Profissão: Assistente Técnica	Ansiedade e problemas de gaguez	Acompanhamento Psicoterapêutico	Totalidade
Sexo: Feminino Idade: 31 Profissão: Veterinária	Fobia específica a casas de banho	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 10 Consultas
Sexo: Feminino Idade: 50 Profissão: Assistente Laboratorial	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica
Sexo: Feminino Idade: 38 Profissão: Arquitecta	Fobia específica a elevadores	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 1 Consulta
Sexo: Feminino Idade: 41 Profissão: Investigadora	Perturbação da Personalidade	Avaliação das funções cognitivas superiores	Totalidade
Sexo: Masculino Idade: 60 Profissão: Professor	Depressão	Acompanhamento Psicoterapêutico	Entrevista Clínica + 10 Consultas

Anexo 3

*Alguns casos e respectivos Testes de Avaliação Neuropsicológica
utilizados na Unidade de Internamento*

Identificação do Utente	Informação Clínica (preenchida pelo psiquiatra assistente)	Pedido Formulado (pelo psiquiatra assistente)	Testes Neuropsicológicos Administrados
Sexo: Masculino Idade: 60 Escolaridade: 11ºano	Perturbação da Personalidade + Episódio Depressivo	Estudo do Q.I. + Avaliação da Personalidade	MMSE; FAB; CDT; WAIS-III; WMS- III; MMPI – II.
Sexo: Masculino Idade: 45 Escolaridade: 9ºano	Episódio Maníaco	Avaliação do Q.I. + Avaliação da Personalidade	MMPI-II
Sexo: Masculino Idade: 30 Escolaridade: 4º ano	Alterações a nível do comportamento do utente com possível debilidade intelectual	Avaliação do Q.I. + Avaliação da Personalidade	WAIS-III; Teste de Stroop; Wisconsin; FAB.
Sexo: Masculino Idade: 50 Escolaridade: 4ºano	Depressão com sintomas psicóticos (?)	Avaliação do índice de Deterioração + Avaliação da Personalidade	Figura Complexa de Rey; Teste de Stroop; GDS; FAB; MMSE; WAIS-III.
Sexo: Masculino Idade: 26 Escolaridade: 12ºano	Episódio Depressivo + Perturbação Obsessiva	Avaliação da Personalidade	MMPI-II
Sexo: Masculino Idade: 48 Escolaridade: 12ºano	Episódio Depressivo Major + Alteração do Comportamento	Avaliação do índice de Deterioração Cognitiva	MMSE; FAB; DRS-2.
Sexo: Masculino Idade: 44 Escolaridade: 4º ano	Alterações do comportamento (impulsividade, agressividade, labilidade emocional) + Quadro depressivo	Avaliação da Personalidade + Índice de Deterioração Cognitiva	MMSE; FAB; DRS-2; MMPI-II; BADS (Mapa do Zoo e Procura da Chave); Figura Complexa de Rey
Sexo: Masculino Idade: 60 Escolaridade: 4ºano	Consumo excessivo de álcool + Episódio Maníaco	Avaliação do Q.I. + Avaliação da Personalidade	MMPI-II; WAIS-III
Sexo: Masculino Idade: 39 Escolaridade: 12º ano	Perturbação da Personalidade Neurótica	Avaliação do Q.I. + Avaliação Neuropsicológica	FAB; CDT; WAIS-III (Código e Pesquisa de Símbolos) MMSE.

Nota: Todos os testes apresentados não foram inteiramente aplicados apenas pela estagiária, uma vez que, em algumas situações, as avaliações eram muito extensas e não era possível terminar dentro do tempo disponível. Outras situações havia em que os utentes tinham alta mais cedo do que o previsto e as avaliações ficavam por terminar.

Foi, no entanto, possível estar em contacto com cada doente e as suas especificidades, assim como com todos os testes neuropsicológicos acima mencionados e sua respetiva aplicação, cotação e interpretação.

Anexo 4

*Gerontopsiquiatria – Exemplos de Avaliações Screening a utentes
na consulta externa*

Identificação do Utente	Seguido por:	Motivo da Consulta	Testes Administrados
Género: Feminino Idade: 68 anos Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 8/100 MMSE: 25/30 GDS: 18/30 CDT: 8/10
Género: Feminino Idade: 86 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 45/100 MMSE: 29/30 GDS: (Não Aplicado) CDT: 2/10
Género: Masculino Idade: 72 Escolaridade: Analfabeto	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 19/100 MMSE: 14/30 GDS: 15/30 CDT: 2/10
Género: Masculino Idade: 65 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 6/100 MMSE: 27/30 GDS: 19/30 CDT: 9/10 DRS-2: Défice Ligeiro Teste de Retenção Visual de Benton: Demonstrou preservação
Género: Feminino Idade: 68 Escolaridade: 9ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 6/100 MMSE: 30/30 MOCA: 28/30 GDS: 22/30 CDT: 10/10
Género: Feminino Idade: 81 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 57/100 MMSE: 26/30 GDS: 21/30 CDT: 5/10

Género: Feminino Idade: 84 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores para elaboração do pedido de invalidez	Neste caso apenas foi possível aplicar o Easy Care, pois a doente recusou-se a colaborar na avaliação, referindo sempre que não era capaz.
Género: Feminino Idade: 66 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: Não aplicado MMSE: 28/30 GDS: 29/30 CDT: 8/10
Género: Masculino Idade: 82 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 59/100 MMSE: 12/30 GDS: 20/30 CDT: 2/10
Género: Feminino Idade: 69 Escolaridade: Frequência do 1º Ano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 2/100 MMSE: 29/30 GDS: 10/10 CDT: 10/10
Género: Masculino Idade: 75 Escolaridade: Analfabeta	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 18/100 MMSE:13/30 GDS: Não aplicado CDT: Não aplicado
Género: Masculino Idade: 67 Escolaridade: 12ºano	Médico Psiquiatra	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 0/100 MMSE: 29/30 GDS: 4/30 CDT: 9.5/10
Género: Feminino Idade: 77 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 5/100 MMSE: 26/30 GDS: 18/30 CDT: 9/10

Género: Feminino Idade: 69 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 2/100 MMSE: 25/30 GDS: Não aplicado CDT: 7/10 Iniciou BLAD
Género: Masculino Idade: 82 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 49/100 MMSE: 18/30 GDS: 25/30 CDT: 2/10
Género: Feminino Idade: 90 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 55/100 MMSE: 20/30 (recusou a realização da parte referente à construção dos pentágonos devido a problemas motores no braço direito) GDS: 17/30 CDT: Não aplicado
Género: Feminino Idade: 74 Escolaridade: 2ºano	Doente anteriormente internada no serviço com diagnóstico de depressão	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 16/100 MMSE: 25/30 GDS: 24/30 CDT: 6/10
Género: Masculino Idade: 68 Escolaridade: 3ºano	Médico de Família e Psiquiatria numa clínica privada	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 14/100 MMSE: 29/30 GDS: 16/30 CDT: 5/10
Género: Masculino Idade: 70 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 12/100 MMSE: 26/30 GDS: 14/30 CDT: 4/10

Género: Masculino Idade: 80 Escolaridade: 2ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 14/100 MMSE: 25/30 GDS: 19/30 CDT: 6/10
Género: Feminino Idade: 68 Escolaridade: 9ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 6/100 MMSE: 30/30 GDS: 22/30 CDT: 10/10
Género: Feminino Idade: 88 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família e Psiquiatra numa clínica privada	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 78/100 Todos os outros testes não foram aplicados, pois a utente encontrava-se bastante inquieta e desorientada, tanto no espaço como no tempo.
Género: Masculino Idade: 72 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: 2/100 MMSE: 28/30 GDS: 19/30 CDT: 8/10
Género: Feminino Idade: 66 Escolaridade: 4ºano	Médico de Família	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: Não aplicado MMSE: 25/30 GDS: 4/30 CDT: 9/10 A doente foi seguida posteriormente em consultas de psicoterapia
Género: Masculino Idade: 85 Escolaridade: 11ºano	Psiquiatria numa clínica privada e Internamento no serviço de psiquiatria por demência	Avaliação das funções cognitivas superiores e do estado emocional	Easy Care: Não aplicado MMSE: 16/30 GDS: Não aplicado CDT: 5/10

Anexo 5

Relatórios de Avaliação Neuropsicológica



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

C.

79 anos

4^a classe

Doméstica (Reformada)

Dextra

Motivo do Exame: conforme solicitado, procedeu-se a uma avaliação das funções cognitivas superiores.

Observação e avaliação comportamental: consciente, colaborante e orientada no espaço e parcialmente no tempo. Discurso coerente, bom contacto ocular e aparência física cuidada. Humor adequado ao contexto de consulta e sem ansiedade digna de registo.

Administrou-se a prova de *screening* Mini-Mental State Examination (MMSE), a Escala de Avaliação da Demência - 2 (DRS-2) e subtestes da Bateria de Lisboa para Avaliação da Demência (BLAD).

Resultados:

Provas de Screening	Resultado	Interpretação
MMSE	22/30	Estado Mental Global Alterado
CDT	5/10	Não consegue representar as horas
Easy Care	2/100	Autonomia Funcional a nível das AVD's Básicas e instrumentais

DRS-2	Resultado (Percentil)	Interpretação
Atenção	36 (82-89)	Média (Intacto)
Iniciação/Perseveração	25 (5)	Défice Moderado
Construção	6 (95-97)	Média (Intacto)
Conceptualização	24 (2)	Défice Moderado
Memória	11 (<1)	Défice Significativo
Total	102 (<1)	Défice Significativo
Bateria de Lisboa para Avaliação da Demência		
Atenção	1,51 (<1,5dp)	Défice Moderado
Memória de Dígitos	5 (<1,5 dp)	Défice Moderado
Iniciativa Verbal	9 (<1,5)	Défice Moderado
Iniciativa Motora	3	Média
Iniciativa Grafomotora	1(<1dp)	Défice Ligeiro
Memória Verbal com Interferência	4 (<2dp)	Défice Significativo
Orientação	12 (<2dp)	Défice Significativo
Informação	14 (<1dp)	Défice Ligeiro
Cubos da Wais-III	12 (<1,5)	Défice Moderado
Memória Associativa de Palavras	3 (<2dp)	Défice Significativo
Aritmética	6 (<2dp)	Défice Significativo
Memória Lógica	0,5 (<2dp)	Défice Significativo
Matrizes Progressivas de Raven (série AB)	8	Média
Provérbios	0 (<2dp)	Défice Significativo



Conclusão:

Doente com 79 anos, 4ª classe reformada (empregada doméstica) e dextra. Em testes de rastreio, apresenta um desempenho cognitivo significativamente inferior ao esperado para o seu grupo de referência (MMSE=22/30). Nesta prova a doente perde 2 valores na orientação, 1 valor na Atenção e Cálculo, 3 valores na evocação, 2 valores no cumprimento de ordens.

Na Escala de Demência (DRS-2) verifica-se um resultado com défice significativo.

Nos subtestes da BLAD verifica-se, de forma geral, um desempenho inferior à média, exceto nas Matrizes Progressivas de Raven e Iniciativa Motora, que se encontram na média. De realçar que os défices significativos se encontram na área da memória. A nível da abstração os défices são mais acentuados, sendo que o resultado obtido na prova dos provérbios foi muito deficitário.

De uma forma geral, verifica-se que a doente apresenta défices em múltiplos domínios, nomeadamente na memória e funções executivas.

Porto, 2 de Fevereiro de 2014

A Psicóloga,

Antónia Pinto

(N.º Cédula Profissional 8047)

A Estagiária,

Cláudia Bandeira



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

A. N.º Processo: **8001276**

70 anos

9.º ano de escolaridade

Financeiro no HSJ (reformado)

Dextro

Motivo do Exame: conforme solicitado, procedeu-se a uma avaliação do funcionamento cognitivo.

Consciente e colaborante. Desorientado no tempo e no espaço, verborreico mas sem fuga de ideias. Revelou desinibição, impulsividade nas respostas, dificuldade em manter a atenção e concentração nas tarefas cognitivas e ansiedade pela possível visita dos netos “já não estou a conseguir prestar atenção porque os meus netos devem estar aí!” (sic). O doente referiu diminuição da acuidade visual, o que dificultou o seu desempenho em provas de natureza visual.

Administraram-se o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), a *Frontal Assessment Battery* (FAB) e o teste do desenho do relógio (CDT) para avaliação do estado mental global; a *Escala de Avaliação da Demência – 2* (DRS-2); subtestes da *Escala de Memória de Wechsler para Adultos – 3.ª edição* (WMS-III); subtestes da *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3.ª edição* (WAIS-III) e tarefas cognitivas específicas para avaliação da atenção, capacidade visuo construtiva e perceptiva e funções executivas frontais.

Tabela 1. Resultados da avaliação neuropsicológica

Função/Prova	Resultado (Percentil - PC)	Interpretação
Cognição Global		
MoCA	9/30	Défice grave
FAB	9/18	Défice grave
CDT	Boa capacidade visuo perceptiva e de planeamento. Não abstrai.	
Escala de Avaliação da Demência – 2		
Atenção	34 (19-28)	Défice ligeiro
Iniciação/Perseveração	32 (19-28)	Défice ligeiro
Construção	5 (11-18)	Défice ligeiro
Concretização	28 (1-2)	Défice moderado a significativo
Memória	11 (<1)	Défice significativo
Total_{DRS-2}	110 (<1)	Défice significativo
Escala de Memória de Wechsler – 3.ª edição		
Auditivo Imediato	87 (19)	Médio Inferior
Auditivo Diferido	77 (6)	Inferior
Reconhecimento Auditivo Diferido	86 (18)	Médio Inferior
Perfil dos Compósitos do Processo Auditivo		
Aprendizagem por Ensaio Único	13 (7)	Inferior
Evolução na Aprendizagem	19 (44)	Médio
Retenção	9 (1)	Muito Inferior
Recuperação	1 (72)	Médio
Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3.ª edição		
Índice de Velocidade de Processamento	90 (25)	Médio

Relatório de Avaliação Neuropsicológica

Memória de Dígitos	10 (RP 10)	Médio
Informação	9 (RP 11)	Médio
Capacidade Visuo Perceptiva e Construtiva		
Reprodução Visual I	2 (<1 dp)	Défice ligeiro
Reprodução Visual – Cópia	9 (<1 dp)	Défice ligeiro
Matrizes Progressivas de Raven	20 (PC 5)	Défice significativo
Atenção e Funções Executivas Frontais		
Iniciativa Verbal Fonémica	18 (PC 6-10; PE 6)	Défice ligeiro
Iniciativa Verbal Categórica	6 (PC <1; PE <3)	Défice significativo
Trail Making Test	A = 120'' (2; PE 4) B = 292'' (2; PE 4)	Défice moderado nas duas partes do teste
Teste de Stroop	P = 51 (T 43) C = 20 (T 30) CP = 8 (T <29)	Baixo desempenho na nomeação da cor e no controlo inibitório. Sem interferência [-6 (T 40)]
Wisconsin Card Sorting Test ₆₄	2/6	Médio

Discussão de resultados:

Doente com 70 anos, 9.^o ano de escolaridade, financeiro no HSJ (reformado), dextro que apresenta, em testes *screening*, um resultado significativamente inferior à média (MoCA = 9/30). Perde 3 valores na tarefa visuo espacial/executiva, 4 valores na atenção, 3 valores na linguagem, 2 valores na abstração, 5 valores na evocação diferida (recupera 2 palavras com pistas de escolha múltipla) e 5 valores na orientação (sabe apenas o dia da semana). Na FAB, o doente revela igualmente um baixo desempenho, com dificuldades ao nível da concetualização, fluência lexical, programação motora, sensibilidade à interferência e controlo inibitório. Boa capacidade visuo perceptiva e de planeamento apurada no teste do desenho do relógio, contudo com abstração comprometida.

A Escala de Avaliação da Demência – 2 revela um desempenho ligeiramente inferior ao esperado ao nível da atenção, iniciação/perseveração e habilidade visuo construtiva. Contudo, os resultados apurados na conceptualização e memória encontram-se significativamente abaixo da média.

No que respeita à função mnésica, verifica-se um resultado médio inferior na evocação imediata, uma ligeira dificuldade na evocação após o *delay* e benefício com o material de reconhecimento. O doente revela uma boa evolução na aprendizagem e recuperação do material verbal previamente aprendido, contudo evidencia uma ligeira dificuldade na aprendizagem por ensaio único e um desempenho significativamente inferior ao esperado na retenção da informação. No domínio visual, o doente apresenta uma ligeira dificuldade na evocação imediata (reprodução visual) e na reprodução visual por cópia, provavelmente pela desatenção do mesmo ao material visual apresentado e pela dificuldade de organização visuo perceptiva (apurada nas Matrizes Progressivas de Raven). A diminuição da acuidade visual do doente também parece interferir nas provas desta natureza.

Evidência de alteração em tarefas dependentes das funções executivas frontais, nomeadamente no que respeita à iniciativa verbal fonémica e categórica (com maior dificuldade na



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

recuperação semântica), inibição de respostas (i.e., controlo inibitório), atenção seletiva e perseveração nas respostas (flexibilidade mental). Desempenho médio no WCST, contudo apresenta um resultado abaixo da média nos erros perseverativos e, conseqüentemente, baixas respostas de nível concetual. O doente apresentou uma falha para manter o contexto cognitivo, o que indica uma baixa atenção e concentração na tarefa.

Resultado mediano ao nível da velocidade de processamento, memória de trabalho e memória semântica.

Sem evidência de alterações da linguagem e/ou gnose.

Conclusão:

Os resultados da presente avaliação neuropsicológica revelam um perfil cognitivo com declínio de domínio executivo frontal, com relativa preservação da função mnésica. Neste sentido, o perfil cognitivo apresentado, juntamente com as alterações comportamentais evidenciadas pelo doente, é sugestivo de um provável quadro de **Demência Frontotemporal (DFT)** em estadio inicial.

Porto, 12 de Dezembro de 2013

A Psicóloga,

Antónia Pinto

(N.º Cédula Profissional 8047)

A Estagiária,

Cláudia Bandeira



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

J.

NP: 14003533

64 anos

4.º ano de escolaridade

Auxiliar de motorista

Dextro

Motivo do Exame: doente enviado para avaliação das funções cognitivas superiores.

Consciente e colaborante. Discurso coerente, bom contacto ocular e aparência física cuidada. Humor adequado ao contexto de consulta e sem ansiedade digna de registo.

Administraram-se provas *screening*, nomeadamente o Mini Mental State Examination (MMSE), a prova do Desenho do Relógio (CDT), a Frontal Assessment Battery (FAB) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS); subtestes da Bateria de Lisboa para Avaliação da Demência (BLAD), o Teste de Retenção Visual de Benton, subtestes da Escala de Inteligência para Adultos (WAIS-III), nomeadamente a Tarefa de Codificação e a Pesquisa de Símbolos e a Figura Complexa de Rey.

Resultados da avaliação neuropsicológica

Cognição Global	Resultado	Interpretação
MMSE	24/30	Estado Mental Global Alterado
CDT	7/10	Não abstrai (incapacidade de representar o tempo)
GDS	19/30	Depressão Ligeira
FAB	7/18	Défice Significativo

BLAD

Prova/Função	Resultado	Interpretação
Corte da letra A	2,53 (<1dp)	Défice Ligeiro
Memória de dígitos	8	Média
Iniciativa Verbal	15	Défice Ligeiro
Iniciativa motora	3	Média
Iniciativa Grafomotora	2	Média
Memória Verbal com Interferência	10 (<1dp)	Défice Ligeiro
Memória Associativa	7,5 (<1dp)	Défice Ligeiro
Informação	16	Média
Memória Lógica	3 (<1,5)	Défice Moderado
Aritmética	7 (<1,5)	Défice Moderado
Matrizes Progressivas de Raven	8	Média
Provérbios	0(<2dp)	Défice Significativo



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

	Resultado	Interpretação
Teste de Retenção Visual de Benton	T=0-10 Erros=17	Erros de omissão, perseveração, deformação, rotação

Atenção e Funções Executivas Frontais		
Iniciativa Verbal Fonémica	12 (11-18; PE 7)	Médio baixo
Iniciativa Verbal Categórica	15(60-71; PE 11)	Médio

Subtestes WAIS-III	Resultado	Índice de Velocidade de Processamento	Interpretação
Código	T=5 T=1	IVP=66	Lentificação Psicomotora
Pesquisa de Símbolos			

Discussão de resultados

Doente com 64 anos, 4ºano de escolaridade, auxiliar de motorista e dextro que, em provas de rastreio cognitivo, apresenta um desempenho inferior ao esperado (MMSE= 24/30) com perda de 2 valores na atenção e cálculo, 1 na evocação diferida, 2 no cumprimento de ordens, e 1 na cópia dos pentágonos. Dificuldade de abstração, apurada no teste do desenho do relógio e nos provérbios.

A nível da avaliação da função executiva frontal, na FAB, o doente apresentou uma alteração significativa nomeadamente em tarefas ao nível da conceptualização, flexibilidade mental, programação motora, sensibilidade à interferência e controlo inibitório.

Nos subtestes da BLAD regista-se um desempenho ligeiramente deficitário em tarefas que envolvem a atenção, iniciativa verbal, memória verbal com interferência e associativa (não tendo recuperado com escolha múltipla). O doente apresenta ainda dificuldades valorizáveis ao nível da memória lógica, aritmética e provérbios.

Nos subtestes da WAIS-III aplicados (código e pesquisa de símbolos) os resultados demonstraram também uma lentificação psicomotora.

Em termos da fluência verbal, regista-se um desempenho médio quer a nível da fonémica, quer categórica, sendo que a primeira se encontra ligeiramente mais baixa.

Foi também aplicada a Figura Complexa de Rey onde apresenta défices da memória visual, alterações da capacidade visuo-construtiva, visuo-perceptiva e visuo-espacial.

No teste de retenção visual de Benton encontramos erros orgânicos nomeadamente de perseveração, omissão, rotação e deformação podendo ser atribuíveis a lesões cerebrais. No que respeita à Escala de Depressão Geriátrica o resultado demonstra a existência de uma depressão ligeira (19/30).



Conclusão

Em suma, o doente demonstra várias dimensões mnésicas afetadas (domínio verbal e visual) e cognitivas (atenção, capacidades visuo-perceptivas e construtivas, cálculo e funções executivas, sendo estas as mais acentuadas).

É de considerar a presença de sintomatologia depressiva que pode ter influenciado negativamente o seu desempenho, assim como os efeitos da medicação.

Aconselha-se reavaliação num prazo de 6 meses para análise da evolução.

Porto, Fevereiro de 2014,

A Psicóloga,

Antónia Pinto

(Cédula Profissional 4087)

A Estagiária,

Cláudia Bandeira



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

M.

NP: 6008667

74 anos

Empregada de Balcão (Reformada)

4.º ano de escolaridade

Dextra

Motivo do Exame: doente enviada para avaliação das funções cognitivas superiores.

Consciente e colaborante. Discurso coerente, bom contacto ocular e aparência física cuidada. Humor adequado ao contexto de consulta e sem ansiedade digna de registo.

Administraram-se provas *screening*, nomeadamente o Mini Mental State Examination (MMSE), a prova do Desenho do Relógio (CDT), o Easy Care, e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ; subtestes da Bateria de Lisboa para Avaliação da Demência (BLAD) e a Dementia Rating Scale (DRS-2).

Resultados da avaliação neuropsicológica

<i>Cognição Global</i>	<i>Resultado</i>	<i>Interpretação</i>
MMSE	30/30	Estado Mental Global Intacto
CDT	10/10	Boa capacidade de planeamento, organização e abstracção
GDS	18/30	Depressão Ligeira
Easy Care	9/100	Autonomia Funcional

<i>Escala de Avaliação da Demência - 2</i>	<i>Resultado (Percentil)</i>	<i>Interpretação</i>
Atenção	36 (82-89)	Média (Intacto)
Iniciação/Perseveração	28 (11-18)	Défice Ligeiro
Construção	6 (90-94)	Média (Intacto)
Conceptualização	32 (41-59)	Médio-Baixo (Intacto)
Memória	24 (90-94)	Média (Intacto)
Total	126 (41-59)	Médio- Baixo (Intacto)

BLAD

<i>Prova/Função</i>	<i>Resultado</i>	<i>Interpretação</i>
Corte da letra A	3,12	Média
Memória de dígitos	8	Média
Iniciativa Verbal	6 (<2dp)	Défice Significativo
Iniciativa Grafomotora	1 (<1dp)	Défice Ligeiro
Orientação	15	Média
Memória Associativa de Palavras	14	Acima da Média



Relatório de Avaliação Neuropsicológica

Memória Lógica (Imediata)	11,5	Média
Memória Visual (Weschler Memory Scale)	4	Média
Habilidade Construtiva (Desenho por Cópia)	12	Acima da média
Informação	19	Acima da Média
Aritmética	14	Acima da Média

	Resultado (Percentil)	Interpretação
<i>Iniciativa Verbal Fonémica</i>	17 (Pc=29-40; Pe=9)	Média
<i>Iniciativa Verbal Categórica</i>	6 (Pc=3-5; Pe=5)	Abaixo da média

Discussão de resultados

Doente com 74 anos, 4º ano de escolaridade, empregada de balcão (reformada) e dextra, orientada no tempo e no espaço que, em provas de rastreio cognitivo, apresenta um desempenho dentro da média (MMSE = 30/30). Não apresenta dificuldades na organização visuo-espacial e de abstração, uma vez que foi capaz de representar o tempo no teste do Desenho do Relógio (CDT).

Em tarefas *screening* de Demência (DRS-2) verifica-se, no geral, um resultado dentro da média, sendo que apenas obteve défice ligeiro a nível da Iniciação/Perseveração.

Nos subtestes da BLAD verifica-se, um desempenho dentro da média na orientação, atenção, memória de dígitos, memória lógica e memória visual. Existe um défice ligeiro a nível da iniciativa grafomotora e um défice significativo na Iniciativa Verbal. De salientar, por ultimo que obteve resultados acima da média a nível do cálculo escrito, no desenho por cópia, pares de palavras e informação.

O GDS indica a presença de sintomatologia depressiva ligeira (18/30).

Conclusão:

Em suma, os resultados da avaliação revelam um perfil cognitivo com défice ligeiro a nível das funções executivas e preservação dos restantes domínios cognitivos avaliados.

Sugere-se reavaliação dentro de 1 ano para analisar a evolução do quadro cognitivo.

Porto, 27 de Março, de 2014

A Psicóloga,

Antónia Pinto,

(N.º Cédula Profissional 8047)

A Estagiária,

Cláudia Bandeira

Anexo 6

Testes Aplicados ao longo do estágio

Lista de Instrumentos Neuropsicológicos Aplicados

- Mini Mental State Examination (MMSE)*
- Elderly Assesment Care (Easy Care)*
- Montreal Cognitive Assessment Care (MOCA)*
- Clock Drawing Test (CDT)*
- Dementia Rating Scale -2 (DRS-2)*
- Escala de Depressão Geriátrica (GDS)*
- Bateria de Lisboa para Avaliação de Demência (BLAD)*
- Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos-III (WAIS-III)*
- Escala de Memória de Wechsler – III (WMS-III)*
- Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota – 2 (MMPI -2)*
- Neo Five – Factor Inventory (NEO FFI)*
- Behavioral Assessment of Disexecutive Syndrome (BADs)*
- Teste de Avaliação Frontal (FAB)*
- Teste de Stroop*
- Teste da Figura Complexa de Rey*
- Teste de Retenção Visual de Benton*
- Trail Making Test (TMT)*
- Matrizes Progressivas de Raven*
- Wisconsin Card Sorting Test (WCST)*
- Teste de Fluência Verbal (FAS)*
- Teste de Apercepção Temática (TAT)
- Teste projectivo de personalidade de Rorschach

***Nota:** todos os instrumentos mencionados foram aplicados ao longo do estágio, no entanto apenas os que se encontram assinalados com * correspondem aos aplicados pela estagiária.

Anexo 7

Guião de Entrevista Clínica – Anamnese

ENTREVISTA CLÍNICA

Identificação do Utente

Nome:

Estado Civil:

Idade:

Hab. Literárias:

Profissão:

Telefone:

Data de Nascimento:

Proveniência do Utente:

História Atual e da Doença:

Quais as principais queixas do doente, tal como ele as formula?

Quando é que a situação começou?

Em que altura é que a situação piorou/melhorou?

Quando é que isto costuma acontecer e quem é que se encontra, geralmente; presente?

Qual o impacto que esta situação tem para si?

O que costuma fazer para resolver ou lidar com a questão?

Quais os tratamentos realizados anteriormente?

Quais as suas expectativas relativamente ao processo terapêutico?

Outras notas/observações:

História Familiar:

Com quem reside?

Nome da Mãe: _____

Idade: ____

Situação Profissional: _____

Como descreve a sua mãe?

Como foi o relacionamento passado com ela?

Como é o relacionamento atual com a mesma?

Nome do pai: _____

Idade: ____

Situação Profissional: _____

Como descreve o seu pai?

Como foi o relacionamento passado com ele?

Quais os tratamentos realizados anteriormente?

Como é o relacionamento atual com o mesmo?

Como era, no passado e como é, no momento atual o relacionamento entre os seus pais? _____

Tem irmãos? De que idades?

História Educacional:

Nível Educacional: _____

Aspetos mais significativos da educação infantil?

Aspetos mais significativos da educação primária?

Aspetos mais significativos da educação secundária?

Aspetos mais significativos da educação superior

História Ocupacional:

Situação profissional atual: _____

Quais as principais tarefas e responsabilidades atuais?

Qual o grau de satisfação com a situação profissional atual?

Quais os principais trabalhos que desempenhou no passado e qual o seu grau de satisfação nos mesmos?

O que costuma fazer nos tempos livres?

História Conjugal:

Estado Civil: _____

Nº de casamentos ou relações significativas: _____

Idade do Cônjuge/Companheiro: _____

Profissão: _____

Relacionamento atual e passado como cônjuge/companheiro:

Histórias e características das relações significativas anteriores

Tem filhos? Que idades têm?

Relacionamento com cada um dos filhos

História Médica/Saúde:

Principais doenças significativas no passado?

Alguma vez esteve internado ou foi operado? Qual o motivo?

Estado de saúde atual?

Medicação atual?

Padrões do sono?

Padrões de alimentação e bebida?

História Médica/Saúde (continuação)

Padrões de atividade física?

Médico Assistente:

Existência de algum familiar que tem ou teve alguma doença física ou psicológica?

Área Problemática I

Definição, operacionalização e medida do comportamento:

Quais os antecedentes do comportamento?

Quais as consequências do comportamento?

História do aparecimento e evolução do comportamento?

Anexo 8

*Lista de Sintomas Obsessivo-Compulsivos e Respetivo Grau de
Ansiedade experienciada por D.*

Hospital São João – Gabinete de Psicologia

Nome: Érica Data: / / Processo:

Lista de Sintomas

Local, situação, Objecto	Obsessão (O), Compulsão (C), Evitamento (E)	Grau de Desconforto (0-10)
	Desp. vestir roupa calçada, etc	9
	Passar postas ou linhas que tenham no chão	10
	Tomar banho	8
	Medo de ser toxicodependente ou homossexual	10
	Medo de se conhecer mal a si a minha família, ou a quem que goste ou eu própria	10
	Não gosto de ver facas ou algar que corte, com o medo de poder chegar a quem	8
	Tentar fazer que quer acção, sem pensar em drogas, etc (imagens, palavras)	10
	Colocar os objectos sempre no mesmo sítio	9

Lista de Sintomas

Quando andar por vezes calção e descalço os chinelos, depois de andar subindo de grau (se necessário), abra e fecho as portas e gavetas as vezes.
Quando tomar o pequeno almoço temo uma ordem de comer os alimentos, quando visto a roupa visto e despo várias vezes se necessário.

Quando conduzo temo tendência para meter várias vezes as velocidades.

Quando estou a trabalhar devo manter sempre os objetos onde estão as vezes tiro a comida da boca e volto a comer.

Quando tomo banho visto e despo várias vezes a roupa, abra e fecho muitas vezes a torneira.

Quando estou a realizar uma certa tarefa atento que fecho sempre da mesma forma e colocas os objetos onde estavam inicialmente.