



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de estágio

Sofia Isabel Gonçalves Teixeira

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre** em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, fevereiro de 2023

Sofia Isabel Gonçalves Teixeira

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Relatório de estágio

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professora Doutora Maria Emília Areias

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Sofia Isabel Gonçalves Teixeira, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Desta forma expresso o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes no meu percurso académico.

À minha **família**, um especial agradecimento, mãe, pai, Ana e Maria, Ivo, João, Avó, Tia Gi e Fátima, pelo apoio incondicional. Obrigada, pois sem vocês nada seria possível.

Às minhas **orientadoras de estágio**, pela disponibilidade, confiança, atenção, carinho, cuidado, e pela oportunidade de poder aprender convosco.

À minha **supervisora de estágio**, Professora Doutora Maria Emília Areias, pela orientação, amabilidade e disponibilidade.

À **Flora** e à **Inês**, uma amizade muito bonita que fiz na faculdade e levo para sempre.

À **Lili**, que me ensinou o conceito de amizade, e que me inspira diariamente com a sua forma tão bonita de ver o Mundo.

À **Ângela**, à **Inês** e ao **Diogo**, pelo apoio e carinho.

Ao **Filipe**, pelo companheirismo, dedicação, paciência e amor. Obrigada por todas as horas, minutos e segundos.

Sou grata a todos vós!

Lista de Siglas

- ACE-R-** Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke*
- APT-** Amnésia pós-traumática
- AVC-** Acidente Vascular Cerebral
- AVD-** Atividades de Vida Diária
- BDI- II-** Índice de Depressão de *Beck*
- CH-** Centro Hospitalar
- DRS-2-** Escala de Avaliação da Demência-2
- EAM-** Enfarte do Miocárdio
- ESSS-** Escala de Satisfação com o Suporte Social
- HADS-** Ansiedade e Depressão
- IU-** Incontinência urinária
- IUCS-** Instituto Universitário de Ciências da saúde
- MMPI-2-** Inventário Multifásico de Personalidade de *Minnesota* – 2
- MMSE-** *Mini-Mental State Examination*
- MOCA-** *Montreal Cognitive Assessment*
- MPSN-** Mestrado em Psicologia Saúde e Neuropsicologia
- NART-** *National Adult Reading Test*
- PSQI-** *Pittsburgh Sleep Quality Index*
- RNCCI-** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SMFR-** Serviço de Medicina Física e Reabilitação
- SPCS-** Serviço de Psicologia Clínica e Saúde
- SPSM-** Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
- SNS-** Sistema Nacional de Saúde
- STAI-** Inventário de Ansiedade Estado-Traço
- TAC-** Tomografia computadorizada
- TCE-** Traumatismo Crânio-encefálico
- TMT-** *Trail Making Test*
- UAG-** Unidades Autónomas de Gestão
- WAIS-III-** Escala de Inteligência de *Wechsler*

Índice Geral

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 5 |
| Capítulo I..... | 6 |
| 1. Caracterização do Local de Estágio..... | 6 |
| 1.1. Caracterização do Contexto Institucional no Centro Hospitalar..... | 6 |
| 1.3. A importância do psicólogo em contexto hospitalar..... | 8 |
| 1.4. A importância da Reabilitação Neurocognitiva no Traumatismo Crânio-encefálico (TCE).. | 10 |
| 2. Descrição das atividades de estágio..... | 11 |
| 2.1. Reuniões de Supervisão e Orientação..... | 11 |
| 2.2. Período de observação..... | 12 |
| 2.3. Atividades de avaliação psicológica..... | 13 |
| 2.4. Consultas individuais..... | 13 |
| 2.5 Descrição de outras atividades no contexto de estágio..... | 14 |
| Capítulo II..... | 17 |
| Caso Clínico A..... | 17 |
| Dados de Identificação..... | 17 |
| Motivo e Pedido de Consulta..... | 17 |
| Informação médica relevante..... | 18 |
| Primeiro contacto e apreciação geral da paciente..... | 18 |
| História Familiar..... | 18 |
| Genograma de A..... | 20 |
| História Pessoal..... | 21 |
| História do Problema..... | 22 |
| Hipótese de Diagnóstico..... | 23 |
| Processo de intervenção..... | 24 |
| Reflexão do Caso de A..... | 26 |
| Caso Clínico M..... | 28 |
| Dados de identificação..... | 28 |
| Genograma de M..... | 28 |
| História do problema..... | 28 |
| História clínica..... | 29 |
| Motivo de Pedido..... | 29 |
| Avaliação Neuropsicológica (rastreamento)..... | 29 |
| Interpretação dos resultados obtidos..... | 30 |
| Descrição das sessões realizadas com a pessoa..... | 32 |

| | |
|----------------------------------|----|
| Reflexão do Caso de M. | 35 |
| Reflexão final | 37 |
| Referências Bibliográficas | 38 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Casos acompanhados no decurso do estágio curricular..... | 17 |
|--|----|

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1- Genograma familiar de A..... | 21 |
| Figura 2- Genograma familiar de M..... | 28 |

Índice de Anexos

Anexo A- Apresentações realizadas no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Ansiedade no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Anexo B- Folhetos informativos sobre as apresentações realizadas no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Ansiedade no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Anexo C- Apresentações realizadas no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Reabilitação Cardíaca no Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Anexo D- Tarefas de reabilitação cognitiva realizadas no decurso do estágio curricular no internamento do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Anexo E- Tarefas de papel e lápis de reabilitação cognitiva realizadas no decurso do estágio curricular no internamento do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Introdução

O presente documento tem como objetivo descrever as atividades realizadas no decurso do estágio curricular inserido no segundo ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia (MPSN) do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), no ano letivo 2021/2022.

O estágio curricular foi realizado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR), em contexto de consulta externa e internamento; e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM), em contexto de consulta externa, num Centro Hospitalar (CH). Teve início em outubro de 2021 e terminou em junho de 2022. A orientação foi realizada por duas psicólogas do CH, e a supervisão pela Professora Doutora Maria Emília Areias, docente no IUCS.

Este relatório encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo é descrito o local de estágio, as atividades de estágio, as reuniões de supervisão e orientação, o período de observação, as atividades de avaliação psicológica, a descrição de outras atividades no contexto de estágio, abordada a importância do psicólogo no contexto hospital e a importância da reabilitação cognitiva na recuperação de doentes com Traumatismo Crânio-encefálico (TCE). No segundo capítulo é apresentada a descrição pormenorizada de dois casos clínicos seguidos em contexto de estágio. Por fim, o relatório termina com uma reflexão final referente ao estágio, e são apresentadas em anexo tarefas realizadas pela estagiária em contexto de estágio.

Capítulo I

1. Caracterização do Local de Estágio

1.1. Caracterização do Contexto Institucional no Centro Hospitalar

O Centro Hospitalar (CH) localiza-se na cidade do Porto.

O CH é composto por 11 andares e diversos edifícios secundários internos – como por exemplo os Serviços Administrativos e de Gestão, Urgência, Internamento, Laboratório e Imagiologia – e externos – como por exemplo o Serviço de Instalações e Equipamento, Centro Ambulatório com as consultas externas das especialidades, Hospitais de Dia e Unidades de Cirurgia do Ambulatório. De forma a exercer uma boa gestão dos diferentes serviços o CH organiza-se da seguinte forma: administração, órgãos de apoio, comissões de apoio técnico, área de suporte, área de apoio à produção clínica e áreas de produção clínica, sendo que esta se encontra dividida em seis Unidades Autónomas de Gestão (UAG), nomeadamente, Medicina; Cirurgia; Urgência e Medicina Intensiva; Psiquiatria e Saúde Mental; Mulher e Criança, e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

O Serviço de Psicologia Clínica e Saúde (SPCS) foi criado em 2019, sendo o primeiro Hospital do país a ter um serviço de Psicologia autónomo, sem laços com a UAG de Psiquiatria e Saúde Mental. Está caracterizado como sendo um serviço bem organizado, com objetivos claros de fornecer cuidados de saúde, nomeadamente na área da Psicologia, de forma a responder de maneira eficaz. É constituído por 30 psicólogos. Encontra-se dividido em três unidades, nomeadamente: a Unidade da Infância e Adolescência; a Unidade do Adulto e do Idoso (Área da Saúde e Área Clínica) e a Unidade de Neuropsicologia.

1.1.1. Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

No Serviço de Medicina Física e Reabilitação (consulta externa) são desenvolvidos programas de reabilitação em todas as suas vertentes. Inclui profissionais nas áreas da Fisiatria, Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Psicologia, providos de uma piscina, três ginásios, uma sala de tratamento fisioterapêutico, três gabinetes de Terapia da Fala, um gabinete de Psicologia, um gabinete de Terapia Ocupacional e 5 gabinetes médicos para porem em prática programas de Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia

da Fala, Terapia Ocupacional, Atividades de Vida Diária (AVD), reabilitação cardíaca e condicionamento ao esforço para doentes em contexto de consulta e internamento. Estes programas têm como principal objetivo a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida dos doentes.

No Serviço de Medicina Física e Reabilitação em contexto de internamento os doentes estão aproximadamente 30 dias, podendo variar entre 25 e 28 dias. Abrange predominantemente patologias como AVC, sequelas de intervenções neurocirúrgicas/TCE e patologia da coluna. São realizadas técnicas terapêuticas, como, cinesioterapia, eletroterapia, mecanoterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, treinos de autocuidado, reabilitação vesico-esfincteriana e reabilitação cognitiva. Os doentes são encaminhados depois de uma avaliação realizada por um médico fisiatra. A alta é dada mediante as necessidades dos doentes, caso estes estejam aptos para poder ter alta para o domicílio ficam ao cuidado de um ou mais cuidadores; caso não reúnam critérios que permita ter alta para o domicílio, tendo em consideração a idade e potencial de recuperação dos doentes, estes beneficiam em continuar a sua reabilitação numa unidade semelhante assim são transferidos para um centro de reabilitação, ou Hospital de referência na área da reabilitação, onde poderão permanecer por mais 60 dias. Doentes que apenas necessitam de reabilitação ao nível de manutenção são propostos para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A integração da unidade de Neuropsicologia neste serviço resulta da necessidade de existir uma reabilitação cognitiva, seja em contexto ambulatório como de internamento. Este serviço uniu-se ao serviço de Psicologia para dar resposta a esta necessidade. Para que aconteça é realizado um pedido interno de colaboração e um rastreio cognitivo. Posteriormente são projetadas sessões de reabilitação até à data da alta do doente.

1.1.2. Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

O Serviço de Psiquiatria do CH teve início em 1963, e atualmente presta cuidados de saúde mental em contexto de ambulatório e internamento. Este serviço integra a Unidade de Psiquiatria do Adulto e do Idoso, que tem como objetivo dar resposta à população com idade superior a 26 anos; a Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família, para atendimento da população infantil, adolescente e juvenil; a Unidade de Psiquiatria Comunitária, para apoio

continuo de forma a evitar que determinadas patologias se possam tornar crónicas, como por exemplo, situações pós-traumáticas; a Unidade de Psiquiatria de Ligação e a Unidade de Psiquiatria Forense, que permite avaliar situações de imputabilidade, interdição, inabilitação e dano pessoal associadas a patologia psiquiátrica e psicológica; o Gabinete de Terapia Ocupacional, para trabalhar a prevenção, tratamento e reabilitação de disfunções psicossociais, que interferem na funcionalidade do indivíduo; e o Gabinete de Psicologia, para auxiliar o doente internado ou não a lidar com o seu sofrimento psicológico; incluindo desta forma profissionais da área da Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem.

1.2.1 Caracterização da Unidade de Neuropsicologia

A equipa da Unidade de Neuropsicologia é constituída por cinco psicólogos. Nesta unidade são realizadas avaliações neuropsicológicas solicitadas pelos diversos serviços do CH, sendo que a grande maioria destes pedidos são realizados pelos serviços de Neurologia e Neurocirurgia.

Foi assinado o Protocolo de Colaboração entre o Serviço de Psicologia e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação, com a disponibilização da Consulta de reabilitação cognitiva, que ocorre em contexto de hospital de dia, ambulatório e internamento. Assim, inicialmente é feito um pedido de avaliação do estado cognitivo, emocional e funcional do indivíduo, para verificar se existem critérios de integração de um Programa de Reabilitação Cognitiva. Se existirem critérios, o indivíduo poderá integrar um Programa até 8 sessões.

1.3. A importância do psicólogo em contexto hospitalar

O papel do psicólogo da saúde é conseguir estar presente nos diversos contextos e comportamentos de saúde. Desta forma estes profissionais aplicam a ciência psicológica ao contexto da saúde e doença, de maneira a conseguirem mudanças nos comportamentos, ou seja, os principais objetivos das intervenções psicológicas são promover comportamentos que previnam a doença e promovam a saúde, melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos (utilizadores dos serviços de saúde, cuidadores e familiares, e profissionais do setor da saúde). Quando falamos em melhoria da qualidade de vida dos indivíduos referimo-nos ao

seu desenvolvimento saudável e integral, bem-estar físico e psicológico, aumento da satisfação pessoal, adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, aumento da longevidade, aumento da capacidade de resiliência, melhoria na adesão terapêutica, melhoria da recuperação pós doença e gestão da dor e/ou doença crónica; assim como também diminuição da mortalidade e morbidade, e dos comportamentos de risco. Deste modo o papel dos psicólogos é fundamental no alcance de objetivos colocados pelos programas do Sistema Nacional de Saúde (SNS), bem como com os objetivos do desenvolvimento sustentável definidos pelas Nações Unidas, como a promoção de saúde e diminuição da desigualdade de recursos (OPP, 2016).

A presença do psicólogo no contexto hospitalar é fundamental para a mediação das relações dentro do hospital, seja doente/família, família/equipa hospitalar e doente/equipa hospitalar, bem como no apoio aos profissionais de saúde. Assim o psicólogo utiliza técnicas e estratégias terapêuticas para facilitar o diálogo, ajudar os doentes a modificar comportamentos, auxiliar o doente na criação de estratégias para lidar com as suas emoções e pensamentos, prevenção de situações de risco e promoção da saúde mental dos indivíduos, diminuindo assim o sofrimento psicológico do doente (Reis, 2013).

Este conceito resulta da necessidade de conhecer melhor o doente, não se focando apenas nos aspetos biológicos deste, mas sim dando também importância aos fatores emocionais na recuperação da doença e/ou aceitação do diagnóstico (Silva *et al.*, 2017).

Atualmente a presença dos psicólogos nos diferentes serviços dentro dos hospitais é cada vez mais requerida. As necessidades de profissionais da área da saúde mental aumentaram com a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Este fenómeno conduziu a um aumento da necessidade de apoio psicológico para as famílias e doentes, infetados, em processo de luto devido ao vírus, devido ao isolamento, medo de infeção, medo de morte, entre outros fatores (Ribeiro *et al.* 2020).

1.4. A importância da Reabilitação Neurocognitiva no Traumatismo Crânio-encefálico (TCE)

O TCE (Traumatismo Crânio-Encefálico) é uma lesão cerebral que provoca consequências a nível emocional, cognitivo, comportamental e funcional (Kuo, *et al.* 2015; Spitz, Ponsford, Rudzki, & Maller, 2012; Konrad, *et al.* 2011). A gravidade da lesão pode ser muito diversa podendo ser avaliada pela escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974); e também é influenciada pela duração do coma e da amnésia pós-traumática (APT) (Blyth, & Bazarian, 2010). É predominante na faixa etária superior aos 65 anos. Quedas, acidentes de viação e violência entre pares são as principais causas (Hwang, Cheng, Chien, Yu, & Lin, 2015) (Zieman, Bridwell, & Cárdenas, 2016) (Silva, 2017).

A reabilitação neurocognitiva tem como principal objetivo *“que o indivíduo atinja o seu potencial máximo em termos psicológicos, sociais, vocacionais e recreativos, e minimizar as consequências negativas que derivam da lesão cerebral, através de um conjunto de atividades programadas que estimulam as suas capacidades cognitivas”* (Wilson, *et al.*, 2013). A eficácia do processo depende de fatores como a gravidade da doença, as características pessoais do indivíduo e a validade ecológica das técnicas utilizadas (Olmos, Cabollero, & Ferré, 2015) (Arango, 2012) (Parsons, 2011) (Silva, 2017).

Desta forma é fundamental o papel do psicólogo na elaboração e implementação de programas de reabilitação. A lesão provoca modificações na vida da pessoa, seja a nível profissional, familiar ou social, e o psicólogo irá auxiliar no treino das competências afetadas pela lesão (King & Tyerman, 2010) (van Heugten, Gregório & Wade, 2012). Os programas de reabilitação devem ser flexíveis e utilizar diferentes abordagens, tendo em consideração toda a envolvência do caso (Gillespie, *et al.*, 2015). As sessões de reabilitação incluem treino e/ou estimulação cognitiva.

O treino consiste na prática de tarefas para potenciar e treinar funções cognitivas, e a estimulação permite desenvolver as capacidades de funcionamento cognitivo e social, sem existir um objetivo estipulado (Clare, Woods, Cook, Orrell, & Spector, 2003; Clare & Woods, 2004). De acordo com a literatura, ambas apresentam resultados positivos (Cicerone, 2012; De Luca *et al.*, 2016; Heugten, Gregório, & Wade, 2012; Manly & Murphy, 2012; Nordvik *et al.*, 2014; Rohling, Beverly, Faust, & Demakis, 2009;). Wilson (1991), e de acordo com Kolb e

Gibb (2010) *“a plasticidade cerebral e o comportamento adaptativo estão intimamente relacionados, dado que o cérebro tem a capacidade de alterar a sua estrutura e funcionamento em função da interação com o meio ambiente”*.

Assim é possível verificar mudanças durante o processo de reabilitação, devido à neuroplasticidade do cérebro (Valério, 2018). Desta forma é possível concluir que a reabilitação neurocognitiva é eficaz no processo de recuperação de competências cognitivas.

2. Descrição das atividades de estágio

O estágio curricular teve a duração de 8 meses, com início em outubro de 2021 e término em junho de 2022, e foi realizado num CH.

Decorreu na consulta externa e internamento do SMFR, e na consulta externa do SPSM. Durante o seu decurso foram realizadas consultas individuais, avaliações psicológicas, sessões de reabilitação de neuropsicologia e sessões de psicoeducação, em grupo, sobre reabilitação cardíaca e gestão de ansiedade.

2.1. Reuniões de Supervisão e Orientação

As reuniões de Supervisão e Orientação de estágio são essenciais nesta fase em que iniciamos o nosso percurso enquanto futuros profissionais. Auxiliam-nos no esclarecimento de dúvidas que surgem naturalmente durante a prática da Psicologia e permitem-nos a partilha de experiências.

As reuniões de Supervisão realizaram-se semanalmente desde o início do estágio com a Professora Doutora Maria Emília Areias com o objetivo de apresentar e discutir casos clínicos observados durante o período de estágio. Durante estas reuniões eram abordadas questões como possíveis diagnósticos e planificações de intervenções, esclarecimento de dúvidas relativos a metodologias, estratégias, técnicas e instrumentos de avaliação, com auxílio da supervisora, e também partilha de experiências com colegas. Também estas questões eram discutidas com as orientadoras no local de estágio, onde eram partilhadas experiências e

estratégias, e esclarecidas dúvidas. Sempre com bastante espaço para que não sobrassem interrogações.

Desta forma penso que o facto de ter a supervisão e orientação de profissionais com bastante experiência e um vasto conhecimento foi bastante benéfico durante o meu período de estágio curricular, pois foram essenciais para a minha evolução, tanto a nível académico como profissional.

2.2. Período de observação

Inicialmente o período de estágio consistiu apenas na observação de consultas realizadas pelas orientadoras quer num âmbito de Psicologia Clínica e da Saúde (consulta externa do SMFR e SPSM) quer no âmbito mais específico de neuro com avaliação neuropsicológica e sessões de reabilitação (no internamento do SMFR).

Antes de cada consulta as orientadoras enquadravam a situação do doente. Os pacientes eram essencialmente encaminhados pelos seus médicos fisiatras e psiquiatras. Na consulta externa do SMFR destacam-se particularmente casos de reabilitação do pavimento pélvico, acidente vascular cerebral (AVC), TCE, amputações, doenças neurodegenerativas e enfarte do miocárdio (EAM) em fase de acompanhamento para promoção da qualidade de vida, enquanto no internamento do mesmo serviço eram predominantes os doentes em fase aguda. No SPSM destacam-se especialmente casos de perturbações da personalidade, ansiedade e depressão.

No início de cada consulta era pedida a permissão do paciente para a estagiária poder assistir à consulta. Posteriormente eram abordados os motivos que levavam o paciente à consulta de Psicologia, e realizada a anamnese do paciente quando se tratava de uma primeira consulta, na consulta externa do SMFR e no SPSM. No internamento do SMFR, depois de encaminhados pelo médico fisiatra os pacientes eram abordados pela psicóloga responsável e pela estagiária com o objetivo de perceber se estariam recetivos a realizar avaliação neuropsicológica e sessões de reabilitação cognitiva, era explicado ao paciente todo o processo e caso o paciente aceitasse era encaminhado para o gabinete de consulta neuropsicológica para iniciar o rastreio cognitivo e as sessões de reabilitação.

O período de observação foi essencial para entender toda a dinâmica dos diferentes serviços e permitiu uma melhor adaptação a estes.

2.3. Atividades de avaliação psicológica

A avaliação psicológica determina a caracterização do contexto, ou seja, através dela descrevemos o contexto e iniciamos o processo de intervenção. Pode ser utilizada em contexto clínico, escolar, organizacional ou forense (Cohen & Swerdlik, 2018). De acordo com vários autores são os instrumentos que determinam a qualidade da avaliação (American Educational Research Association *et al.*, 2014; Archer *et al.*, 2016; Casullo, 2009; International Test Commission, 2013, 2017; Prieto & Muñiz, 2000). Importa também adequar os instrumentos à população que pretendemos avaliar e ao contexto em que se insere, tendo sempre em consideração a validade e fidelidade dos instrumentos (OPP, 2018).

Na consulta externa do SMFR os testes mais utilizados são a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), o Índice de Depressão de *Beck* (BDI-II), o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI), o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA). Enquanto que no internamento do SMFR é utilizada a Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke*. Na SPSM os mais utilizados são o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA), a Escala de Inteligência de *Wechsler* (WAIS-III); o *Trail Making Test* (TMT); o Inventário Multifásico de Personalidade de *Minnesota – 2* (MMPI-2) e a Escala de Avaliação da Demência-2 (DRS-2). Durante o meu período de estágio foi-me permitido aplicar a Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* em contexto de internamento no SMFR; e a Escala de Inteligência de *Wechsler* (WAIS-III) e o Inventário Multifásico de Personalidade de *Minnesota – 2* (MMPI-2), *Addenbrooke* em contexto de consulta externa no SPSM.

2.4. Consultas individuais

As práticas de consultas psicológicas de maneira autónoma tiveram início em janeiro de 2022, na consulta externa do SMFR e do SPSM, e em novembro de 2021, no internamento do SMFR.

Em todas as consultas foram respeitadas as normas do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, assim como a dignidade e privacidade dos pacientes.

Desde início houve “espaço” para realizar as consultas e as sessões de reabilitação de forma autónoma, tendo tido a oportunidade de aplicar nas sessões de reabilitação tarefas realizadas por mim. Sempre com apoio e ajuda das orientadoras de estágio. Desta forma foi possível realizar um trabalho enriquecedor, e estabelecer relações empáticas com os pacientes.

Do conjunto de doentes que acompanhei apresento de forma mais detalhada dois casos neste relatório. O trabalho executado de forma individual permitiu criar um vínculo com as minhas pacientes e uma relação de confiança, que é muito importante para o exercício da Psicologia.

2.5 Descrição de outras atividades no contexto de estágio

Durante o estágio acompanhei grupos terapêuticos destinados a reabilitação cardíaca e ao controlo de ansiedade, que funcionavam semanalmente.

A intervenção em grupo para reabilitação cardíaca é um projeto pioneiro que consiste na psicoeducação para desenvolvimento de estratégias para melhor controlo da doença pós-enfarte. Têm os seguintes objetivos: propiciar um espaço de partilha de experiências entre os membros do grupo e constituir uma fonte de informação sobre a doença, sendo abordados temas como: “Fatores de risco psicossociais e comportamentais”, “Ansiedade e respiração diafragmática”, “Insónia/sono e a sua importância para a saúde”, “Stress”, “Sexualidade”, “Depressão”, “Meditação”, “Emoções”, “Perdão”, “Gratidão” e “Coerência cardíaca” (equilíbrio entre o coração e o cérebro). No fim de cada sessão os doentes praticavam meditação e respiração diafragmática. Durante a realização do grupo foi-me solicitado a apresentação dos temas “Benefícios da meditação para o coração” e “Gratidão”. As apresentações foram realizadas tendo como base artigos científicos. Em relação ao tema “Benefícios da meditação para o coração” o principal objetivo da apresentação era que os membros do grupo entendessem inicialmente o conceito de “Meditação”, para que posteriormente pudessem perceber os seus benefícios para o sistema cardíaco. Desta forma foi elaborada uma apresentação com os conceitos de meditação, *mindfulness* e os benefícios da meditação. No que diz respeito à apresentação sobre a gratidão, esta tinha como objetivo principal conseguir que os membros do grupo entendessem o conceito de gratidão, a maneira

como funciona o nosso sistema cerebral quando nos sentimos gratos, os benefícios cerebrais e físicos da gratidão, e por fim foi apresentado uma maneira de praticar a gratidão no dia a dia, através de exercícios de gratidão. Estes exercícios deveriam ser praticados durante 21 dias, pois de acordo com Dr. Maxwell Maltz, necessitamos de apenas 21 dias para criar hábitos, ou seja, é o tempo que o nosso cérebro demora a formar novos caminhos neurais. Alguns dos exercícios apresentados foram escrever diariamente, ao final do dia, ou até mesmo antes de se deitar, no mínimo três motivos pelos quais o indivíduo se sentiu grato naquele dia; e em frente ao espelho, dizer em voz alta, motivos pelos quais sente admiração pela sua pessoa, e características que goste em si tendo de dizer no mínimo um motivo.

A intervenção em grupo para gestão de ansiedade é dirigida a pacientes com sintomatologia ansiosa procurando melhorar a qualidade de vida dos doentes. São abordados os seguintes temas: “Ansiedade e consequências físicas e cognitivas/respiração diafragmática”, “Relaxamento muscular”, “Relaxamento imagético”, “Stress- o que é e as suas consequências”, “Relacionamento interpessoal”, “Assertividade”, “Treino e resolução de problemas”, “Saber dizer não”, “Como lidar com o stress: equilíbrio ocupacional”, “Meditação”, emoções, “Autoestima, Autoeficácia/Motivação”, “Memória”, “Depressão”, “Higiene do sono”, “Perdão” e “Mindfulness”. As sessões eram conduzidas por mim e pelo meu colega de estágio curricular, à exceção da sessão com o tema “Equilíbrio Ocupacional” que foi dirigida pelo terapeuta ocupacional do SPSM. Foi-me solicitado que apresentasse os temas “Relaxamento imagético”, “Relacionamento interpessoal”, “Assertividade”, “Saber dizer não”, “Meditação”, “Autoestima, Autoeficácia/Motivação”, “Perdão” e “Mindfulness”. As apresentações realizadas são fundamentadas cientificamente e a acompanhar cada sessão eram entregues folhetos informativos sobre o tema abordado. Para cada apresentação eram selecionados tópicos essenciais sobre o tema para uma clara explicação dos conceitos, assim como também os panfletos eram realizados de forma a conter informação de fácil compreensão.

Em anexo estão presentes algumas das atividades realizadas em contexto de estágio. No anexo A estão presentes as apresentações sobre os temas: “Relaxamento imagético”, “Relacionamento interpessoal” e “Assertividade”. O anexo B contém os folhetos informativos dos temas: “Saber dizer não”, “Autoestima” e “Mindfulness”. Estas apresentações e folhetos informativos foram realizados no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Ansiedade no

SPSM, e considero que ao ter apresentado desta forma alguns dos temas abordados no grupo, torna os anexos do relatório mais leves, uma vez que apresento os temas divididos entre apresentações e folhetos. No anexo C contém as apresentações realizadas no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Reabilitação Cardíaca no SMFR, com os temas: “Benefícios da meditação para o coração” e “Gratidão”. O anexo D diz respeito às atividades realizadas no internamento do SMFR, nomeadamente, sessões e tarefas de papel e lápis para reabilitação cognitiva.

Na seguinte tabela são apresentados outros casos acompanhados durante o estágio:

Tabela 1
Casos acompanhados no decurso do estágio curricular

| Sexo | Idade | Motivo de encaminhamento | Referenciação | Consulta |
|------------------|-------|--|--|--|
| Feminino | 45 | Sintomatologia ansiosa e depressiva, disfunção sexual, e depreciação da autoimagem | Médico fisiatra no SMFR (consulta externa) | Apresentava humor triste, episódios de choro, perturbação do sono, ataques de ansiedade, sentimentos de desvalorização, falta de apetite e/ou episódios de compulsão alimentar, nervosismo, irritabilidade e tensão muscular. |
| Feminino | 56 | TCE grave | Médico fisiatra no SMFR (internamento) | Avaliação neuropsicológica de rastreio com Avaliação Cognitiva de <i>Addenbrooke</i> e sessões de reabilitação neurocognitiva. |
| Masculino | 27 | Pedido de avaliação psicológica feito pelo médico psiquiatra | Médico psiquiatra no SPSM (consulta externa) | Avaliação psicológica com a aplicação da Escala de Inteligência de <i>Wechsler</i> (WAIS-III) e do Inventário Multifásico de Personalidade de <i>Minnesota – 2</i> (MMPI-2). |
| Feminino | 67 | Sintomatologia depressiva, insónia na sequência de problemas do foro intestinal | Médico fisiatra no SMFR (consulta externa) | Problemas do foro intestinal como diarreias intensas e/ou intestino sem funcionar que condicionavam o quotidiano da doente, pois não tinha qualquer controlo intestinal, provocando situações constrangedoras em público. (p.e. defecar nas calças). Apresentava também sintomatologia depressiva, devido a um processo de luto mal resolvido, e não tinha uma boa qualidade de sono. |
| Feminino | 68 | Sintomatologia depressiva e ansiosa na sequência de perdas urinárias | Médico fisiatra no SMFR (consulta externa) | Acentuadas perdas de urina que conduziram a doente ao processo de reforma. Devido a esta situação a paciente desenvolveu sintomas de ansiedade e depressão. |

| | | | | |
|-----------------|----|--|--|--|
| Feminino | 61 | Sintomatologia de <i>stress</i> pós-traumático, de ansiedade e perturbações de sono na sequência de Síndrome pós-covid | Médico fisiatra no SMFR (consulta externa) | Doente que esteve internada em coma devido a infeção por Covid-19. Apresentava sintomas de <i>stress</i> pós-traumático referenciados na consulta pós-covid. Apresentava uma má qualidade de sono, bem como alguma ansiedade para sair de casa, devido ao medo de voltar a infetar-se. |
| Feminino | 38 | Sintomatologia depressiva e ansiosa na sequência de Síndrome pós-covid | Médico fisiatra no SMFR (consulta externa) | Doente que esteve internada em coma devido a infeção por Covid-19. Com sequelas graves a nível respiratório, motor e cognitivo. Apresentava sintomatologia depressiva e ansiosa devido às mudanças no seu estilo de vida, nomeadamente o facto de ter deixado de trabalhar. |

Capítulo II

Do conjunto de doentes que acompanhei em consulta escolhi para apresentar de uma forma mais detalhada os seguintes casos porque considerei mais desafiante, e pude avaliar e intervir

Caso Clínico A.

O caso de A. foi acompanhado na consulta externa do SMFR.

Dados de Identificação

A é do sexo feminino tem 44 anos de idade e é filha única. É natural do distrito do Porto. Frequentou o curso de Direito até ao 4º ano, tendo desistido por motivos familiares. Nunca trabalhou. É solteira e tem duas filhas, de 21 e 13 anos. Vive com a mãe e as filhas.

Motivo e Pedido de Consulta

A paciente foi encaminhada para a consulta de Psicologia pela sua médica fisiatra por apresentar queixas de sintomatologia ansiosa e depressiva, disfunção sexual, e depreciação da autoimagem. A paciente é seguida neste serviço por incontinência urinária (IU) e antecedentes de mioma uterino. As consultas tiveram início em fevereiro de 2022 e visavam a diminuição da sintomatologia ansiosa e deprimida, assim como também a perturbação da ansiedade, disfunção sexual, perturbação do desejo, alteração da autoimagem.

Informação médica relevante

A. é consultada no serviço de Medicina Física e Reabilitação devido a IU. À data das consultas já teria tido alta da intervenção de Fisiatria. Para além da IU que foi objeto de intervenção nas consultas de Fisiatria existem alguns outros aspetos de saúde que são relevantes mencionar, nomeadamente, miomas no útero e seios, alopecia, osteoporose idiopática e tiroidite de Hashimoto. Existem episódios de mal funcionamento intestinal, ora com situações de obstipação, ora com situações de diarreia. Em relação a medicação, toma um indutor do sono à base de melatonina.

Primeiro contacto e apreciação geral da paciente

O primeiro contacto com A. ocorreu em fevereiro de 2022 A. compareceu sozinha à consulta, apresentando-se um pouco ansiosa, mas receptiva. Nas restantes consultas compareceu sempre a horas agendadas, sem atrasos.

Durantes as consultas A. apresentou uma imagem cuidada de aparência jovem, um pouco emagrecida e vestuário adequado à idade e situação. Mantinha o contacto ocular, discurso orientado no tempo e espaço, e organizado, *insight* preservado, perfil depressivo e ansioso, e colaborante. Importa só realçar que em algumas consultas o vestuário adequava-se à situação emocional de A., quando esta se encontrava mais frágil do ponto de vista emocional tendia a vestir mais peças de roupa, e com tonalidades mais escuras, ao passo que quando A. demonstrava estar mais forte do ponto de vista emocional tendia a apresentar um vestuário mais leve e mais colorido, mas sempre investido.

História Familiar

A é filha única. O pai de A. trabalhava na Segurança Social e faleceu em 2011, com 61 anos, devido a um tumor cerebral. Padeceu desta doença durante 10 anos. A. foi a sua cuidadora. A saúde do pai agravou-se aquando do nascimento da segunda filha (relatou que a primeira vez que o avô viu a neta foi depois de uma sessão de radioterapia). Serviu na guerra

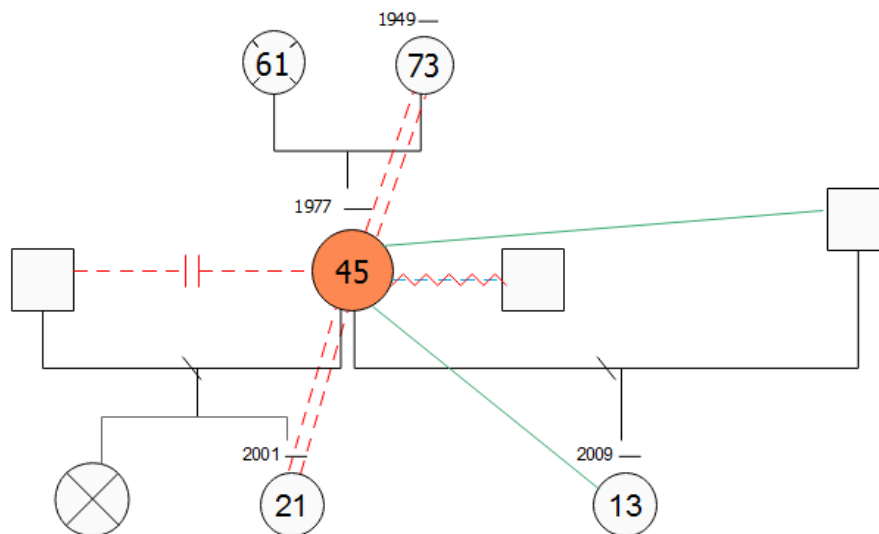
do Ultramar e segundo A. sofreu algumas sequelas psicológicas. Relata que para o pai nunca nada era suficiente, e que este era agressivo para com ela, mas que quando regressou da guerra estava muito diferente. A mãe tem 73 anos e era professora de educação física. Neste momento encontra-se reformada.

A. engravidou pela primeira vez aos 19 anos, enquanto ainda estudava, mas perdeu o bebé (menina) durante a gestação (25 semanas), devido a consanguinidade. A. desenvolveu uma pré-eclampsia, que a fez estar em coma durante 3 dias, o parto e o funeral da bebé foram feitos sem que pudesse assistir a nada. Quando acordou contaram-lhe que o seu pai não deixou que ninguém visse a bebé. Ainda hoje A. não sabe onde está sepultada a bebé, pois foi o seu pai e tio que se encarregaram de todas as cerimónias fúnebres. O pai de A. nunca lhe contou onde estaria sepultada a sua filha e após a morte do pai A. e o tio não voltaram a falar. Como não voltou a falar com o tio, A. não sabe onde o corpo da bebé se encontra sepultado. Segundo A. a sua mãe afirma não ter informações sobre esta situação, e A. não mantém contato com outros membros da família. Passados 4 anos voltou a engravidar, sem querer. A sua filha mais velha (segunda gravidez) tem atualmente 21 anos, estuda direito e tem uma relação de alguns anos. Segundo A. é uma *“relação tóxica”*, *“ora acaba ou começa, é muito inconstante”* (sic.). A relação com o pai da filha mais velha terminou 6 meses após o seu nascimento, devido a traição. Segundo A. *“dupla traição”* (sic.), do namorado e melhor amiga. A filha mais nova de A. (terceira gravidez) atualmente tem 13 anos, e resulta de um segundo relacionamento que durou cerca de 5 anos. Frequenta o 8º ano, é boa aluna, e segundo A. não tem muitos amigos.

A relação que mantém com a mãe e a filha mais velha é conflituosa. A. diz ser pouco assertiva com as filhas e a mãe. A mãe desrespeita-a enquanto mãe. A relação com o pai da filha mais velha é inexistente, o pai transfere o dinheiro da pensão diretamente para a filha. No que diz respeito ao pai da sua filha mais nova refere que a relação é *“normal”* *“satisfatória”* (sic.), mantêm uma boa relação em prol da filha, mas apesar disso A. relata que este homem é bastante insistente para retomar a relação, não quer ser presente na vida da filha e apenas a leva ao colégio de manhã porque trabalha no colégio. Mencionou que a filha o apelida de *“uber”* (sic.). No que toca a outros relacionamentos, a paciente relatou ter-se relacionado com os pais das filhas e mais dois homens (um é a sua atual relação).

Mantém uma relação de três anos e meio com um indivíduo de 52 anos. É ex-militar e trabalha na área da imobiliária e construção de casas. Em relação a esta pessoa, para além desta informação, só sabe que é divorciado, tem um filho (“*trinta e tal anos e é médico*” (sic.)), mãe e uma irmã. Encontram-se esporadicamente, para almoçar e ter relações sexuais. A. refere que é um homem “*charmoso, que cuida muito da sua imagem, mas como trabalha num mundo de homens tem atitudes e palavreados brejeiros*” (sic.). Conheceram-se na praia que era comum frequentarem, e mais tarde retomaram o contacto. Considera-o extremamente manipulador e sente-se usada por este indivíduo, pois diz que ele só se quer encontrar com ela para satisfação sexual, mas como os encontros são de forma esporádica (p.e. uma vez em três meses) A. sente-se muito confusa em relação a este indivíduo e às suas intenções para com ela. Apesar disso afirma também não conseguir terminar a relação. Mais tarde descobriu que este indivíduo lhe mentiu quanto à idade, e estará na casa dos 60 anos.

Genograma de A.



Legenda:

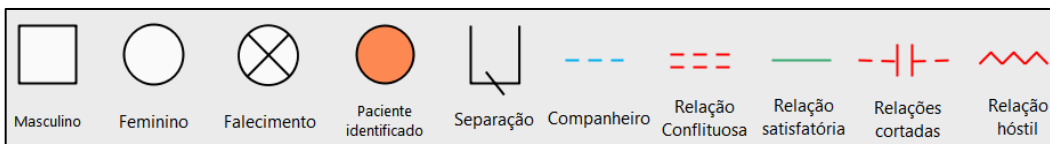


Figura 1. Genograma familiar de A.

História Pessoal

A. nasceu há 45 anos. A sua gravidez resultou do casamento dos seus pais, mas nunca referiu se foi uma gravidez planeada e/ou desejada.

Relata a sua infância com “*não muito feliz*” (sic.), os pais eram muito exigentes e pouco afetuosos. A. destaca “*puxões de orelhas e palmadas na cabeça*” (sic.). Diz que era uma criança calma, sem amigos e que brincava sozinha. Diz ter tido um “*desenvolvimento normal*” (sic.).

Não falou sobre a entrada na escola, destacou só que era uma excelente aluna e gostava de estudar. Em relação à adolescência destaca esta fase marcada por *bullying*. A. relatou ter sido vítima de assédio do 6º ano ao 12º ano de escolaridade por parte de uma colega do sexo feminino “*como eu não queria nada com ela, ela passou a perseguir-me e fazer-me bullying*” “*os meus intervalos eram passados na casa de banho ou com as auxiliares, sempre com medo, quando tocava a campainha corria para as aulas, ou para casa*” (sic.). A. diz que apenas tinha uma amiga. A. contou o sucedido aos pais que nada fizeram em relação ao caso. A mãe de A. era professora na mesma escola “*a minha mãe dizia que não podia fazer nada porque era professora dela e eu tinha de me desenrascar*” (sic.).

Terminou o 12º ano com excelentes notas e candidatou-se ao curso de Direito na Universidade do Porto. Iniciou o curso de direito. Desistiu no quarto ano do curso. Abandonou os estudos para cuidar do seu pai doente. Posteriormente também engravidou e planeava casar, devido a isso desistiu com apenas algumas cadeiras por acabar.

Teve quatro relacionamentos. O primeiro relacionamento começou quando A. tinha 19 anos e terminou devido a traição, com este companheiro A. engravidou duas vezes. A sua primeira gravidez resultou em morte fetal. Tendo a sua primeira filha nascido quando A. tinha 24 anos, referiu que não queria engravidar de novo devido ao acontecimento passado, mas foi uma filha muito desejada. Teve um segundo relacionamento sem importância, segundo A. Do seu terceiro relacionamento resulta a sua segunda filha, desejada e planeada, A. tinha 32 anos. E o seu quarto relacionamento é o que mantém atualmente.

A. nunca trabalhou. Começou a praticar pilates, desde a primeira consulta.

História do Problema

A. quando vem à consulta destaca como principal queixa a relação conturbada que mantém com o companheiro, mas ao longo das sessões é possível perceber que existem outras queixas relatadas por A. Problemas do passado não resolvidos, a morte da primeira filha, e a agitada relação com a mãe e a filha mais velha. Apresentava humor triste, episódios de choro, perturbação do sono, ataques de ansiedade, sentimentos de desvalorização, falta de apetite e/ou episódios de compulsão alimentar, nervosismo, irritabilidade e tensão muscular. De acordo com o relato de A. estes sintomas persistem há várias semanas. Não evita sair de casa. Costuma sair para ir ao supermercado, ao ginásio e à praia.

Em relação à sua primeira filha A. defende que o facto de ter estado em coma durante o parto e não ter conseguido ver e sentir o feto a prejudicou e fez com que não conseguisse fazer um luto da filha *“sinto que não recuperei do luto, porque nunca a vi, ou senti nos meus braços”* (sic.). A. referiu que não foi uma gravidez planeada, mas foi bastante desejada, tanto por ela como pelo pai da criança. Refere também que este acontecimento afetou a sua relação, conduzindo ao término, depois do nascimento da segunda filha. A. diz que quando fala na filha chora devido ao *“vazio”* (sic.) que sente.

No que diz respeito à agitada relação com a mãe e a filha mais velha, A. afirma que a mãe não a respeita, ignorando as suas regras para com as filhas. A. refere que se sente desrespeitada todos os dias, e forçada a integrar a mãe em todos os seus planos, não podendo sair sozinha, sem que a mãe a reprima por isso. Refere p.e. que a ida à praia é uma forma de relaxar, mas não o consegue fazer sem a presença da mãe, e geralmente também da filha mais nova. Pede à sua filha para ir com ela pois não quer ir sozinha com a mãe. Em relação à filha mais velha diz que esta é bastante agressiva verbalmente com ela, aliando-se à avó.

Apesar disso a principal queixa de A. está relacionada com a sua atual relação. Inicialmente A. descreve a relação como satisfatória e mais tarde revela que é uma relação muito *“tóxica”*. Sente-se manipulada e usada por este indivíduo. *“Só me quer usar pelo meu corpo”* (sic.). Este indivíduo afirma querer uma relação séria, mas só a procura para almoçar e

relações sexuais. A. diz não querer continuar a relação, mas nunca o consegue fazer, “tenho esperança que ele mude” (sic).

Hipótese de Diagnóstico

Como a ansiedade e a depressão apresentam sintomas semelhantes, como medo, preocupação constante, alterações cognitivas, cansaço, alterações de apetite e problemas de sono, importa realizar um diagnóstico diferencial. O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5) classificou as perturbações depressivas nas seguintes categorias: desregulação disruptiva do humor, perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação pré-menstrual disfórica, perturbação depressiva induzida por substâncias/medicação, perturbação depressiva devido a outra condição médica e perturbação depressiva não-especificada. E classificou as perturbações de ansiedade como: perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, fobias específicas e agorafobia. (Organização Mundial de Saúde, 2008; APA, 2013).

Após a observação clínica e os relatos da paciente, e de acordo com o DSM-5 A. não apresenta pelos menos 5 critérios de diagnóstico para a confirmação de perturbação depressiva major. Mas apresenta pelos menos 3 critérios de diagnóstico que permitem confirmar a perturbação de ansiedade generalizada, como ansiedade e preocupação, agitação ou sensação de nervosismo ou tensão, irritabilidade, tensão muscular e alterações do sono.

A perturbação de ansiedade generalizada caracteriza-se pela preocupação excessiva acompanhada de sintomas físicos. São comuns sintomas como taquicardia, sudorese, insónia, fadiga, dificuldade de relaxar e dores musculares. Estes sintomas conduzem a acentuadas alterações na qualidade de vida dos indivíduos (Zuardi, 2017).

Processo de intervenção

O processo de intervenção de A. teve início em fevereiro de 2022 e terminou em junho do mesmo ano. Foram realizadas um total de 9 consultas com uma duração de 45 minutos a 1 hora.

Inicialmente houve um investimento da relação terapêutica para que fosse possível criar uma boa relação com a paciente, através da escuta ativa. Assim permitiria que a paciente se sentisse confortável para partilhar as suas vivências e queixas. O objetivo principal das sessões seria trabalhar as principais queixas apresentadas de forma a aumentar a sua qualidade de vida. Ao longo das 9 sessões foi estabelecida a relação terapêutica, com um aumento da confiança de forma acentuada.

A primeira consulta foi realizada pela orientadora de estágio, e o seguimento foi realizado pela estagiária. No início de cada sessão existia uma conversa para perceber como tinha sido o tempo entre cada sessão para dar espaço à paciente para que esta estivesse à vontade para falar sobre as suas inquietações e conquistas. Isto permitia saber mais sobre a paciente a cada sessão. Na primeira consulta a paciente apresentou-se ansiosa, mas disponível para as consultas psicológicas.

Nas consultas seguintes o acompanhado foi pormenorizado de forma a realizar uma recolha mnésica da paciente. A paciente demonstrou entrega, pontualidade e assiduidade. Durante a conversa sobre o tempo entre sessões era possível perceber determinadas características da paciente. As principais queixas recaiam sobre a relação conturbada que mantinha com o companheiro, assim como a sua relação familiar. As queixas apontadas pela médica fisiatra referentes a disfunção sexual, perturbação do desejo e alteração da autoimagem, foram passíveis de ser observadas quando falava principalmente sobre o atual companheiro, mas também era possível verificar que era algo já intrínseco decorrente das anteriores relações. Desta forma importava trabalhar estas questões de autoimagem, para aumentar o seu conceito de autoestima e autoimagem.

A intervenção mais eficaz para o diagnóstico de perturbação de ansiedade é a terapia cognitivo-comportamental. É focada no problema, desta forma tem como objetivo alterações nas cognições e nos comportamentos do indivíduo. A ideia central desta terapia é que as cognições influenciam e controlam as emoções e comportamentos dos indivíduos (Moura, *et al.* 2018). Utiliza a psicoeducação, identificação dos pensamentos automáticos e emoções, identificação das crenças centrais e intermediárias, reestruturação cognitiva, resolução de problemas e avaliação do processo (Oliveira, 2011).

Assim importava intervir com A. tendo por base a terapia cognitivo-comportamental. Depois de abordado o tema com a paciente foram utilizadas estratégias de *coping* para que a paciente tivesse bases para lidar com as críticas por parte daqueles que lhe eram mais próximos, e reforçar assim os conceitos nomeados anteriormente. Desta forma em todas as sessões eram reforçadas estas estratégias, de forma a aumentar a autoestima e autoconfiança de A. Era importante trabalhar também a dependência emocional que a paciente demonstrava para com a atual relação. Uma relação que, segundo A., a destruía de dia para dia e em que existia *insight* da paciente sobre isso, mas existia também muito dificuldade para terminar esta relação. Assim sendo em todas as sessões era trabalhado o “desapego” desta relação, com uma determinada tarefa que a paciente teria de cumprir. Esta questão só foi trabalhada porque a paciente queria terminar, mas não se sentia capaz de o fazer sem auxílio. Em todas as sessões existiam queixas sobre esta relação. Nas diferentes sessões apresentava humor diferenciado, no sentido em que por vezes vinha muito contente com as suas conquistas e outras vezes vinha com um humor mais depressivo, geralmente nestas semanas existiam recuos no processo de término da atual relação.

Foram propostas estratégias como realizar atividades que lhe iria trazer prazer. Com isto a paciente iniciou a prática de pilates, duas vezes por semana, e demonstrou ter tido uma diminuição da sintomatologia ansiosa devido à prática da atividade física. Passou a ir mais vezes à praia, sítio que lhe transmite paz e tranquilidade. Durante as sessões foram ensinados à paciente a técnica de relaxamento muscular progressivo e respiração diafragmática, com o objetivo de auxiliar na sintomatologia ansiosa.

O sono também foi uma questão trabalhada nas sessões pois a paciente não tinha uma boa higiene de sono. Desta forma foi transmitido à paciente estratégias para realizar uma boa

higiene de sono. Estas estratégias nem sempre eram aplicadas e a qualidade de sono não apresentava melhorias de sessão para sessão. A paciente limitava-se a tomar indutores naturais de sono.

No que diz respeito à relação com a mãe e a filha mais velha foram trabalhadas com a paciente estratégias para lidar com a situação familiar. Quando existia uma tentativa de aplicação, não existia uma boa resposta da outra parte, e a paciente acabava por não as voltar a aplicar. Isto devia-se à falta de autonomia sobre a sua vida. Para conhecer um pouco melhor a sua dinâmica familiar foi proposto que trouxesse uma das filhas ou a mãe à consulta. A paciente decidiu trazer a filha mais nova de 13 anos. Iniciamos a consulta com ambas, em que houve observação de uma relação satisfatória entre mãe e filha. Posteriormente foi possível conversar um pouco com ambas de forma individual. Com isto foi possível ter mais um relato sobre a situação familiar da paciente, assim como da sua relação, pois a paciente tinha por hábito partilhar com a mãe e filhas detalhes da relação. Este ponto também foi abordado em consulta.

Foi possível observar resultados positivos, como por exemplo, o avanço no processo de término da sua relação, ou seja, em todas as sessões a paciente demonstrava estar um pouco menos dependente emocionalmente desta relação. No que diz respeito às outras queixas apresentadas, foi possível observar uma diminuição dos níveis de ansiedade da paciente e aumento do seu conceito de autoestima e autoimagem.

Existem questões ainda a ser trabalhadas. Seria importante continuar a trabalhar o seu projeto de vida futuro, como formação e encaminhamento profissional, e promover a sua autonomia. A falta de controlo sobre a sua vida vem na sequência de não ter autonomia.

A paciente não deve ter alta das consultas de Psicologia neste momento, com isto devido ao término do estágio curricular a paciente continua o seu acompanhamento atualmente com a psicóloga responsável pela consulta externa do SMFR.

Reflexão do Caso de A.

A empatia demonstrada pela paciente foi marcante desde o primeiro contacto. Na primeira consulta revelou que já não recebia um abraço reconfortante há bastante tempo,

assim este tornou-se prática habitual e no fim de cada consulta existia sempre um abraço. Era notório o quanto aquele abraço era importante para A. Desta forma quando foi necessário selecionar um caso para descrever no relatório de imediato pensei em A.

Este caso foi de facto um desafio, mas foi muito gratificante. A. foi muito colaborante e empática em todo o processo, assim como também sempre se mostrou recetiva à mudança. Demonstrou gratidão em todas as sessões, quando se despedia de mim sempre com o abraço e um obrigado sentido.

No decorrer das sessões foi possível verificar que a relação terapêutica se intensificou e que A. tinha confiança para falar abertamente durante as sessões, foi bem percebido por A. que não existia julgamentos para com a informação partilhada.

A intervenção foi planeada com o objetivo de conseguir diminuir os níveis de *stress* e ansiedade da paciente, bem como aumentar a sua qualidade de vida. Ficaram por abordar algumas questões, nomeadamente, a possibilidade de A. voltar a estudar ou trabalhar.

A. irá continuar a ser acompanhada no SMFR para que possa continuar o trabalho realizado. Isto foi explicado à paciente para que esta se sentisse confortável com o processo de transição. A. reagiu de forma positiva.

Para mim enquanto estagiária foi muito gratificante poder ter tido contacto com A., pois em momento algum a paciente se mostrou resistente em ser acompanhada por mim, pelo contrário, na última sessão em que informei A. que não a acompanharia mais despediu-se de mim com um abraço forte, lágrimas nos olhos, e disse-me que iria sentir a falta das minhas consultas.

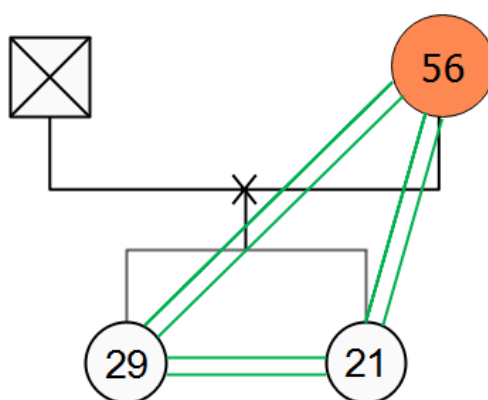
Caso Clínico M.

O caso de M. foi acompanhado no internamento do SMFR.

Dados de identificação

M. é do sexo feminino, tem 56 anos e é oficial de justiça. Tem habilitações literárias equivalentes ao 12º ano de escolaridade e dominância do lado direito. É viúva e tem duas filhas, de 29 e 21 anos.

Genograma de M.



Legenda:

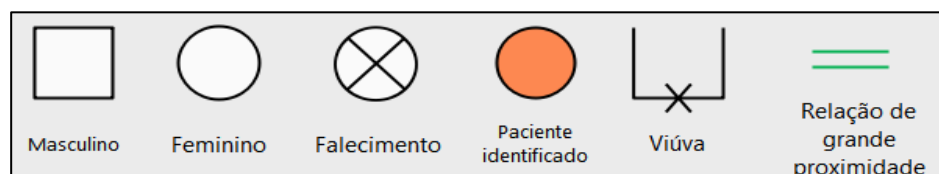


Figura 2. Genograma familiar de M.

História do problema

M. foi atropelada, com projeção numa passadeira. Deste atropelamento resultaram politraumatismos, nomeadamente, TCE grave com hemorragia, trauma facial e do joelho esquerdo. Foi de imediato transportada para o CH. Aquando da sua chegada foram realizados vários exames, nomeadamente, Tomografia computadorizada cerebral (TAC), TAC coluna cervical, e uma rápida avaliação cognitiva, utilizando o MOCA. M. permaneceu internada, durante dois dias, e foi ventilada e traquiostomizada. Encontrava-se desorientada no tempo, mas respondia e cumpria ordens simples, sem alterações da linguagem, e disartria ligeira. Foi inicialmente transferida para o Serviço de Ortopedia, e posteriormente para o Serviço de

Medicina Física e Reabilitação, onde se encontrou durante 30 dias a realizar um programa de reabilitação nos setores de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Neuropsicologia e treino de Atividades de Vida Diária (AVD) com a equipa de Enfermagem.

História clínica

M. tem historial de dislipidemia, diabetes tipo 2, não insulino-tratada, hipertensão arterial, perturbação depressiva e excesso de peso.

Motivo de Pedido

Devido ao TCE grave que sofreu aquando do atropelamento com projeção, M. foi encaminhada pelo seu médico fisiatra para realização de avaliação neuropsicológica.

Avaliação Neuropsicológica (rastreo)

A avaliação neuropsicológica de rastreio de M. foi realizada no consultório de neuropsicologia, durante a tarde. À data da avaliação M. encontrava-se com um discurso confuso, delirante e confabulatório. Deslocava-se em cadeira de rodas devido aos traumas físicos e apresentava um vestuário adequado ao contexto.

Inicialmente foram feitas perguntas sobre o agregado familiar, profissão, data de nascimento e motivo do internamento, perguntas às quais M. respondeu sem qualquer dificuldade.

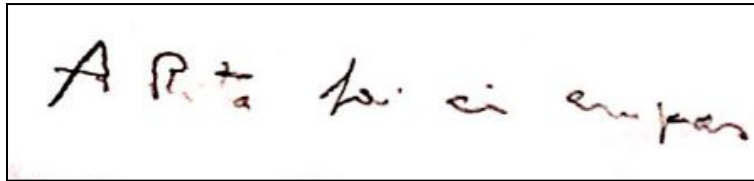
Posteriormente foram aplicados os instrumentos de avaliação e por fim foram realizadas algumas perguntas sobre os seus interesses ocupacionais com o objetivo de elaborar uma *checklist* de interesses, para que mais tarde as sessões de reabilitação pudessem ser elaboradas de encontro aos mesmos. Estes incluem jardinagem, agricultura, jogar às cartas e gosto por animais. Foi inicialmente realizada uma avaliação das capacidades cognitivas da pessoa com a Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* (ACE-R; Hodges, Mioshi, 2005/Versão

Portuguesa Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, Martins, 2008). Este instrumento permite realizar um rastreio cognitivo rápido, inclui itens do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e avalia cinco domínios do funcionamento neurocognitivo: atenção e orientação, memória, funções executivas, linguagem e capacidades visuo-espaciais. Permite avaliar o declínio cognitivo em patologias como doença de Alzheimer, demência frontotemporal, demência vascular, doença de Huntington, doença de Parkinson, afasia, acidentes vasculares cerebrais, entre outras. Pontuações mais elevadas refletem um melhor funcionamento cognitivo (Simões *et al.*, 2011). Foi também aplicada a TelPI. Este instrumento de avaliação resulta do *National Adult Reading Test* (NART: Nelson, 1982), e dos subsequentes instrumentos NART-a-like, para que fosse possível avaliar a população portuguesa. Contém apenas 46 palavras, que devem ser lidas em voz alta e permitem avaliar a inteligência pré-mórbida de indivíduos com 25 anos ou mais idade. Foi desenvolvido como uma medida útil para estimar a Inteligência Pré-mórbida. Pontuações mais elevadas refletem um melhor funcionamento cognitivo pré-mórbido (Alves *et al.*, 2013b; Alves *et al.*, 2015).

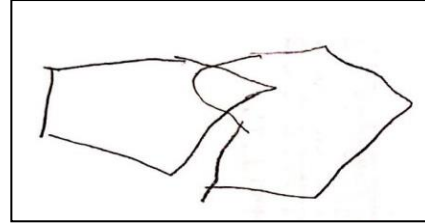
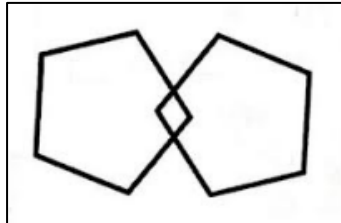
Interpretação dos resultados obtidos

No que diz respeito à interpretação dos resultados obtidos nos testes aplicados, na Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke*, a M. obteve uma pontuação de 22 pontos num total de 30 pontos no *Mini-Mental State Examination* (MMSE) que corresponde a um défice significativo nestes itens; e uma pontuação global de 57 pontos num total de 100 pontos, que corresponde também a um défice significativo. No que diz respeito aos subtestes desta avaliação obteve 12 pontos num total de 18 pontos para atenção e orientação; 13 pontos num total de 26 pontos para memória; 4 pontos num total de 14 pontos para fluência; 20 pontos num total de 26 pontos para a linguagem; e 8 pontos num total de 16 pontos para as capacidades visuo-espaciais. Estes resultados são sugestivos de um défice significativo em todos os subtestes.

Durante a aplicação da Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke*, no subteste de linguagem, a paciente teria de escrever uma frase com sujeito e verbo. A paciente escreveu a seguinte frase: “A Rita foi às compras”, assim sendo a pontuação deste subteste foi considerada válida.

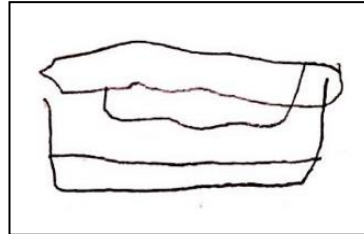
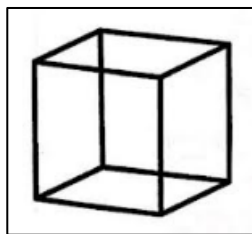


No subtete cópia de pentágonos, M. realizou a seguinte cópia:



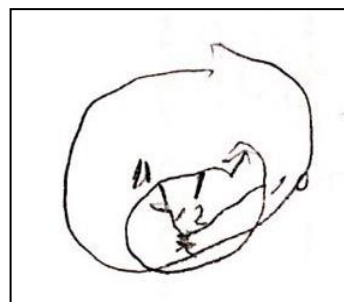
Assim a pontuação deste subtete não foi considerada válida, pois não foram desenhados os cinco lados da figura.

No subtete cópia dos cubos, M. realizou a seguinte cópia:



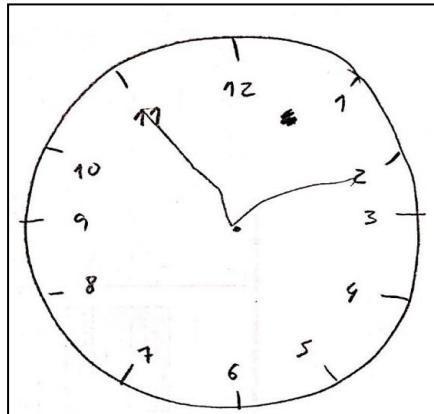
Assim a pontuação deste subtete não foi considerada válida.

No subtete desenho do relógio, é pedido à pessoa que desenhe um relógio, e que indique as 11:10H, M. realizou o seguinte desenho:



Assim a pontuação deste subtete não foi considerada válida.

Por fim foi desenhado um relógio e pedido à pessoa que indicasse as 11:10H, esta foi a representação da paciente:



Esta adaptação foi realizada com intuito qualitativo e permite-nos compreender que apesar das alterações visuoperceptivas e construtivas, com défice de planeamento e organização perceptiva, mantém abstração intacta.

Na TeLPI a paciente obteve um total de 107, 81 pontos que corresponde a uma boa Inteligência Pré-mórbida (IPM) estimada.

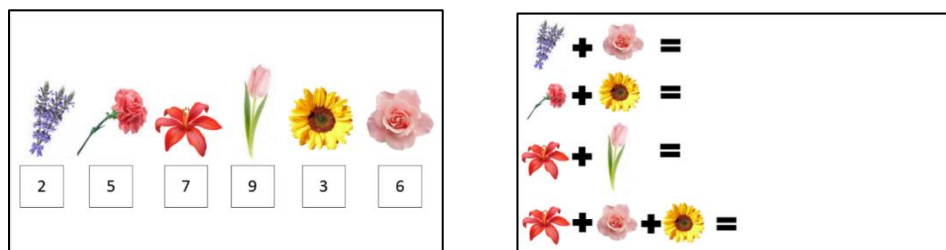
Descrição das sessões realizadas com a pessoa

As tarefas foram desenvolvidas para M. com base nos seus interesses pessoais. As sessões de reabilitação centraram-se em trabalhar as suas capacidades cognitivas, como memória, atenção, cálculo, linguagem, e funções executivas.

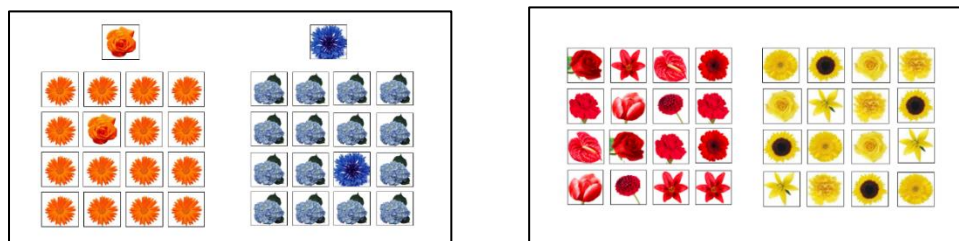
Para a primeira sessão de reabilitação com M. foram desenhadas 6 tarefas que visavam as funções de cálculo, atenção, memória e funções executivas. A primeira tarefa tinha como objetivo que M. identificasse o número respetivo a cada flor e realizasse as somas e subtrações segundo o código apresentado (atenção e cálculo). Na segunda tarefa o objetivo passava por que M. identificasse as flores diferentes (atenção e perceção), no caso das flores laranjas e azuis, e que identificasse as flores repetidas 3 vezes, no caso das flores vermelhas, e repetidas 4 vezes, no caso das flores amarelas (atenção). A terceira tarefa consistia em que M. completasse o labirinto, começando na flor branca e terminando na flor rosa (planeamento, resolução de problemas – funções executivas). Na quarta tarefa M. teria de completar o sudoku, com a flor correta (atenção). O objetivo da quinta tarefa passava por que M. somasse

o valor das flores dos ramos e identificasse o valor correto e seleccionasse de que forma procedia ao pagamento dos mesmos (cálculo aritmético e gestão monetária; para potenciar a validade ecológica desta tarefa utilizou-se material complementar que correspondia a moedas e notas impressas à escala real). Por fim na última tarefa M. teria de repetir a sequências de toques realizados (memória de trabalho visual).

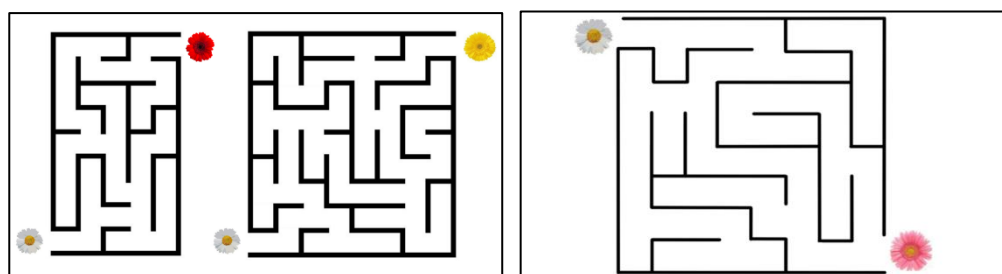
Exemplo da tarefa número 1:



Exemplo da tarefa número 2:



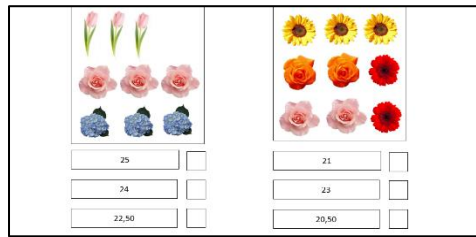
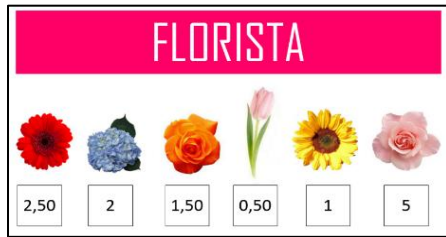
Exemplo da tarefa número 3:



Exemplo tarefa número 4:



Exemplo tarefa número 5:

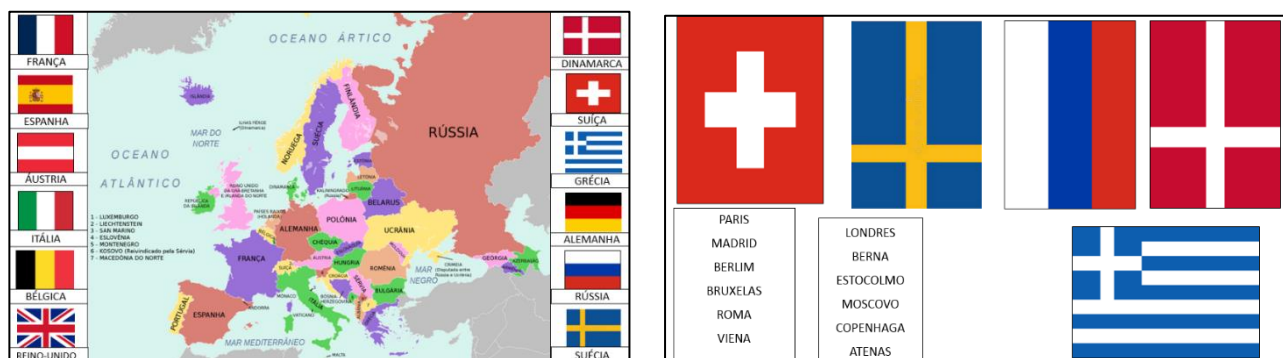


Exemplo tarefa número 6:



Para a segunda sessão de reabilitação com M. foi desenhada uma sessão sobre a “Europa”, com cartões com bandeiras de países europeus, em que nas costas desses cartões estariam as respetivas capitais. Para além desses cartões, foi apresentado um pequeno mapa da Europa, em que nas laterais constam os países dos cartões e os seus nomes. Com isto o objetivo da sessão seria, em primeiro lugar, pedir a M. que encontrasse no mapa os países referentes a cada bandeira (memória semântica, atenção seletiva); e depois deste exercício, pedir que guardasse na memória estes países pois posteriormente iria pedir que me indicasse qual a bandeira de cada país, sem a ajuda inicial (memória semântica, memória visual); por fim iria fazer o mesmo mas agora com as capitais, em primeiro lugar veríamos quais são as capitais dos países e depois sem ajudas, M. deveria indicar qual a capital do país (memória verbal). Por fim, um jogo de dominó, pois na sessão anterior M. referiu gostar muito de jogar e referiu estar um pouco zangada pois os parceiros de internamento com quem jogava não seguiam as "regras do jogo".

Exemplo da tarefa:



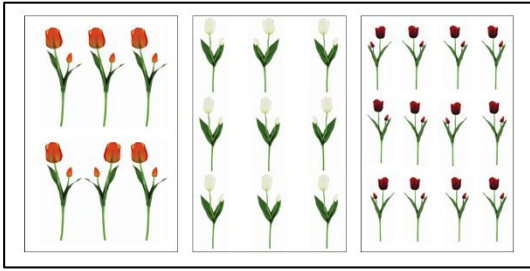
Reflexão do Caso de M.

Após os 30 dias de internamento, M. foi transferida para um centro de reabilitação de forma a continuar a sua recuperação. Desta forma não foi possível continuar a realizar sessões de reabilitação com a doente. Apesar disso foram desenhadas algumas sessões que poderiam ter sido realizadas com M. com o objetivo de continuar a desenvolver as capacidades cognitivas da doente.

Na primeira tarefa em cada quadrado existe uma flor com a posição diferente das restantes, o objetivo seria descobrir qual a flor que está ao contrário, com o objetivo de trabalhar as capacidades atencionais de M. Na segunda tarefa o objetivo passava por identificar as flores escondidas na imagem maior, as flores respetivas encontravam-se presentes para que o reconhecimento fosse mais facilitado (atenção seletiva e perceção). A terceira tarefa consistia em que M. identificasse o número respetivo a cada flor e realizasse as somas segundo o código apresentado (atenção e cálculo). Na quarta tarefa M. teria de juntar as sílabas para completar a palavra correta, nesta tarefa as sílabas encontram-se trocadas na sua ordem natural para que a tarefa seja mais desafiante (linguagem e planeamento– funções executivas). Na quinta tarefa o objetivo seria M. conseguir completar as palavras cruzadas de forma correta, com recurso a algumas letras (linguagem e planeamento– funções executivas). E na sexta tarefa pretendia-se que M. ligasse as flores às suas respetivas cores (atenção e planeamento, resolução de problemas– funções executivas).

Também o caso de M. foi muito gratificante. Foi uma experiência muito enriquecedora poder trabalhar com alguém numa fase aguda de doença e comparar duas áreas da Psicologia.

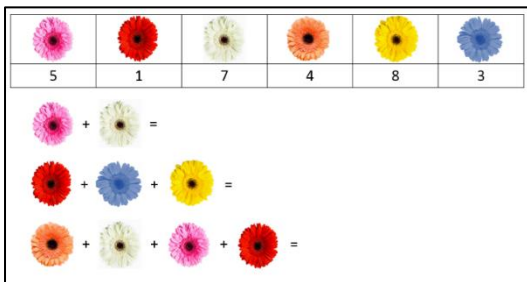
Exemplo da tarefa número 1:



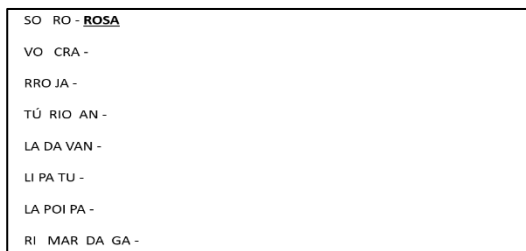
Exemplo da tarefa número 2:



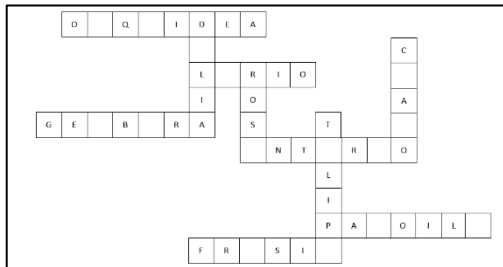
Exemplo da tarefa número 3:



Exemplo da tarefa número 4:



Exemplo da tarefa número 5:



Exemplo da tarefa número 6:



Reflexão final

A realização do presente documento determina o fim de 8 meses de um estágio curricular muito rico em conhecimentos. Certamente será marcante na minha modelagem como profissional. Ter realizado o meu estágio nesta instituição desperta em mim sentimentos de realização pessoal. Tive como professores profissionais exímios no exercício da Psicologia, e esses ensinamentos ficarão comigo enquanto psicóloga.

O estágio permite-nos colocar em prática a teoria que aprendemos na faculdade, e é fantástico para nós futuros psicólogos poder ter a liberdade de o fazer, sempre com o compromisso de zelar pela saúde mental dos nossos pacientes.

Considero que o tempo de observação foi fundamental para uma boa prática da Psicologia no futuro. Foi bastante enriquecedor e permite-nos adquirir muitas capacidades com uma melhor adaptação a todo o contexto. Foram meses de trabalho e dedicação, e principalmente de aprendizagem.

Com estágio foi possível ver de perto como a Psicologia pode atuar em diversas áreas, realço a Neuropsicologia, uma área que já me despertava interesse, mas com o decurso do estágio, esse interesse cresceu. Por outro lado, realço que com o estágio o meu interesse pela Psicologia Clínica também cresceu. Foi muito importante para mim poder contactar pela primeira vez com as pessoas e exercer funções, cuidar dos nossos pacientes. Desenvolvi e aperfeiçoei competências, e como seria de esperar surgiram alguns obstáculos pelo caminho, necessários e que me permitiram adquirir ferramentas para os superar.

Em conclusão, considero que o estágio foi muito importante para o meu percurso académico, foi o fim de cinco árduos anos de estudo. Anos que me irão conduzir a uma carreira que tanto sonhei. Trabalhar com profissionais excelentes permitiu sentir-me livre e mais confiante no meu trabalho. Ver a evolução das pessoas e sentir, e ouvir as expressões de gratidão das pessoas tornou, sem quaisquer dúvidas, tudo ainda melhor. Superei as minhas expectativas e estou muito grata por esta experiência fantástica que foi o meu estágio curricular.

Referências Bibliográficas

Alves, L., Simões, M.R., Martins, C., Freitas, S., & Santana, I. (2013). TeLPI Performance in subjects with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease: A validation study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 27(4), 324-329. doi: 10.1097/WAD.0b013e31827bdc8c

American Educational Research Association, American Psychological Association, American Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing* (3rd ed.). https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/standards_2014edition.pdf

Arango, J. (2012). Traumatic brain injury in Spanish-speaking individuals: Research findings and clinical implications. *Brain Injury*, 26: 801-804. DOI:10.3109/02699052.2012.655368

Archer, R. P., Wheeler, E. M A., & Vauter, R. A. (2016). Empirically supported forensic assessment. *Clinical Psychology Science and Practice*, 23(4), 348-364. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12171>

Blyth, B., & Bazarian, J. (2010). Traumatic Alterations in Consciousness: Traumatic Brain Injury. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 28(3): 571-594. Doi:10.1016/j.emc.2010.03.003.

Casullo, M. M. (2009). La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contextos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 27(1), 9-28. <https://www.aidep.org/sites/default/files/articulos/R07/R077.pdf>

Centro Hospitalar (2022). Obtido de <https://xxx>

Centro Hospitalar (2022). Medicina Física e Reabilitação. Obtido de <https://xxx>

Centro Hospitalar (2022). UAG Psiquiatria e Saúde Mental. Obtido de <https://xxx>

Centro Hospitalar (2022). Psiquiatria. Obtido de <https://xxx>

Cicerone, K.D. (2012). Facts, theories, values: Shaping the course of neurorehabilitation. The 60th John Stanley Coulter memorial lecture. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93(2), 188-191. doi:10.1016/j.apmr.2011.12.003

Clare, L., Woods, R. T., Cook, E. D., Orrell, M. & Spector, A. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. Chrocane Database Systematic Review, 4. Art.No.: CD003260. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.

Clare, L. & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. Neuropsychological Rehabilitation, 14 (4), 385-401.

Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2018). Psychological testing and assessment: An Utilização de Testes dos 0 aos 7 anos 92 Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · Nº60 · Vol.3 · 81-94 · 2021 introduction to tests and measurement (9th ed.). McGraw-Hill Education.

De Luca, R., Calabrò, R. S. & Placido, B. (2016). Cognitive Rehabilitationn after severe acquired brain injury: current evidence and future directions. Neuropsychological Rehabilitation, 28(6), 879-898.

Gillespie, D., Bowen, A., Chung, C., Cockburn, J., Knapp, P., & Pollock, A. (2015). Rehabilitation for post-stroke cognitive impairment: an overview of recommendations arising from systematic reviews of current evidence. *Clinical Rehabilitation*, 29(2) 120–128. DOI: 10.1177/0269215514538982.

Hwang, F., Cheng, H., Chien, D., Yu, W., & Lin, M. (2015). Risk Factors for Traumatic Brain Injuries During Falls in Older Persons. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 30(6):E9–E17. DOI:10.1097/HTR.0000000000000093

International Test Commission. (2013). International guidelines for test use. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_use.pdf

International Test Commission. (2017). The ITC guidelines for translating and adapting tests (2nd ed.). https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf

King, N. S., & Tyerman, A. (2010). Neuropsychology presentation and treatment of traumatic brain injury. In J. M. Gurd, U. Kiscka, & J. C. Marshall (Eds.), *The Handbook of Clinical Neuropsychology* (pp. 541-559). New York: Oxford University Press.

Kolb, B., & Gibb, R. (2010). Principles of neuroplasticity and behavior. In D. Stuss, G. Winocur, & I. Robertson (Eds.), *Cognitive neurorehabilitation: Evidence and application* (pp.6-21). New York, Cambridge University Press.

Konrad, C., Geburek, A., Rist, F., Blumenroth, H., Fischer, B., Husstedt, I., ...Lohmann, H. (2011). Long-term cognitive and emotional consequences of mild traumatic brain injury, *Psychological Medicine*, 41(6):1197–1211. DOI:10.1017/S0033291710001728

Kuo, C., Liou, T., Chang, K., Chi, W., Escorpizo, R., Yen, C., ... Tsai, J. (2015). Functioning and disability analysis of patients with traumatic brain injury and spinal cord injury by using the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2(4): 4116–4127. DOI:10.3390/ijerph120404116

Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica FAEMA*, 9(1), 423. <https://doi.org/10.31072/rcf.v9i1.557>

Nelson, H. E. (1982). *National Adult Reading Test: Test Manual*. Upton Park, England: NFER-Windsor.

Nordvik, J. E., Walle, K. M., Nyberg, C. K., Fjell, A. M., Walhovd, K. B., Westlye, L. T., & Tornas, S. (2014). Bridging the gap between clinical neuroscience and cognitive rehabilitation: The role of cognitive training, models of neuroplasticity and advanced neuroimaging in future brain injury rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 34, 81-85.

Oliveira, M. I. S. de. (2011). Cognitive-behavior Intervention in Anxiety Disorder: Case Account. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20110006>

Olmos, J., Cebollero, M., & Ferré, E. (2015). Neuropsychological rehabilitation and quality of life: A meta-analysis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6; 11-18. DOI:10.1016/S2171-2069(15)70002-5

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). O Perfil dos Psicólogos da Saúde. Lisboa.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). Conselho Consultivo para a Acreditação de Testes e Provas Psicológicas. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/comissoes/comissao/index/conselho-consultivo-paraa-acreditacao-de-testes-e-provas-psicologicasda-opp>

Organização Mundial de Saúde. (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>.

Parsons, T. (2015). Ecological validity in virtual reality-based neuropsychological assessment. 214-223. doi: 10.4018/978-1-4666-5888-2.ch095

Prieto, G., & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. Papeles del Psicólogo, 77, 65-75.

Reis, M. S.A. (2013). Ensaios de Psicologia Hospitalar/ Susana Alamy. 3. ed. Belo Horizonte: Ed. Do autor.

Ribeiro, E. G. et al. (2020). Saúde Mental e o Enfrentamento das Famílias Enlutadas no Período de Pandemia da COVID-19. Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva, Faculdade São Paulo – FSP.

Rohling, M., Beverly, B., Faust, M.E., & Demakis, G. (2009). Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: a meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005) - Systematic reviews. Neuropsychology, 23 (1), 20- 39.

Silva, C. S. R. et al. (2017). Os Desafios que os Psicólogos Hospitalares Encontram ao longo de sua Atuação. UNIFACS.

Simões, M. R., Firmino, H., Sousa, L., & Pinho, M. S. (2011). Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R): Estudos de validação no Declínio Cognitivo Ligeiro e Doença de Alzheimer [Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R): Validation Studies in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease]. Coimbra: II Jornadas Internacionais do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC): “Novos olhares sobre a mente”.

Spitz, G., Ponsford, J., Rudzki, D., & Maller, J. (2012). Association between cognitive performance and functional outcome following traumatic brain injury: a longitudinal multilevel examination. *Neuropsychology*, 26(5): 604–612. DOI:10.1037/a0029239

Teasdale G, & Jennett B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 2(7872):81-84. DOI: 10.1016/S0140-6736(74)91639-0

Valério, F. D. R. (2018). *ESTUDO DA APLICAÇÃO DE UMA PLATAFORMA ON-LINE DE REABILITAÇÃO NEUROCOGNITIVA NAS FUNÇÕES EXECUTIVAS*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Universidade de Lisboa. Lisboa. 119.

van Heugten, C., Gregório, G. W., & Wade, D. (2012). Evidence-based cognitive rehabilitation after acquired brain injury: A systematic review of content of treatment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(5), 653-673. doi:10.1080/09602011.2012.680891

Wilson, B.A. (1991). Theory, assessment and treatment in neuropsychological rehabilitation.

Neuropsychology, 5, 281-291.

Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., & Bateman, A. (2013). Neuropsychological rehabilitation:

theory, models, therapy and outcome. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Zieman, G., Bridwell, A., & Cárdenas, J. (2016). Traumatic Brain Injury in Domestic Violence

Victims: A Retrospective Study at the Barrow Neurological Institute. *Journal Of*

Neurotrauma. 33:1–5. DOI:10.1089/neu.2016.4579

Zuardi, A. W. (2017). Basic features of generalized anxiety disorder. *Medicina (Ribeirão Preto)*,

50(supl.1), 51–55. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p51-55>

ANEXOS

Índice de Anexos

Anexo A- Apresentações realizadas no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Ansiedade no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Anexo B- Folhetos informativos sobre as apresentações realizadas no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Ansiedade no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Anexo C- Apresentações realizadas no âmbito do Grupo de Psicoeducação sobre a Reabilitação Cardíaca no Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Anexo D- Tarefas de reabilitação cognitiva realizadas no decurso do estágio curricular no internamento do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Anexo E- Tarefas de papel e lápis de reabilitação cognitiva realizadas no decurso do estágio curricular no internamento do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Anexo A

Apresentações realizadas no âmbito do Grupo de
Psicoeducação sobre a Ansiedade no Serviço de
Psiquiatria e Saúde Mental

Relaxamento Imagético



RELAXAMENTO

O Relaxamento consiste num estado de consciência, livre de tensões, do ponto de vista físico e de pensamentos considerados stressantes para o indivíduo, do ponto de vista psicológico.



RELAXAMENTO

O Relaxamento foca em três grandes objetivos:

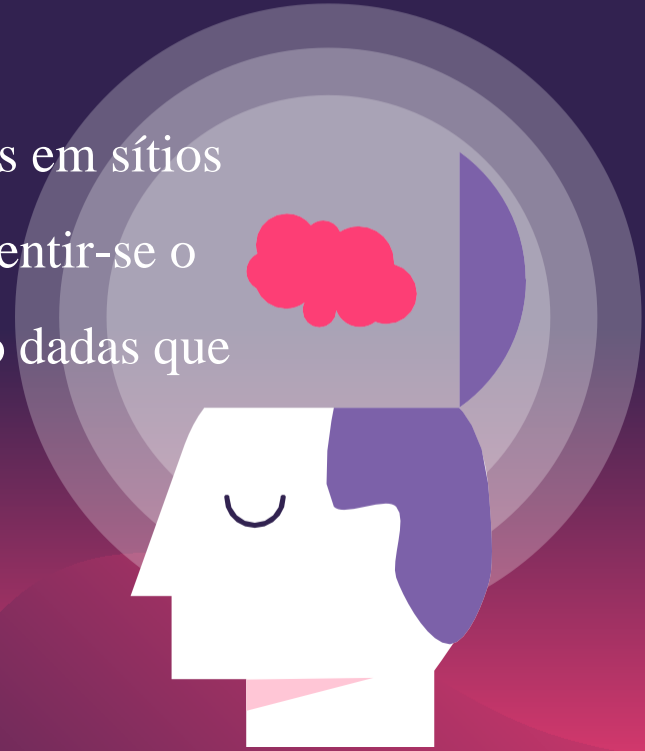
- Prevenção;
- Tratamento;
- Promoção de estratégias de *coping*.



RELAXAMENTO

De uma forma geral, as sessões são realizadas em sítios calmos e acolhedores, os indivíduos devem sentir-se o mais confortáveis possíveis, as instruções são dadas que maneira pausada.

O fim da sessão deve ser gradual.



RELAXAMENTO

Trabalho de casa:

Importa que esta prática seja treinada em casa, para que se possa tornar eficaz.



IMAGÉTICA

Antes de mais importa perceber o sentido da palavra imagético ou imagética.

É um adjetivo que se define como algo que se exprime através de imagens, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa.



IMAGÉTICA

A imagética é um termo utilizado para descrever estratégias, recorrendo à imaginação, ou seja, à capacidade dos indivíduos de criarem cenários hipotéticos e ações futuras, que podem ser utilizadas para auxiliarem os indivíduos na criação de estratégias com uma determinada finalidade.



IMAGÉTICA

Esta relaciona-se com a visualização mental, ensaio mental ou prática mental, uma vez que, diz respeito ao “*processo de criar ou recriar experiências mentalmente*”.

Pode ser utilizada a imaginação, narração de histórias, exploração de fantasias e jogos, interpretação de sonhos, desenho e imaginação ativa.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

O principal objetivo do relaxamento imagético passa por auxiliar os indivíduos em conseguir criar estratégias para atingir um estado de tranquilidade e conforto psicológico e fisiológico, com o relaxamento muscular e com imagens positivas.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

Para este processo recorre-se às emoções dos indivíduos e aos órgãos dos sentidos, como a visão, audição, olfato, paladar e tato.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

- **Autoconceito e autoconhecimento;**
- **Concentração;**
- **Motivação e Confiança;**
- **Gestão das emoções;**
- **Resolução de problemas.**



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

- Perturbações do humor;
- Depressão;
- *Stress*;
- Ansiedade;
- Dificuldades no trabalho;
- Problemas na relação;
- Também pode ser utilizada para diminuir o desconforto em determinados procedimentos médicos.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

De uma forma geral, as sessões iniciam-se com a prática das técnicas de relaxamento, nomeadamente respiração diafragmática ou também relaxamento muscular progressivo.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

Assim o indivíduo encontra-se mais relaxado para poder imaginar, ou pensar numa imagem que lhe transmita tranquilidade.

O relaxamento permite que o indivíduo encontre a calma interior, relaxamento mental, assim como também, um estado de calma, relaxamento físico.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

É possível verificar que o relaxamento imagético beneficia de técnicas como a respiração diafragmática ou o relaxamento muscular progressivo de modo a ajudar o indivíduo a manter a atenção, o que conduz à redução do *stress* e ansiedade.



RELAXAMENTO IMAGÉTICO

Objetivo final:

Provocar mudanças
positivas



FIM





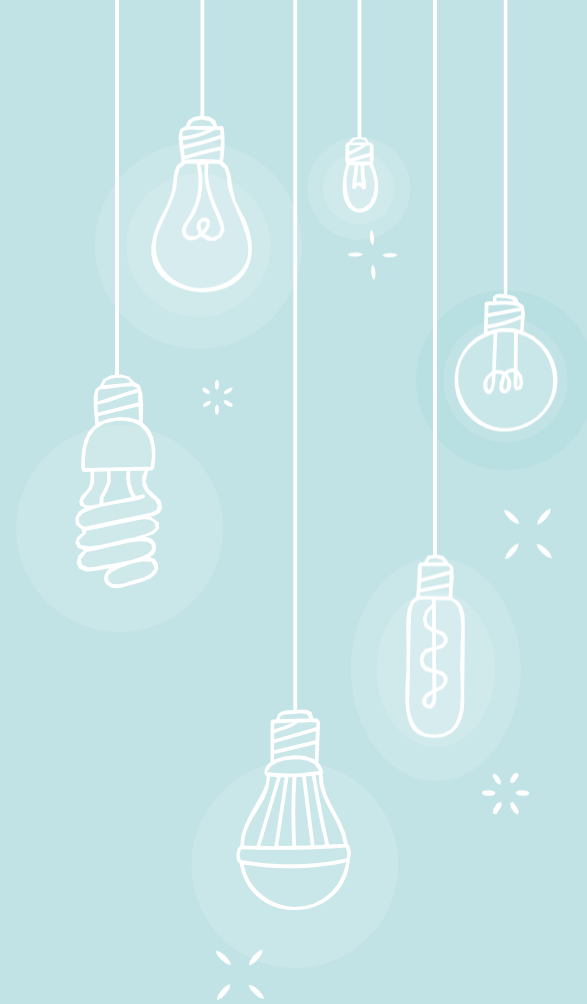
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

1 O QUE É A COMUNICAÇÃO?



O QUE É A COMUNICAÇÃO?

- A palavra “*comunicação*” deriva do latim *comunicare* e tem como significado “*pôr em comum*”, “*entrar em relação com...*”.
- Comunicar é fundamental para o ser humano, e é através desta que existe troca de vivências e de sentimentos com os seus semelhantes.



O QUE É A COMUNICAÇÃO?

- O Homem é um ser social que vive em sociedade, ou seja, partilha opiniões comportamentos e experiências.
- *“O processo comunicativo consiste na passagem da esfera individual à esfera colectiva”.*



O QUE É A COMUNICAÇÃO?

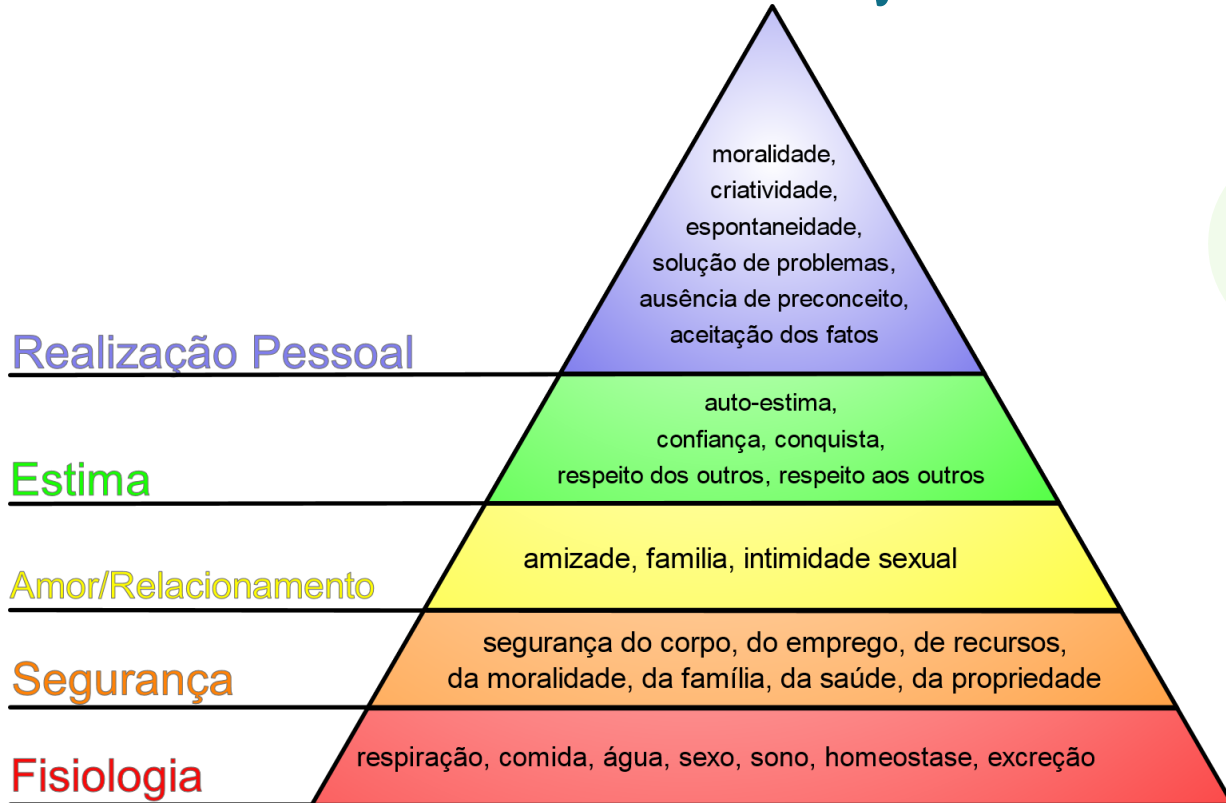
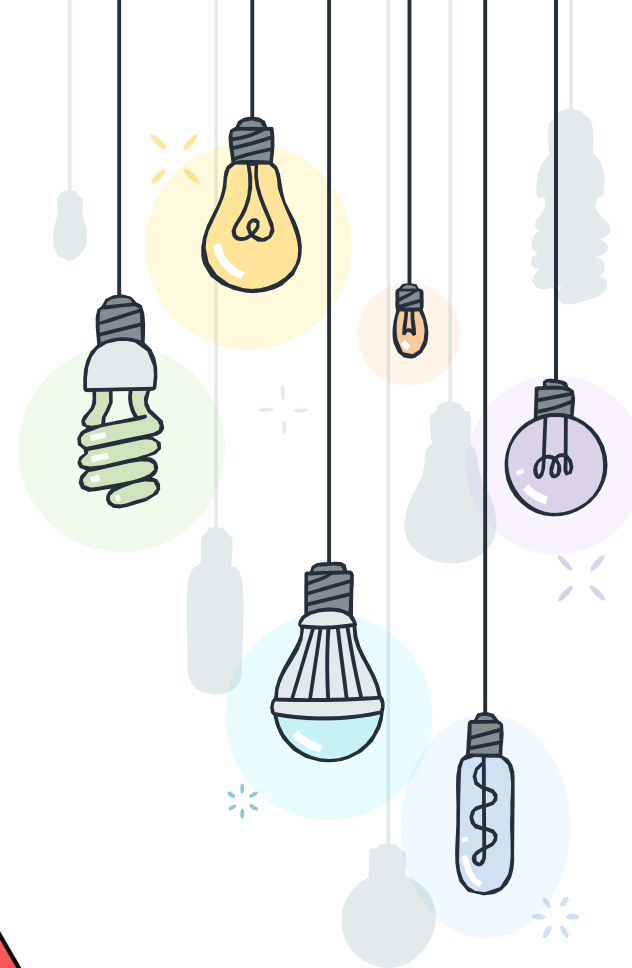


Figura 1- Pirâmide de Necessidades de Maslow



O QUE É A COMUNICAÇÃO?

- De acordo com Abraham Maslow, as pessoas precisam de ter as suas necessidades satisfeitas para alcançarem o bem estar.
- Ao longo dos tempos estas necessidades foram evoluindo.
- Inicialmente, o homem satisfazia as suas necessidades através da comunicação, no que diz respeito aos dias que correm a comunicação satisfaz apenas as necessidades do topo da pirâmide (afeto, estima e autorrealização).



O QUE É A COMUNICAÇÃO?

- Para comunicarem entre si as pessoas utilizam sinais verbais e não verbais.
- Importa salientar que a comunicação varia de cultura para cultura, uma vez que, cada grupo cultural tem as suas necessidades.



2

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

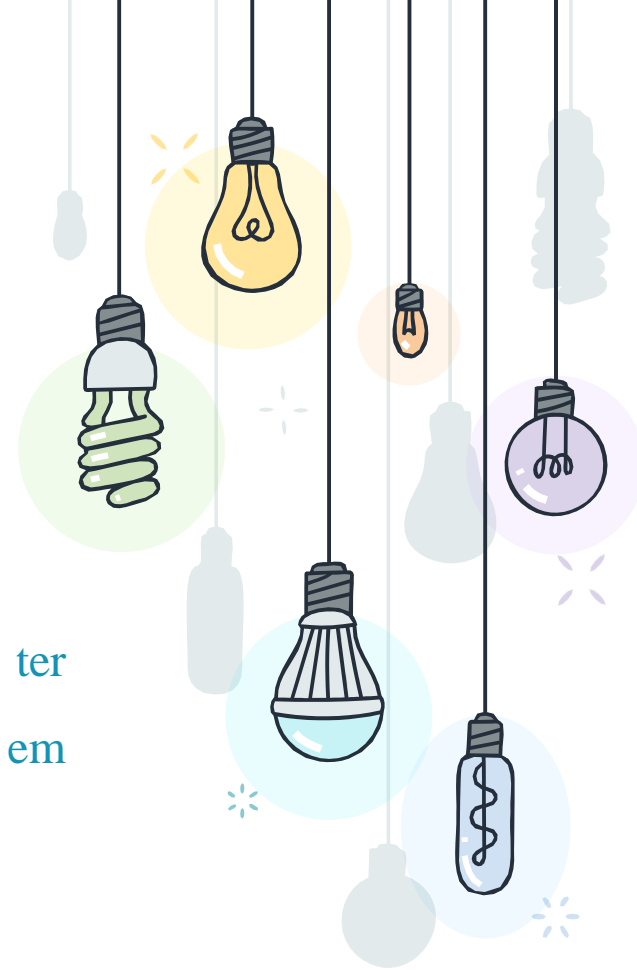
- Emissor;
- Receptor;
- Mensagem;
- Código;
- Canal.



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

Emissor

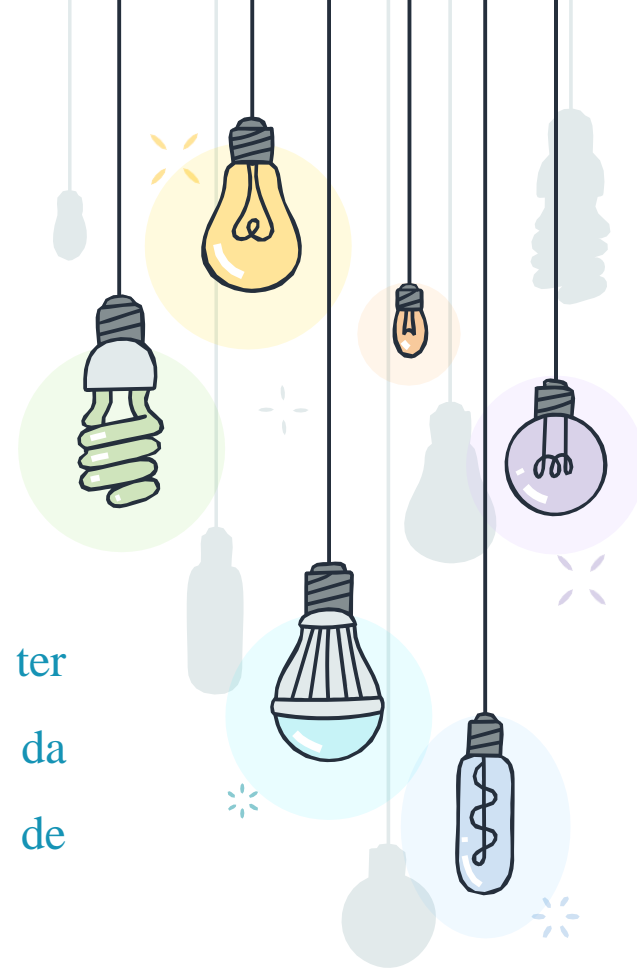
Saber ouvir, ser sincero, em cumprir promessas, em ter conhecimentos sobre comunicação, em procurar *feedback*, e em ter uma atitude positiva.



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

RECEPTOR

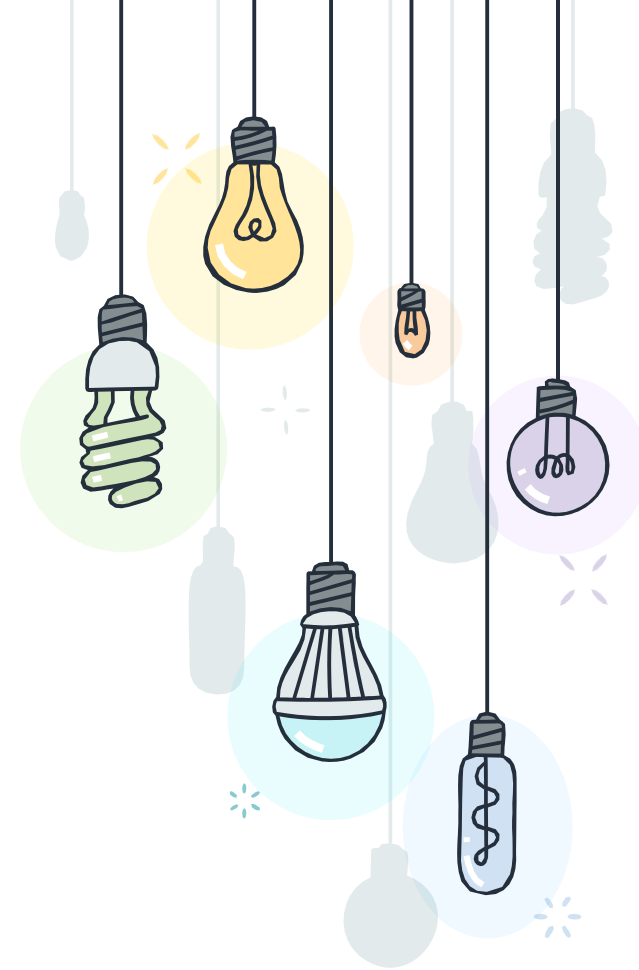
Consiste em compreender o código, conhecer o canal, ter percepção do emissor, ter percepção da adequação da mensagem às necessidades e confiar no processo de comunicação.



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

MENSAGEM

Informação que irá ser transmitida.



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

código

Sentido, adequação do significado pretendido,
linguagem apropriada e adequação à situação.



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

CANAL

Seleção do canal adequado à situação.



3

MECANISMOS DE “FEEDBACK OU RETROACÇÃO”



MECANISMOS DE “FEEDBACK OU RETROACÇÃO”

- Chamamos *feedback ou processo de retroacção* à resposta do receptor perante a comunicação do emissor.
- Este é o mais importante processo comunicativo, uma vez que permite ao emissor verificar a mudança provocada pela sua mensagem no recetor.
- Desta forma “*quanto maior o feedback mais eficaz será o processo comunicacional.*”
- *O processo de feedback é, desta forma, essencial na comunicação bilateral ou interpessoal dependendo dele a continuidade ou não dessa mesma comunicação”.*

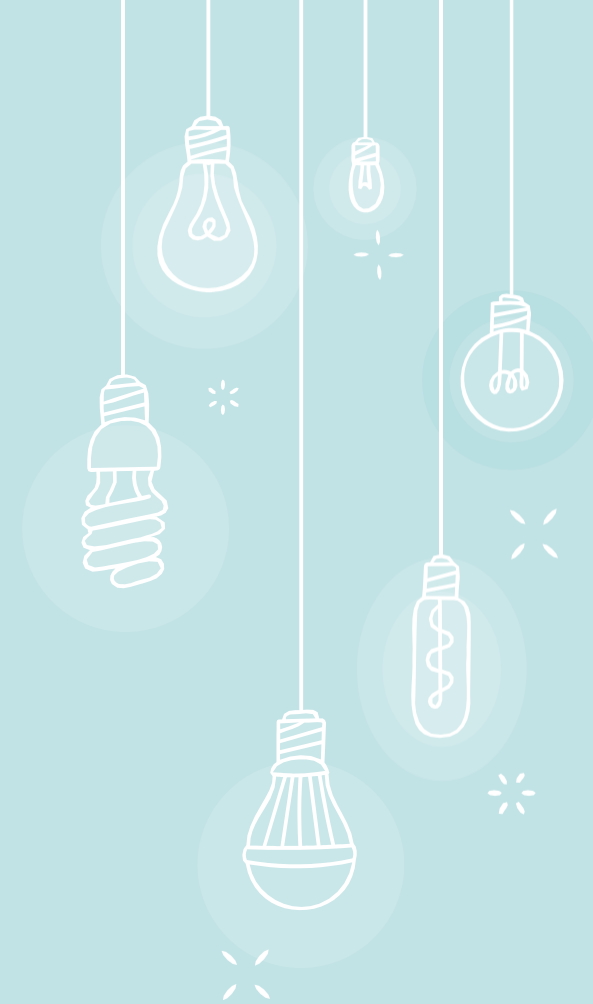


4 MODELOS DE COMUNICAÇÃO



MODELOS DE COMUNICAÇÃO

1. **Modelo pré-clássico**
2. **Modelo mecanicista (Shannon e Weaver)**
3. **Modelo de Berlo**
4. **Modelo de Lasswell**



MODELOS DE COMUNICAÇÃO

Modelo pré-clássico



Figura 2 – Modelo de Aristóteles.

Fonte: Caetano e Rasquilha, *Gestão e Planejamento de Comunicação*, 2007, p.39.



MODELOS DE COMUNICAÇÃO

Modelo mecanicista (Shannon e Weaver)

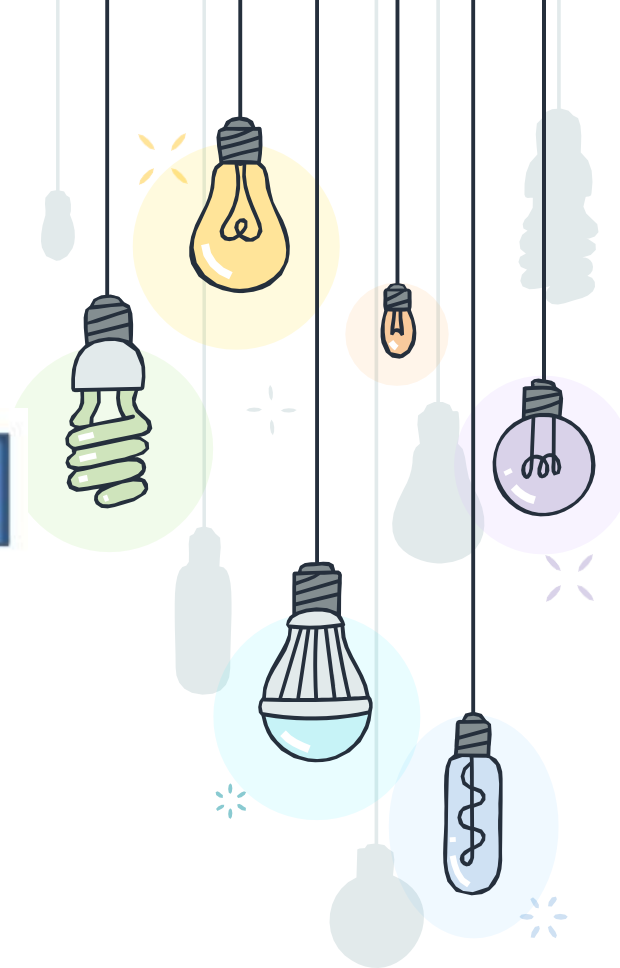


Figura 3 – Modelo Mecanicista de Shannon e Weaver

Fonte: Caetano e Rasquilha, *Gestão e Planeamento de Comunicação*, 2007, p.39.

MODELOS DE COMUNICAÇÃO

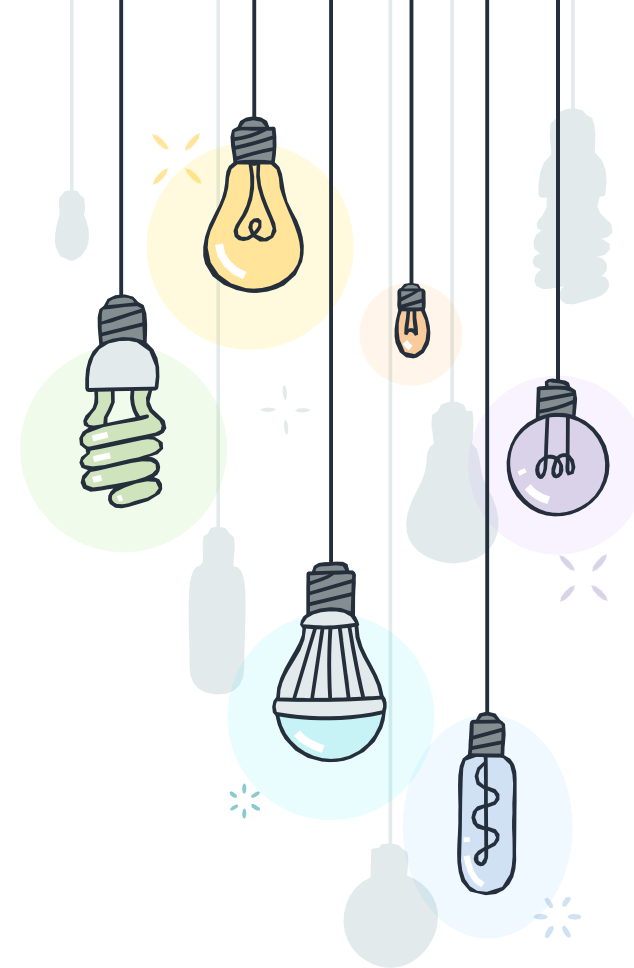
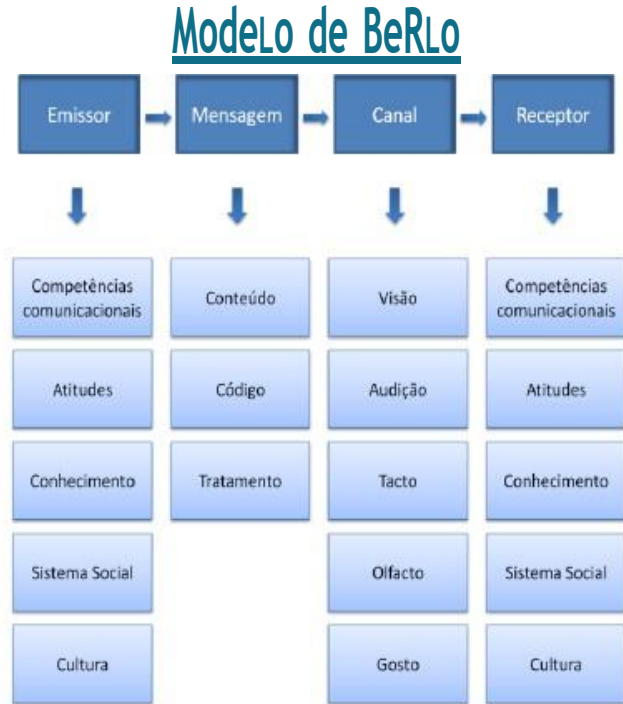


Figura 4 – Modelo de Berlo

Fonte: Caetano e Rasquilha, Gestão e Planeamento de Comunicação, 2007, p.44.

MODELOS DE COMUNICAÇÃO

Modelo de Lasswell

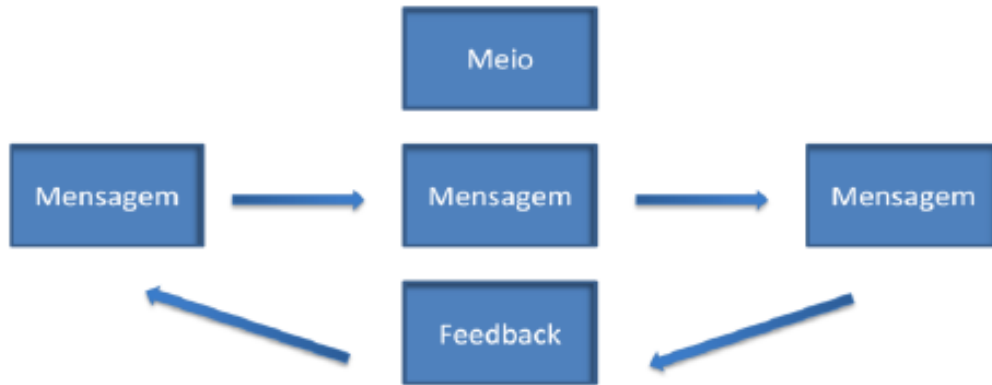
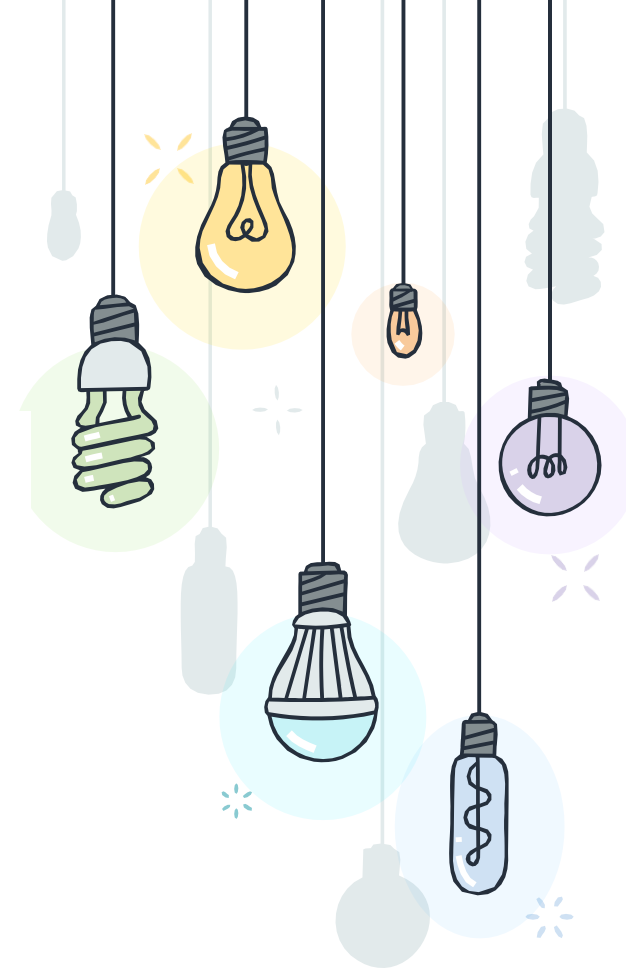


Figura 5 – Modelo de Lasswell

Fonte: Caetano e Rasquilha, *Gestão e Planejamento de Comunicação*, 2007, p.54.



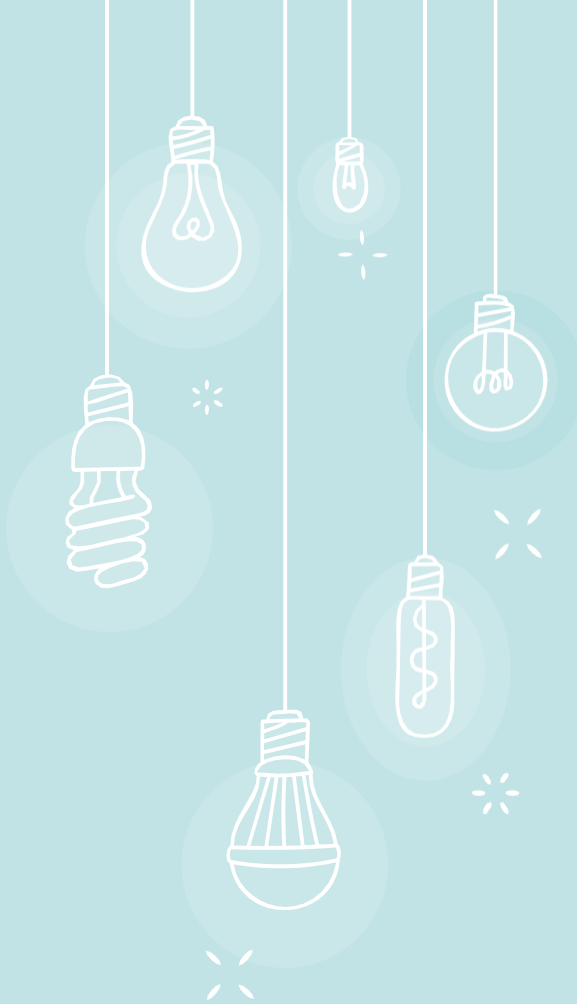
5

PROCESSOS COMUNICACIONAIS



PROCESSOS COMUNICACIONAIS

- A comunicação pode ser unilateral ou bilateral e de uma forma geral é caracterizada como elo entre povos.
- Assim podemos afirmar que através da comunicação os indivíduos organizam e edificam sistemas sociais, esses sistemas sociais organizam e sistematizam a forma como cada indivíduo se comunica com o seu semelhante e o conhecimento das características de um determinado grupo social e cultural possibilita ao indivíduo prever comportamentos.



A IMPORTÂNCIA DA 6 COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS



A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- *“Quando duas pessoas interagem, põem-se no lugar da outra, procuram perceber o mundo como a outra o percebe, tentam predizer como a outra responderá. A interacção envolve a adopção de papéis, o emprego mútuo das capacidades empáticas. O objectivo da interacção é a fusão da pessoa e do outro, a total capacidade de antecipar, de predizer e comportar-se de acordo com as necessidades conjuntas da pessoa e do outro” (Berlo, citado por Fachada, 2010, p.73).*



A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Para que possam existir interações saudáveis é fundamental existir o lado emocional do indivíduo, uma vez que o indivíduo necessita de estabelecer relações sociais.
- De acordo com a psicologia social, a psicologia comportamental, a psicologia clínica, a biologia cognitiva e as neurociências, de uma forma geral, afirmam que os relacionamentos interpessoais são fundamentais na vida do indivíduo.





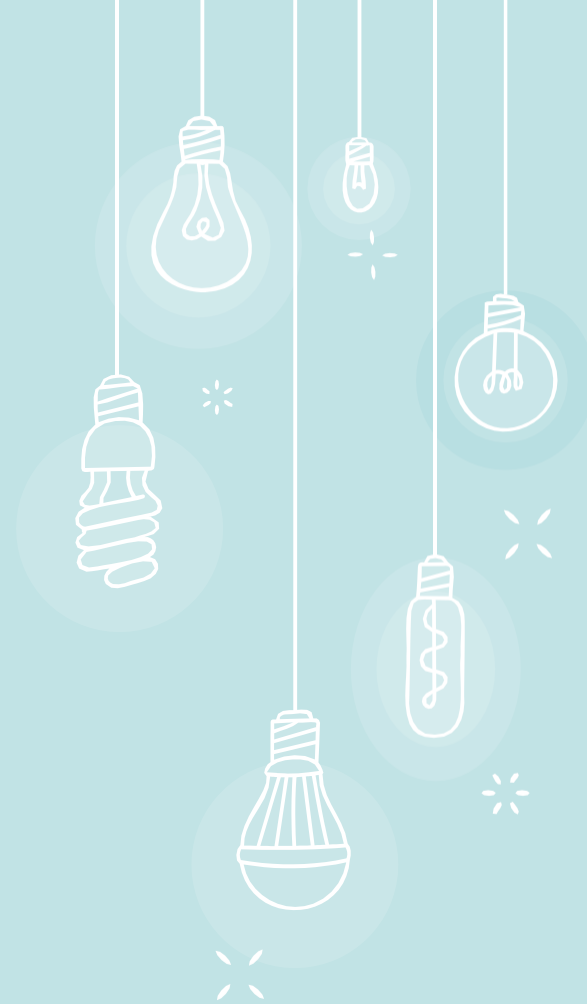
Atualmente o elemento humano é tido em atenção em diversos contextos, nomeadamente, no contexto laboral. As grandes empresas deparam-se com um cenário em que os resultados são mais satisfatórios quando se dá ênfase ao facto humano, do que quando se dá ênfase à autoridade e obediência. Posto isto, o trabalho é considerado como parte da construção social do indivíduo e da sua auto-estima, sendo assim o *“o homem é um todo composto pelo seu lado afetivo e pelo seu lado psicológico (Coelho, s.d.)”*.

“ *Aqueles que Passam Por Nós,
Não vão sós, Não nos deixam
sós. Deixam um Pouco de si,
Levam um Pouco de Nós.*

Antoine de Saint-Exupéry



OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO!





ASSERTIVIDADE

2022





01



**ESTILOS DE COMUNICAÇÃO: A DIFERENÇA
ENTRE COMUNICAÇÃO AGRESSIVA,
PASSIVA-AGRESSIVA, PASSIVA E
ASSERTIVA**





01. ESTILOS DE COMUNICAÇÃO: A DIFERENÇA ENTRE COMUNICAÇÃO AGRESSIVA, PASSIVA-AGRESSIVA, PASSIVA E ASSERTIVA



A comunicação é fundamental para a interação humana, e desta forma podemos destacar quatro tipos de comunicação:

- a assertiva;
- a passiva;
- a passiva-agressiva;
- agressiva.





01. ESTILOS DE COMUNICAÇÃO: COMUNICAÇÃO ASSERTIVA



Pessoas que têm tendência para defender os seus direitos pessoais, de forma a nunca invadir o espaço do outro.

São abertas, honestas e assumem responsabilidade.

Existe tendência para estabelecerem relações satisfatórias.



01. ESTILOS DE COMUNICAÇÃO: COMUNICAÇÃO PASSIVA



Comunicação não assertiva.

Este tipo de comunicação caracteriza pessoas que procuram constantemente a aprovação dos outros.

De uma forma geral, não demonstram os seus sentimentos e emoções reais.





01 . ESTILOS DE COMUNICAÇÃO: COMUNICAÇÃO PASSIVA-AGRESSIVA (MANIPULATIVO)



Pessoas consideradas desleais, manipuladoras, críticas e sarcásticas.

Defendem os seus direitos de forma passiva.

É comum deixarem os outros tomarem decisões por eles e posteriormente questionam essas decisões.

Níveis de confiança muito baixos.





01. ESTILOS DE COMUNICAÇÃO: COMUNICAÇÃO AGRESSIVA

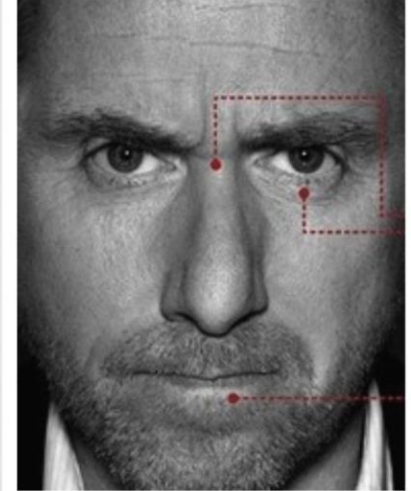
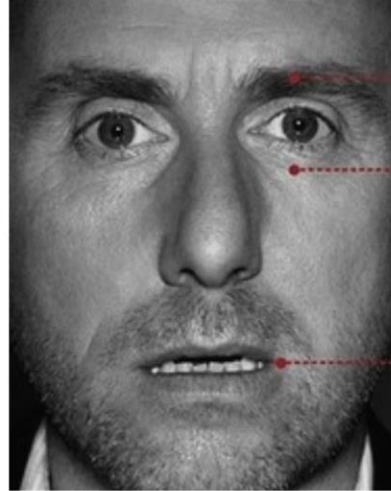
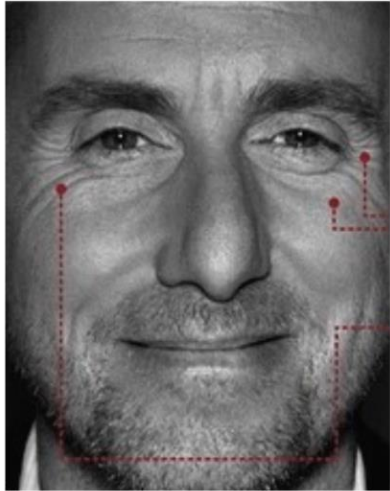
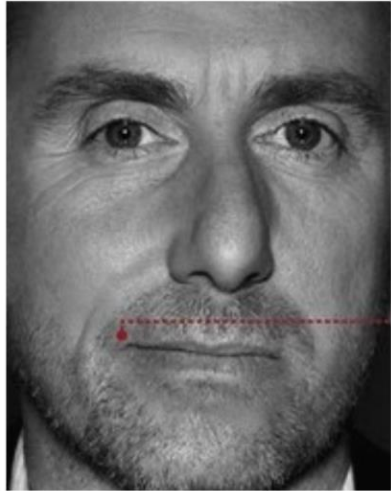


Pessoas que defendem os seus direitos, invadindo o espaço do outro.

É comum manifestarem superioridade sobre o outro, serem pessoas frias e por vezes sem emoções (o que irá prejudicar as relações interpessoais).



01. ESTILOS DE COMUNICAÇÃO: A DIFERENÇA ENTRE COMUNICAÇÃO AGRESSIVA, PASSIVA-AGRESSIVA, PASSIVA E ASSERTIVA





02

ASSERTIVIDADE





02. ASSERTIVIDADE



- A Assertividade pode ser caracterizada por *“uma atitude de consideração, respeito e defesa de si mesmo e do outro; expressar pensamentos, ideias, e sentimentos, de forma clara e autêntica, aceitando-os como parte representativa de si mesmo e da forma como vê o mundo”* (p.11).
- Assim para ser assertivo implica utilizar estratégias verbais e comportamentais, nomeadamente, estabelecer contacto visual intermitente, manter uma postura assertiva, manter uma distância considerável, gesticular e controlar a sonoridade da voz e fluência do discurso.





02. ASSERTIVIDADE



- Com isto verificamos que a para se ser assertivo envolve quatro dimensões, nomeadamente, a ter assertividade negativa (defesa de direitos), estabelecer os seus limites, ter iniciativa, e ter assertividade positiva (saber elogiar).
- Foi em 1971 que Lazarus definiu a assertividade como a aptidão em recusar e fazer pedidos, favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum.





02. ASSERTIVIDADE



- Posteriormente Lange e Jakubwski (1976) definiram a assertividade como a defesa dos direitos pessoais e expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de forma direta, honesta e apropriada, de forma a respeitar o outro.
- É uma competência que o indivíduo aprende durante o seu percurso de vida e não um traço de personalidade.





02. ASSERTIVIDADE



- Fatores como a punição, reforço, modelagem, falta de oportunidades, padrões culturais e crenças pessoais influenciam a assertividade do indivíduo.
- Com isto verifica-se que a assertividade se manifesta em três níveis, o comportamental, o cognitivo e o afetivo/emocional.





03

FUNÇÃO DA ASSERTIVIDADE



03. FUNÇÃO DA ASSERTIVIDADE



- A assertividade pode ser caracterizada como a base das relações interpessoais, saudáveis, equilibradas, cooperativas, produtivas, constantes e verdadeiras nos diversos contextos: quer seja no domínio profissional, social ou familiar.
- Reforça a interação social, relações sociais e integra o indivíduo nos grupos.
- Indivíduos com uma boa capacidade assertiva são mais autónomos, confiantes, perseverantes e experienciam mais emoções positivas.





04

TREINO ASSERTIVO



04. TREINO ASSERTIVO



- Através de exercícios será possível treinar a nossa capacidade em ser mais ou menos assertivos.
- O treino cognitivo tem como principal objetivo modificar a maneira como o indivíduo se vê, aumentar a sua capacidade de afirmação, auxiliá-lo a aprender a expressar-se de forma adequada, e aumentar a sua autoconfiança.





04. TREINO ASSERTIVO



- Assim como o treino de capacidades assertivas passam por: tentar ajudar a pessoa a perceber quando o seu espaço está a ser invadido, auxiliar as pessoas a reconhecer o direito do outro, ter confiança para se expressar abertamente, ajudar a pessoa a não aceitar pedidos, e ajudar também a aprender a fazer pedidos, ensinar as pessoas a evitar conflitos desnecessários e ajudar a pessoa a desenvolver a sua eficácia.





05

TIPOS DE RESPOSTA ASSERTIVA



05. TIPOS DE RESPOSTA ASSERTIVA

TIPO DE RESPOSTA ASSERTIVA BÁSICA E ESCALONADA.





05. TIPOS DE RESPOSTA ASSERTIVA

Na básica recorreremos a defesa pessoal, crenças, sentimentos e opiniões
(ex: “*Desculpe, eu gostava de acabar de lhe explicar...*”).



05. TIPOS DE RESPOSTA ASSERTIVA

O tipo de resposta escalonada é utilizada no caso de a resposta básica não funcionar, assim é necessário aumentar o grau de assertividade, de forma gradual.

Nível 1- “Lamento, não tenho possibilidade de alterar a hora do tratamento de amanhã.”;

Nível 2- “Como já lhe expliquei, não me será possível alterar o seu tratamento para outra hora.”;

Nível 3- “Peço-lhe que não insista! Já lhe disse duas vezes, não consigo alterar a minha agenda de amanhã!”.



05. TIPOS DE RESPOSTA ASSERTIVA

Situações em que existe agressividade ou persistência da parte do interlocutor é possível utilizar as seguintes técnicas:

- Técnica de Ignorar (ignorar o comentário agressivo ou insultuoso);
 - Nevoeiro (aceitar uma crítica negativa);
 - Disco riscado (repetição).





06





Fonte: Legas Aprendizagem e Educação Corporativa

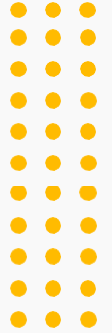




Importa por fim concluir que a assertividade não faz com que não haja conflitos entre duas pessoas.

Mas desta forma ambas comunicam de forma assertiva e é mais provável que reconheçam ambos os pontos de vista, ou simplesmente, mantêm a sua posição, as respeitam a posição do outro.





OBRIGADA PELA
VOSSA
ATENÇÃO!



Anexo B

Folhetos informativos realizados no âmbito do
Grupo de Psicoeducação sobre a Ansiedade no
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

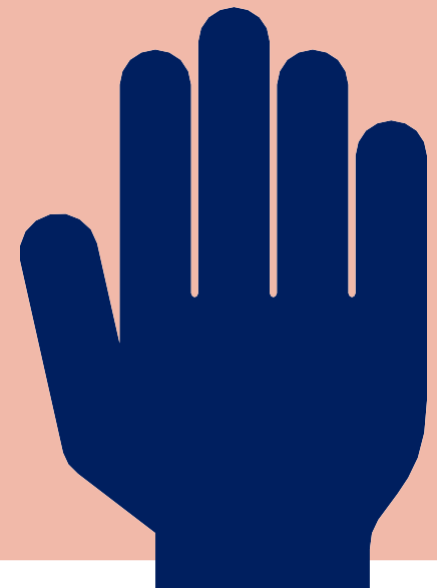
FRASES PARA DIZER “NÃO”

- Não, obrigado!
- Eu agradeço, mas não poderei ajudar.
- Não posso me comprometer neste momento.
- Neste momento dedico os meus fins de semana à família.
- Não vou me comprometer com algo que eu posso vir a não conseguir cumprir.
- Não me encontro preparado neste momento para assumir determinado compromisso.



2022

SABER DIZER
NÃO



PORQUE É TÃO IMPORTANTE DIZER “NÃO”?

- Conduz a uma pressão constante pela perfeição.
- Mas, é muito importante o “Não” em sociedade.
- Porque é importante que a pessoa seja assertiva e que consiga contrapor ideias, sem se anular.
- O facto de dizer sempre sim conduz a comportamentos abusivos por parte de terceiros, tanto a nível pessoal como laboral.

“Hoje em dia, a sociedade está a cair muito num comportamento que procura muito a desejabilidade social. Preocupamo-nos cada vez mais com os comportamentos politicamente corretos e temos medo de falhar perante os outros. Por vezes, preocupamo-nos mais em agradar a terceiros do que em sermos fiéis às nossas próprias ideias. E acabamos por viver neste terror de dizer que não”.

Lígia Ferreira Gomes

DICAS PARA DIZER “NÃO”

- Olhe nos olhos.
- Seja cordial.
- Não minta.
- Seja rápido e simples.
- Explique porquê.
- Não se comprometa.
- Seja coerente.
- Não tenha vergonha.
- Treine.



ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A NOSSA AUTO-ESTIMA:

Ser capaz de descrever o que está

a sentir.

Aceitar as suas emoções.

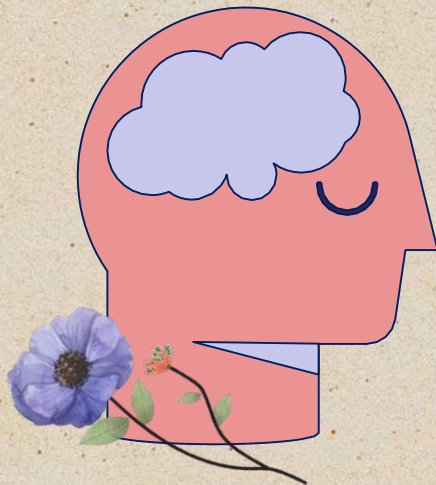
Conseguir perdoar-se.

Desenvolvimento da “*fala interior*”.

Perceber qual a origem das
nossas emoções e sentimentos
negativos.

Perceber quais os nossos pontos
fortes.

2022



AUTO-ESTIMA



O conceito de auto-estima diz respeito a todas as nossas ideias, opiniões e sentimentos sobre nós, ou seja, uma avaliação que pode ser positiva ou negativa.

Resulta do somatório de auto-confiança e auto-respeito.

É a capacidade de entender e resolver os problemas diários.

Esta permite-nos ser quem somos, ou seja, defender as nossas ideias, valores e fazer escolhas.

Como a auto-estima é considerada um produto do indivíduo, esta pode ser treinada, ou seja, devemos treinar a nossa maneira de pensar.

“Está associada à possibilidade da pessoa de se sentir-se livre, de sentir-se amada, de tomar iniciativas e de apresentar criatividade”.

Jeffrey Young, define o conceito de auto-eficácia, como a capacidade que o indivíduo tem para acreditar que se realizar uma determinada tarefa vai ser bem sucedido.

De acordo com Potreck-Rose e G. Jacob. (2006), a auto-estima tem como base quatro conceitos.

A auto-aceitação, a auto-confiança, as competências sociais do indivíduo e a forma como este estabelece relações sociais.

Com isto a auto-aceitação e a auto-confiança representam a dimensão intrapessoal do conceito de auto-estima, enquanto os outros dois dizem respeito à dimensão interpessoal.

Esta técnica permite uma melhoria no desempenho dos indivíduos, uma vez que aumenta significativamente o foco e a concentração de quem está a meditar, e diminui a distração.

De acordo com estudos na neurociência a meditação é responsável pelo desenvolvimento de determinadas áreas do nosso cérebro.

Aumenta a velocidade de processamento da informação, melhora a memória, estimula a criatividade e a capacidade de resolução de problemas.

2022



M
I
N
D
F
U
L
N
E
S
S

O **mindfulness** pode também ser denominado de atenção plena.

É uma das técnicas de meditação e tem como filosofia “*viver plenamente cada momento presente de forma consciente e sem qualquer autojulgamento*”.

É baseada no princípio de atenção focalizada na respiração.

Posteriormente esta atenção focaliza-se em pensamentos, sentimentos e sensações.

Com isto, esta técnica promove um maior desenvolvimento das capacidades do indivíduo.

O **mindfulness** tem benefícios físicos e emocionais para os indivíduos, nomeadamente, torna o **pensamento mais positivo, diminui o stress e ansiedade, reforça a memória, potencializa o foco, aumenta os níveis de ponderação do indivíduo, promove a flexibilidade cognitiva, fortalece as relações e atua como mecanismo de proteção no organismo, pois diminui a tensão arterial e os níveis de açúcar no sangue.**



Para que esta técnica seja eficaz, o segredo será a disciplina e dedicação.

Algumas das estratégias

utilizadas são:

A escolha do lugar.

Delimitar um tempo.

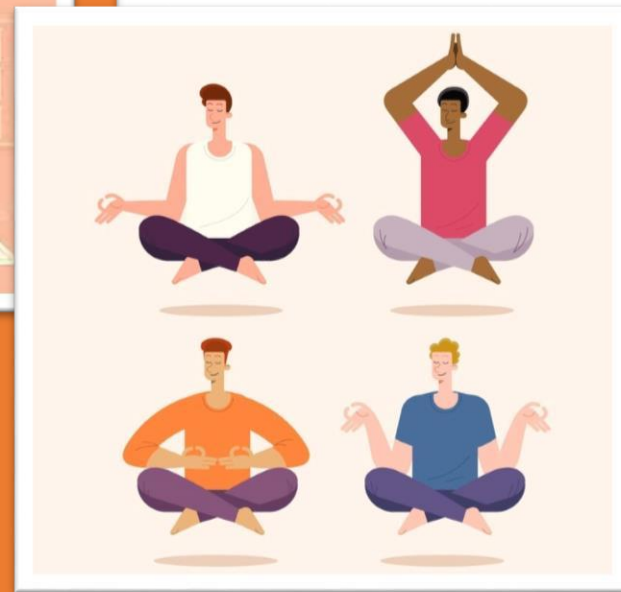
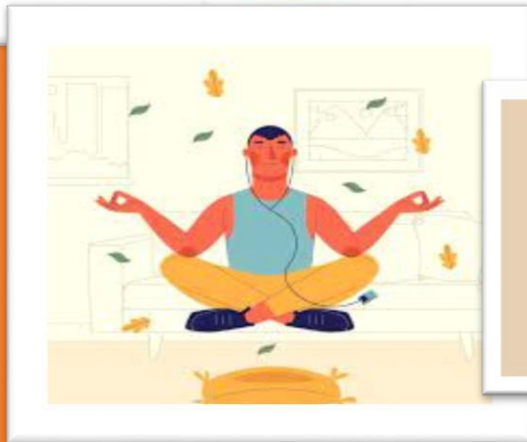
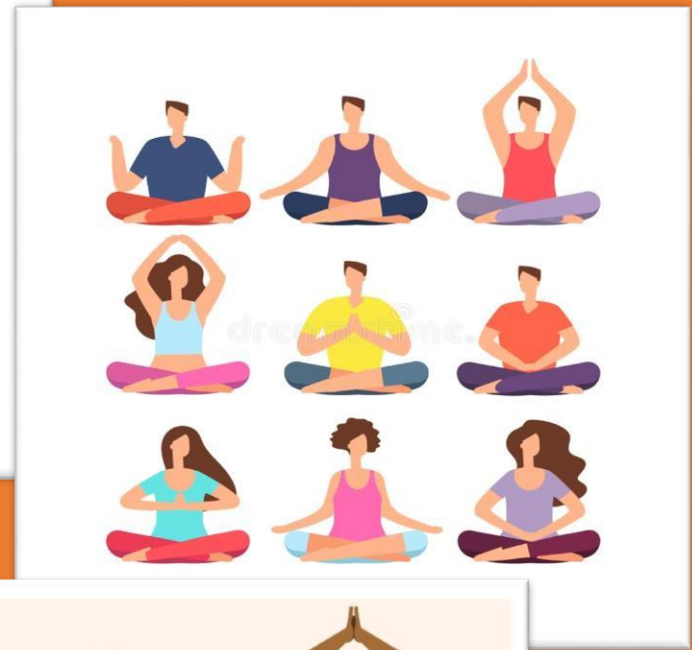
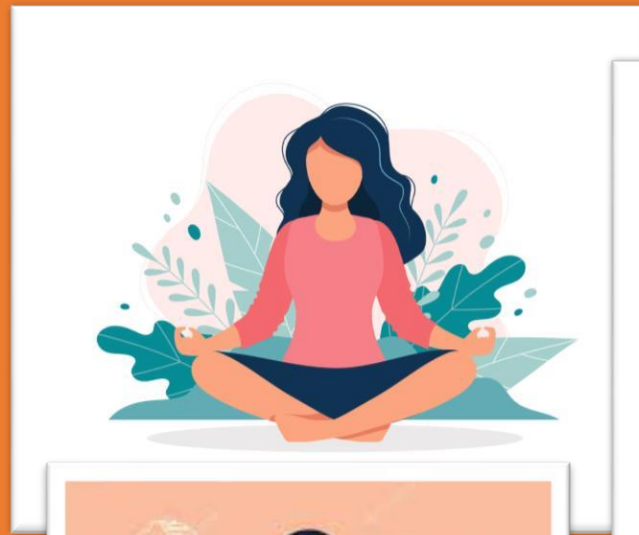
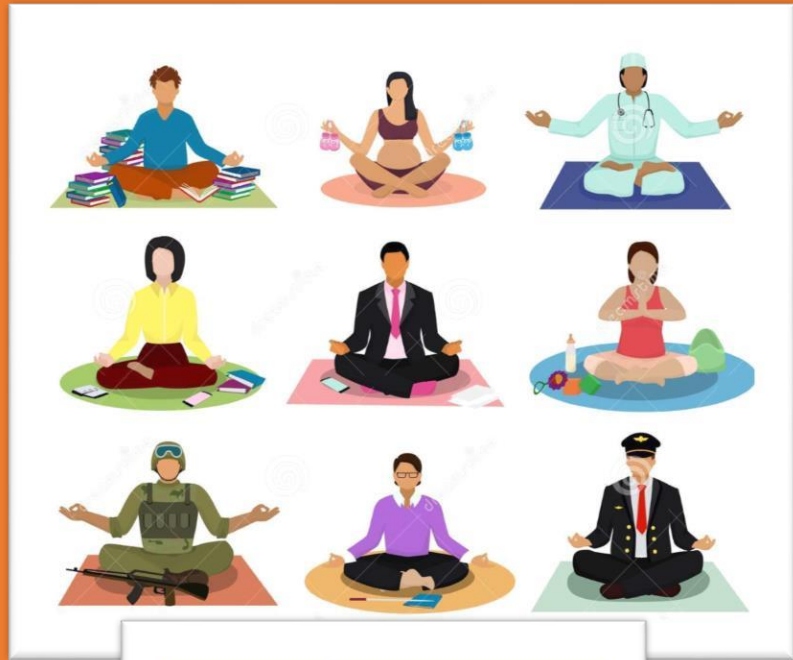
Posição confortável.

Sentir a respiração.

Deixar a mente fluir.

Anexo C

Apresentações realizadas no âmbito do Grupo de
Psicoeducação sobre a Reabilitação Cardíaca no
Serviço de Medicina Física e Reabilitação



Benefícios da meditação para o coração





MINDFULNESS



- ***Mindfulness-Based Stress Reduction*** (MBSR – Programa de Redução de *Stress* Baseado no *Mindfulness*) (Kabat-Zinn)



- ***Mindfulness-Based Cognitive Therapy*** (MBCT – Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness*)



Benefícios da Meditação

- Melhora o humor negativo e sintomas de depressão;
- Melhora a fadiga;
- Relaxa os músculos;
- Melhora os perfis lipídicos;
- Diminui a mortalidade CV;
- Melhora a hipertensão, a diabetes mellitus tipo 2, a dislipidemia e os altos níveis de cortisol.

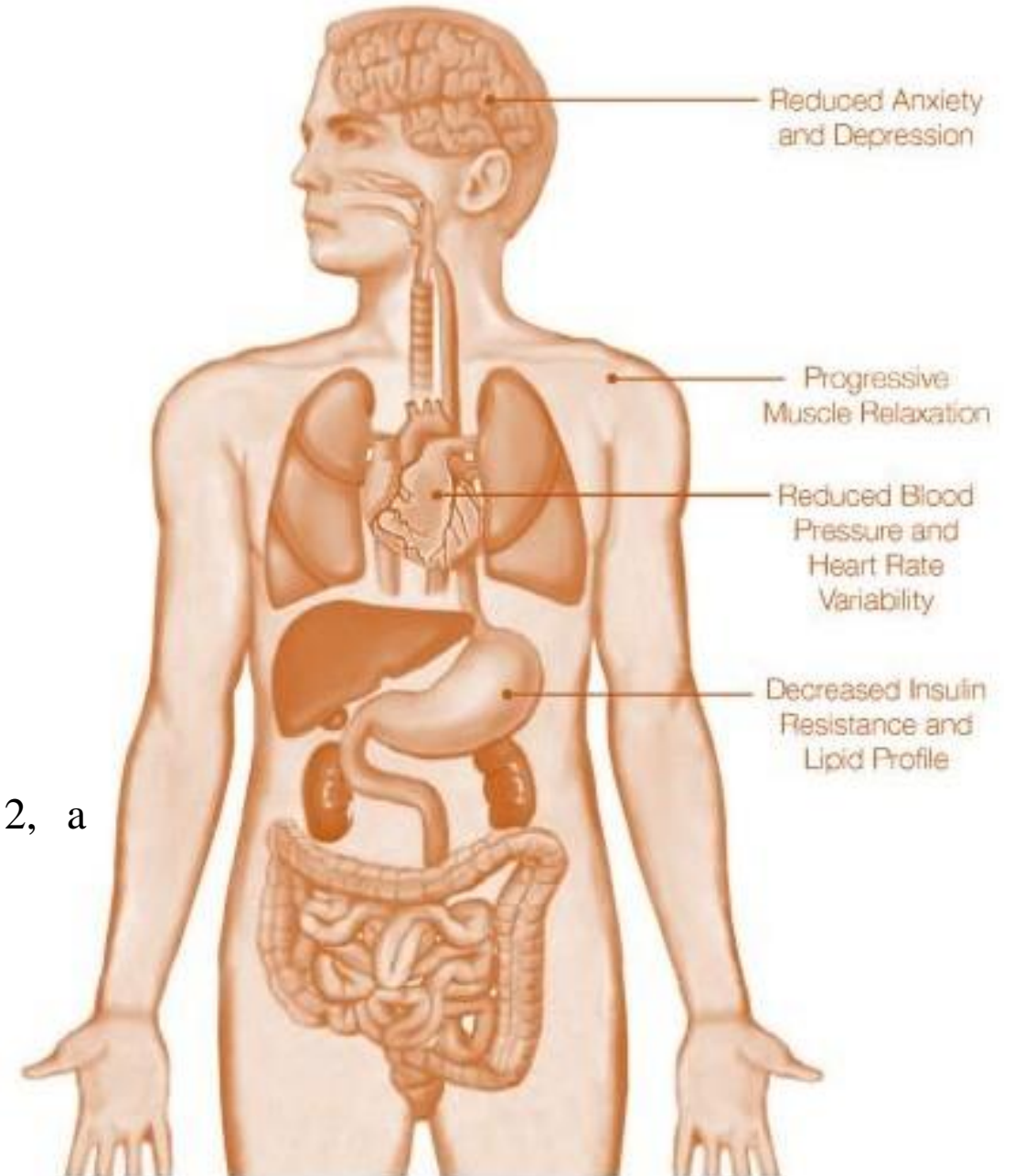


Figure. The effects of meditation on the body.

Benefícios da Meditação

A meditação tem potencial de ajudar a diminuir as doenças cardiovasculares.

Através de estudos realizados nos últimos anos, foi possível concluir que existe uma relação entre o risco psicológico, como o risco de ansiedade, depressão e hostilidade, e a doença cardíaca.

Apesar de não existirem evidências para a depressão, existem evidências de que a ansiedade e a hostilidade têm um forte impacto na saúde de indivíduos com doenças do coração.



Benefícios da Meditação

Isto pode dever-se a fatores comportamentais e fisiopatológicos.

O risco de doenças cardiovasculares aumenta, quando associado a ansiedade, depressão ou hostilidade existe um consumo de álcool, tabaco e uma dieta pobre em nutrientes.

Através de um estudo foi possível também verificar que a meditação influencia a função plaquetária, aumentando a reatividade plaquetária e liberação de produtos plaquetários, como por exemplo, plaquetas fator 4 e b-tromboglobulina.



Benefícios da Meditação

Reduz a atividade simpática, diminui os níveis de cortisol, atuando na glândula supra-renal pituitária do hipotálamo e reduz a atividade comportamental negativa.

O que por sua vez diminui a mortalidade de indivíduos com patologias cardiovasculares.

A meditação é benéfica, pois atua sobre os fatores de risco psicológico, o que faz com que diminua o risco de doença cardiovascular.



Benefícios da Meditação



Com isto, podemos concluir que a meditação é bastante benéfica para a saúde do coração, uma vez que ativa o sistema parassimpático, fazendo com que o organismo relaxe e produza menos cortisol, o que por sua vez faz com que diminua os níveis de ansiedade do indivíduo.

Assim, o indivíduo fica mais relaxado, menos ativado, o que será benéfico para a saúde do seu coração.



BENEFÍCIOS CEREBRAIS E FÍSICOS DA GRATIDÃO



2022

1. GRATIDÃO



“A palavra gratidão deriva do latim gratia, que significa «favor», e gratus, que significa «agradar»”.

- É inata.
- Pode ser caracterizada como uma emoção, estado de espírito, traço de personalidade, hábito, ou até como um modo de estar perante a vida.

GRATIDÃO

- De acordo com Emmons (op. cit.) a gratidão conduz a benefícios físicos, psicológicos e interpessoais.
- Defende também que indivíduos que praticam gratidão são mais felizes.
- Também Shelton (2005), Seligman (2008) e Fredrickson (2004), defendem que a gratidão está associada a paz de espírito, bem-estar individual, felicidade, saúde e relações pessoais mais satisfatórias.

GRATIDÃO

2.

COMO FUNCIONA O NOSSO SISTEMA
CEREBRAL QUANDO NOS SENTIMOS GRATOS?



- Quando somos elogiados ou nos sentimos gratos o nosso cérebro responde ativando o sistema de recompensas, com isto existe libertação de dopamina (neurotransmissor responsável pelo bem-estar e prazer no nosso corpo).
- Para além de dopamina, existe libertação de outra hormona, a ocitocina (que é responsável por diminuir sintomas de ansiedade, medo).

COMO FUNCIONA O NOSSO SISTEMA CEREBRAL QUANDO NOS SENTIMOS GRATOS?



- Indivíduos que manifestam com frequência gestos ou palavras de gratidão apresentam níveis mais altos de emoções positivas, vitalidade e otimismo perante a vida, assim como também apresentam melhoria da saúde e dos sistemas imunológicos, sentimentos de conexão e melhor trabalho em equipa.

COMO FUNCIONA O NOSSO SISTEMA CEREBRAL QUANDO NOS SENTIMOS GRATOS?

3.

BENEFÍCIOS CEREBRAIS E FÍSICOS DA GRATIDÃO



- Diminui sintomas de ansiedade e depressão;
- Estimula as estruturas cerebrais;
- Diminuição da tensão arterial;
- Diminuição do risco de enfarte e AVC;
- Aumenta o bem-estar;
- Melhora a qualidade do sono;
- Fortalece relações;
- Beneficia o sistema cardíaco;
- Beneficia o sistema imunológico.

BENEFÍCIOS CEREBRAIS E FÍSICOS DA GRATIDÃO





De acordo com a *Harvard Medical School*, em Boston, a gratidão é uma grande aliada do nosso cérebro, uma vez que, o sentimento de gratidão ativa as áreas do cérebro responsáveis pelas percepções, ou seja, relações sociais positivas, capacidade de entender o que o outro pensa, moralidade e recompensa.

BENEFÍCIOS CEREBRAIS E FÍSICOS DA GRATIDÃO

4.

EXERCÍCIOS DE GRATIDÃO PARA PRATICAR NO DIA A DIA



- De acordo com Dr. Maxwell Maltz, necessitamos de apenas 21 dias para criar hábitos, ou seja, é o tempo que o nosso cérebro demora a formar novos caminhos neurais.
- Assim se praticarmos exercícios de gratidão durante 21 dias, ao fim desses 21 dias, o nosso cérebro já criou estruturas neurais novas e já vai estar habituado aos exercícios, sentindo necessidade se por algum motivo o indivíduo deixar de os praticar.

EXERCÍCIOS DE GRATIDÃO PARA PRATICAR NO DIA A DIA

- Escrever diariamente, ao final do dia, ou até mesmo antes de se deitar, no mínimo três motivos pelos quais se sentiu grato naquele dia.
- Envie uma mensagem ou ligue a alguém. Na mensagem ou telefonema diga a essa pessoa o quanto ela é importante para si. Agradeça a essa pessoa.
- Em frente ao espelho, diga em voz alta, motivos pelos quais sente admiração pela sua pessoa, e características que goste em si. Tem de dizer no mínimo, um motivo.

EXERCÍCIOS DE GRATIDÃO PARA PRATICAR NO DIA A DIA

- Deixe pela casa papéis escritos com palavras de incentivo (exemplo: “*tu és incrível*”; “*tu tens muito valor para a tua família/companheiro(a)/amigos(as)*”).
- Esteja mais vezes com pessoas que lhe fazem bem, e ofereça presentes, uma simples flor pode ser um gesto bastante significativo para alguém.
- Tenha momentos para cuidar de si (exercício, meditação, ler, atividades que lhe proporcionem prazer).

EXERCÍCIOS DE GRATIDÃO PARA PRATICAR NO DIA A DIA

"AGRADECER É A ARTE DE ATRAIR
COISAS BOAS..."

“O nosso cérebro não é capaz de sentir, ao mesmo tempo, gratidão e infelicidade. Portanto, faça a escolha certa. Ocupe o seu espaço interior e exercite diariamente a gratidão.

Quando foi a última vez que você parou para realmente reconhecer e agradecer as coisas boas que a vida lhe oferece?

Pelo que você é mais grato na sua vida? Apenas expressar isso pode lhe trazer maior bem-estar.

Gratidão”

Alexandra Sanglard

“A gratidão é não apenas a melhor das virtudes, mas a mãe de todas as outras.”

Cícero

Anexo D

Tarefas de reabilitação cognitiva realizadas no
decurso do estágio curricular no internamento do
Serviço de Medicina Física e Reabilitação

JANEIRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | 01 |
| 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

FEVEREIRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | | | | |

MARÇO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

ABRIL

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | 01 |
| | | | | | 02 | |
| 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

MAIO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 |
| 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

JUNHO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | |

JULHO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | 01 |
| | | | | | 02 | |
| 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

AGOSTO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | | | 05 | 06 | | |
| 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |

SETEMBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | 01 | 02 |
| | | | | 03 | | |
| 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |

OUTUBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | 01 |
| 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 |
| 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

NOVEMBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| | | | 05 | | | |
| 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | |

DEZEMBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | 01 |
| | | | | | 02 | 03 |
| 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

1º TAREFA



MOZART

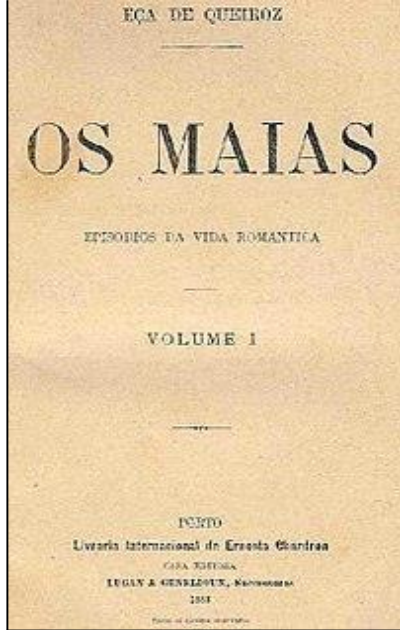


BEETHOVEN



CHOPIN

2º TAREFA



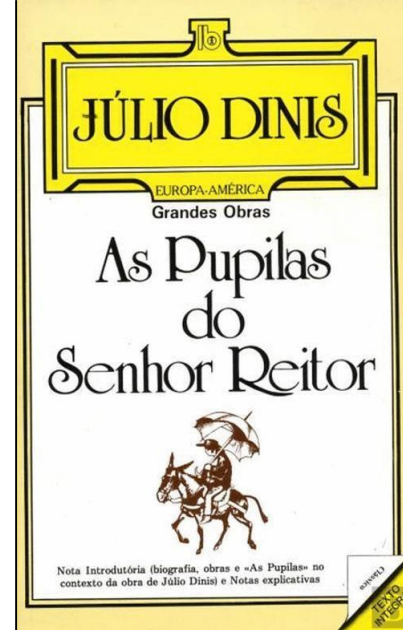
5

1888



3

1862



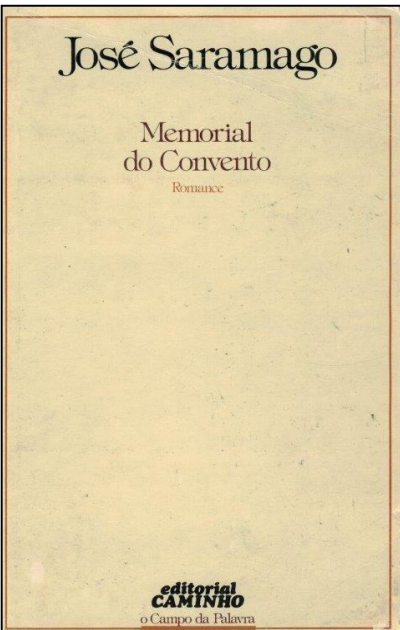
4

1867



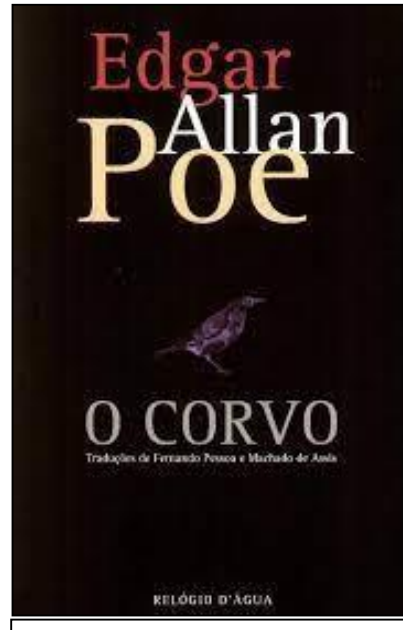
7

1961



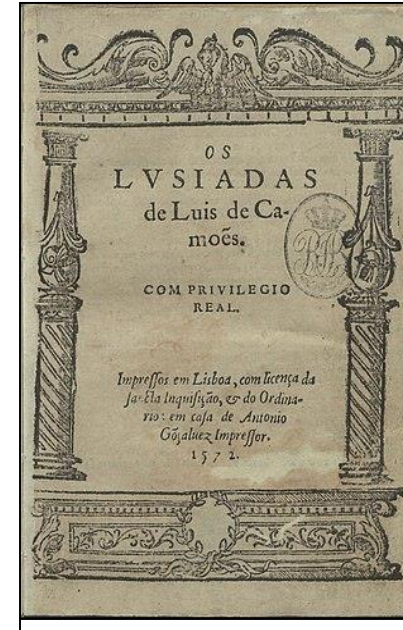
8

1982



2

1845



1

1572



6

1958

1- QUAL O AUTOR DO LIVRO “*AS PUPILAS DO SENHOR REITOR*”?

JÚLIO DINIS.

2- HÁ QUANTOS ANOS FOI PUBLICADO O LIVRO “*FELIZMENTE HÁ LUAR!*”?

61.

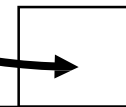
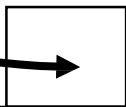
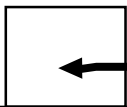
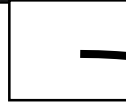
3- QUAL O NOME DO LIVRO DO AUTOR JOSÉ SARAMAGO?

MEMORIAL DO CONVENTO.

4- QUAL O ANO DE LANÇAMENTO DE “*OS LVSÍADAS*”?

1572.

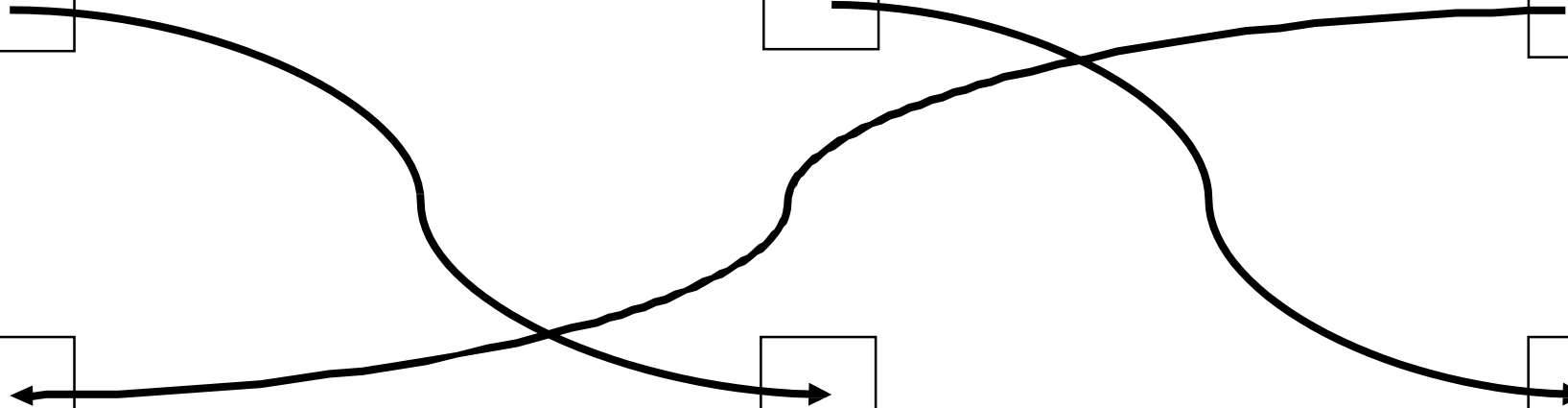
3º TAREFA



CHOPIN

MOZART

BEETHOVEN



4º TAREFA



HOSPEDEIRA

AEROMOÇA



COMBOIO

TREM



AUTOCARRO

ÔNIBUS



MESINHA DE CABECEIRA

CRIADO MUDO



TALHO

AÇOUGUE



LIXÍVIA

ÁGUA SANITÁRIA



AUTOCLISMO

DESCARGA



REBUÇADO/DOCE

BALA



CASA DE BANHO

BANHEIRO



IDENTIDADE

CARTÃO DE CIDADÃO/ B.I.



TRAVÃO

FREIO



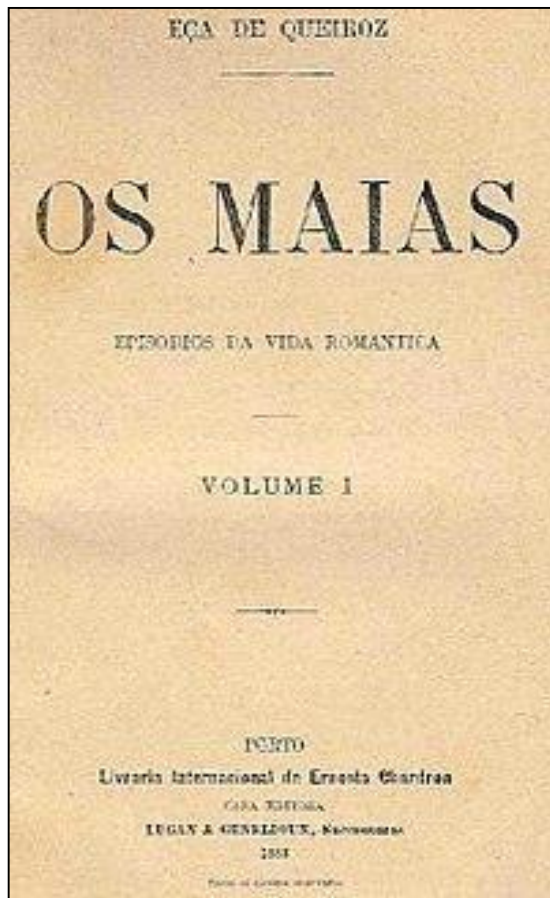
TELEMÓVEL

CELULAR

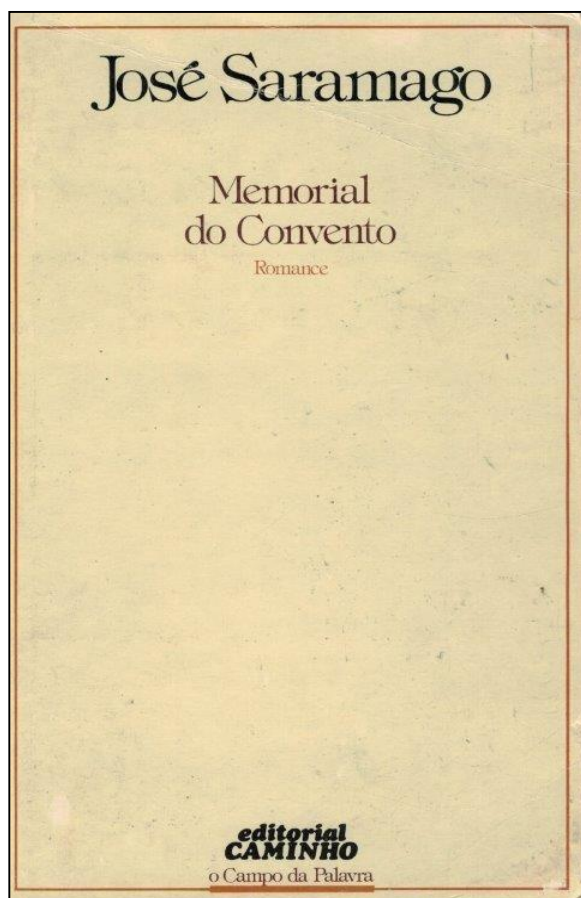
5º TAREFA

Os **artistas** só amam na natureza os efeitos de linha e cor; para se interessar pelo bem-estar de uma **tulipa**, para cuidar de que um craveiro não sofra sede, para sentir magoa de que a geada tenha queimado os primeiros rebentões das **acácias** - para isso só o burguês, o burguês que todas as manhãs desce ao seu quintal com um **chapéu** velho e um regador, e vê nas **árvores** e nas plantas uma outra família muda, por que ele é também responsável...

6º TAREFA



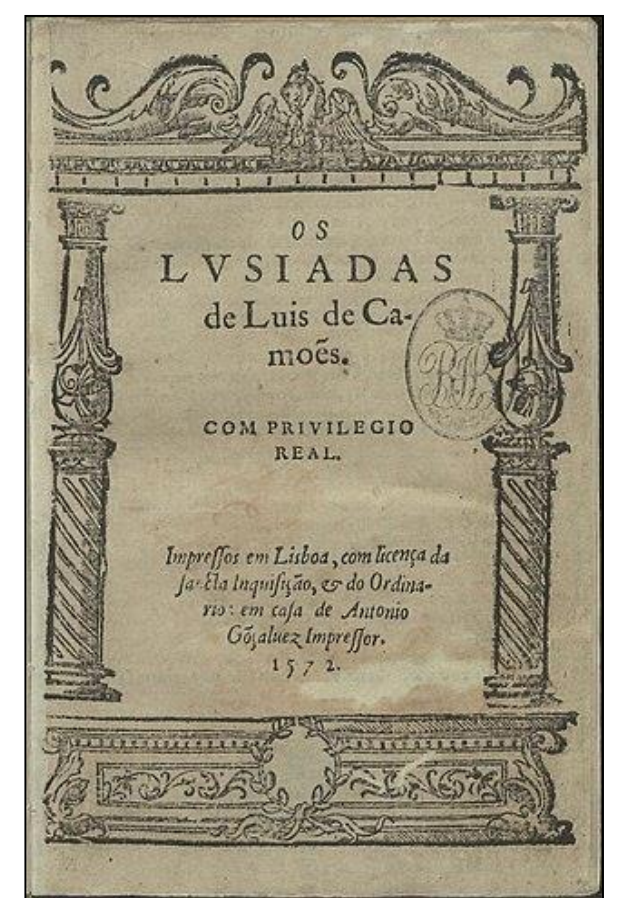
4



3

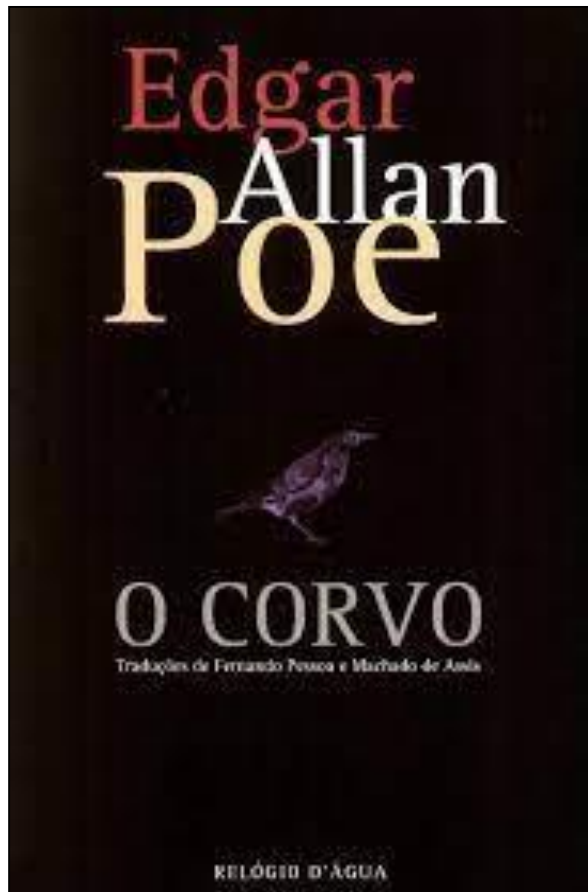


1

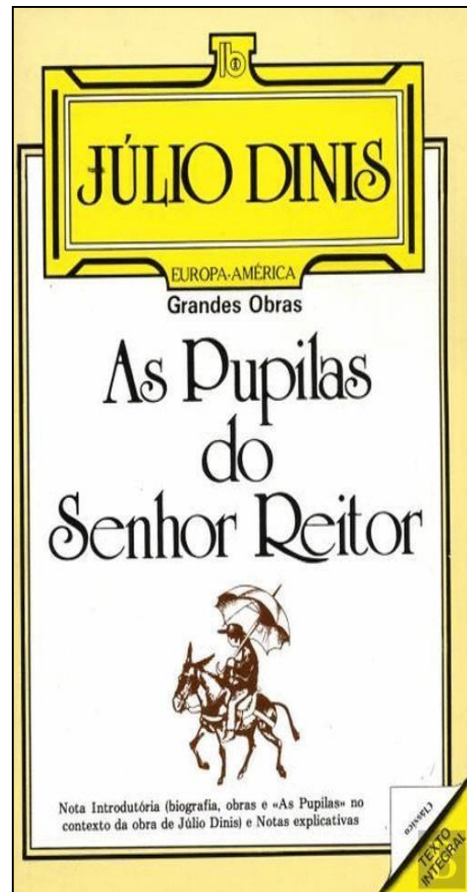


2

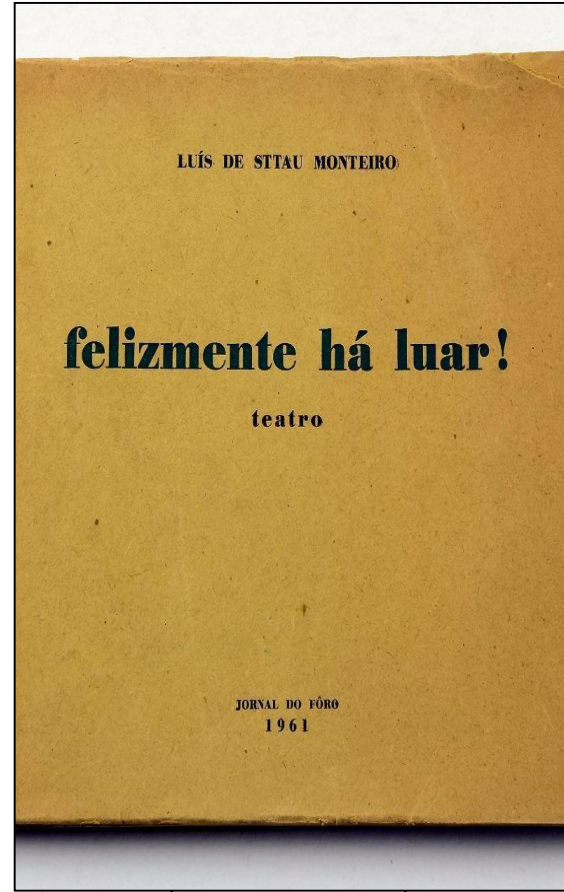
ORDENAR POR ORDEM ALFABÉTICA DE ACORDO COM A PRIMEIRA LETRA DO NOME DO LIVRO



3



4



2



1

ORDENAR POR ORDEM ALFABÉTICA DE ACORDO COM A TERCEIRA LETRA DO NOME DO LIVRO

7º TAREFA

Os artistas só amam na natureza os efeitos de linha e cor; para se interessar pelo bem-estar de uma tulipas, para cuidar de que um craveiro não sofra sede, para sentir magoa de que a geada tenha queimado os primeiros rebentões das acácias - para isso só o burguês, o burguês que todas as manhãs desce ao seu quintal com um chapéu velho e um regador, e vê nas árvores e nas plantas uma outra família muda, por que ele é também responsável...

8º TAREFA

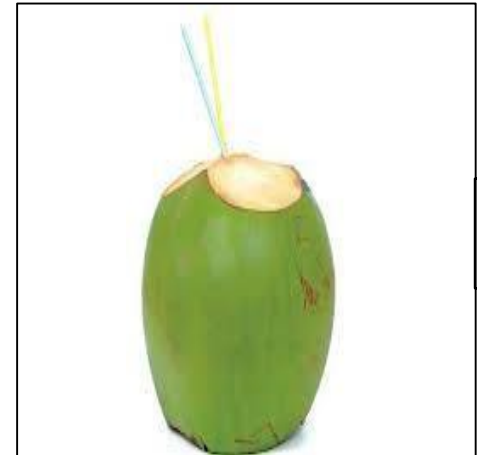
MERCADOBRASIL



2,40



3,80



3,25



1,85



5



4,10

LISTA 1



2,40



3,80



4,10

TOTAL= 10,30

LISTA 2



5



1,85



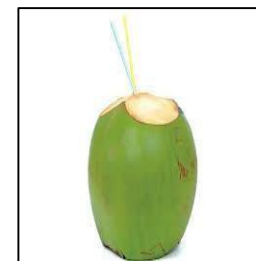
3,80



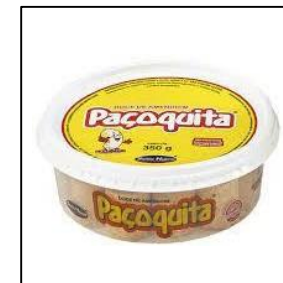
2,40

TOTAL= 13,05

LISTA 3



3,25



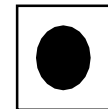
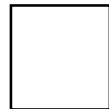
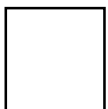
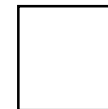
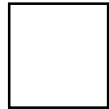
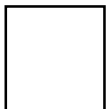
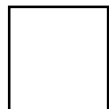
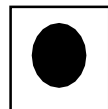
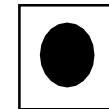
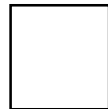
4,10



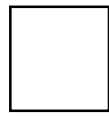
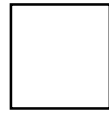
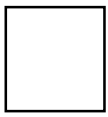
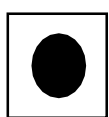
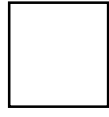
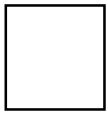
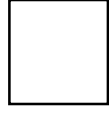
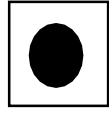
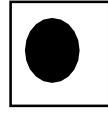
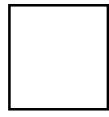
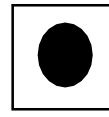
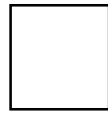
1,85

TOTAL= 9,20

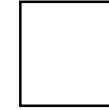
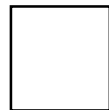
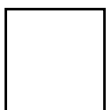
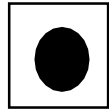
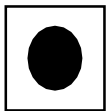
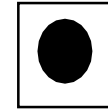
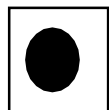
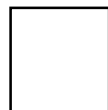
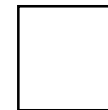
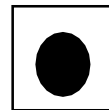
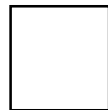
LISTA 1



LISTA 2

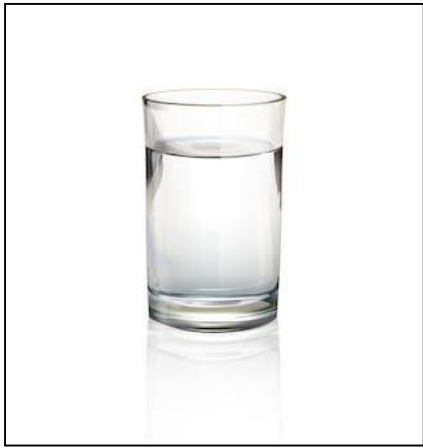


LISTA 3



Inicialmente serão mostradas as imagens de forma a ser selecionado um alimento de cada fila para formar um menu de refeição.

Posteriormente, o deverá memorizar os alimentos que escolher, para mais tarde recordar.



6 palavras:

1. Esposa do rei
2. Animal místico que cospe fogo

5 palavras:

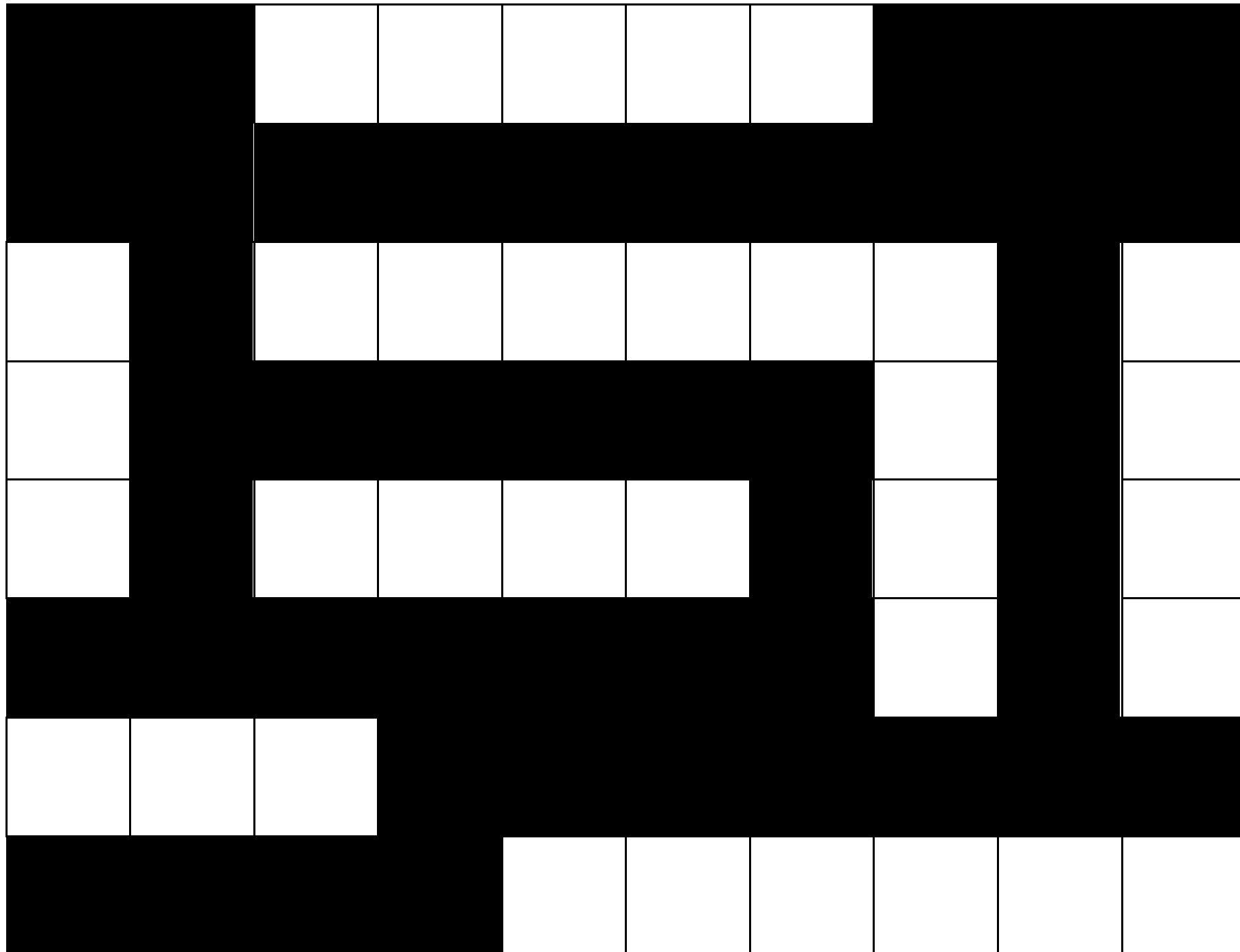
1. Caderno de leitura (plural)
2. Utilizado para navegar
3. Para dar de comer às galinhas

4 palavras:

1. Utilizado para beber água
2. Animal parente da rã
3. Flor

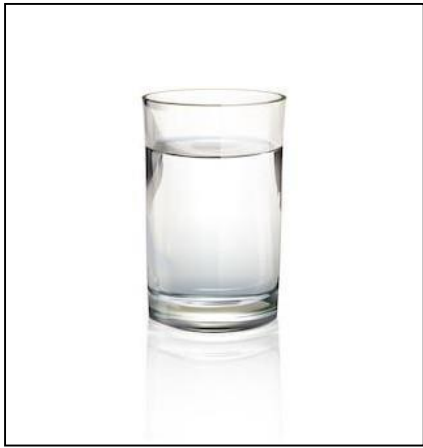
3 palavras:

1. Macho da vaca



Recordar o menu, se não conseguir, fornecer pistas até conseguir recordar o menu correto.

Memorizar um menu diferente com as mesmas opções.



Pinte de preto
todas as letras P

Pinte de Azul
todas as letras J

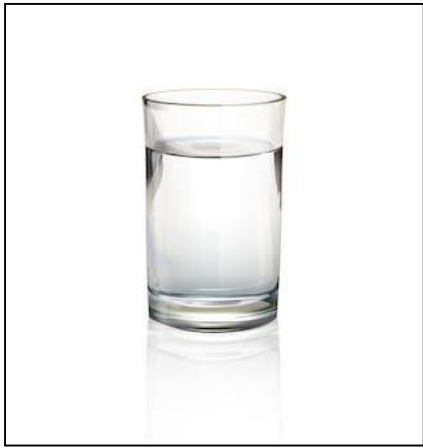
Pinte de
vermelho todas
as letras A

Pinte de verde
todas as letras D

| | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| A | C | V | B | N | M | E | J | L | O |
| X | A | W | A | E | R | T | U | I | O |
| C | D | J | A | P | U | I | K | A | P |
| P | P | P | A | P | E | A | P | I | J |
| A | E | D | J | T | B | P | J | D | A |
| I | P | G | H | D | P | J | D | P | J |
| A | M | S | L | Z | D | X | J | J | D |
| A | V | D | P | P | V | A | C | J | D |

Recordar o menu, se não conseguir, fornecer pistas até conseguir recordar o menu correto.

Memorizar um menu diferente com as mesmas opções.



Perguntar quais as letras que teve de pintar na tarefa anterior e pedir que nomeie 3 palavras que comecem por essa letra.

Nomeie 3 palavras começadas pela letra P:

P _____

P _____

P _____

Nomeie 3 palavras começadas pela letra J:

J _____

J _____

J _____

Nomeie 3 palavras começadas pela letra A:

A _____

A _____

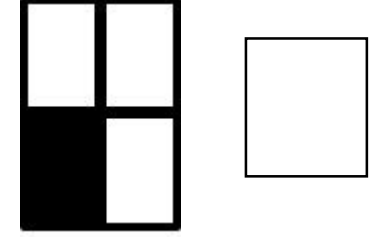
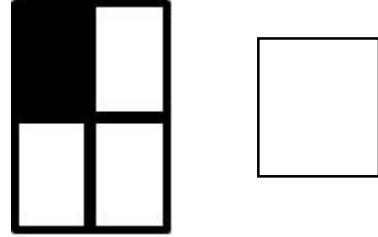
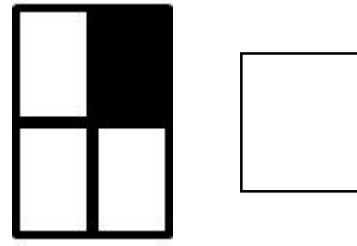
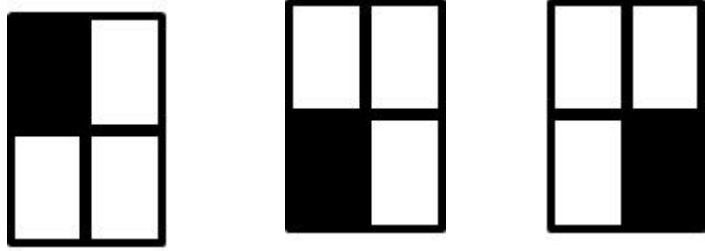
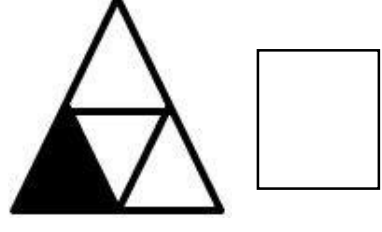
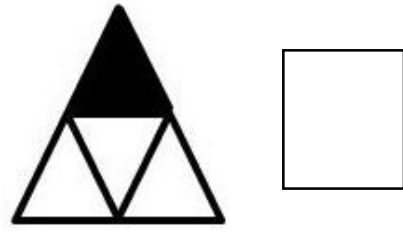
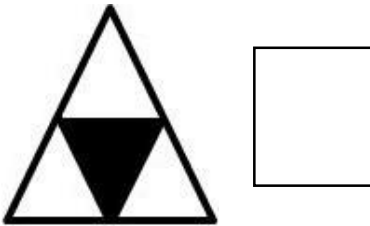
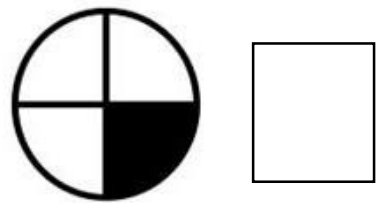
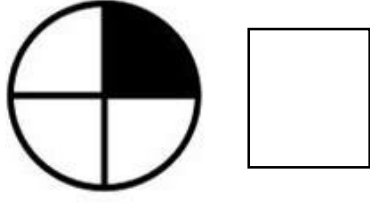
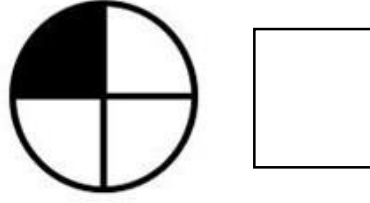
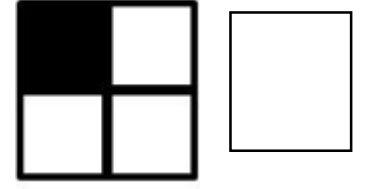
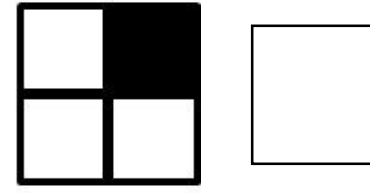
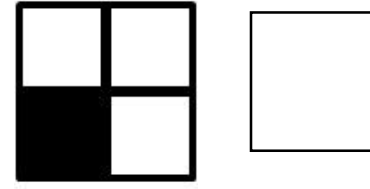
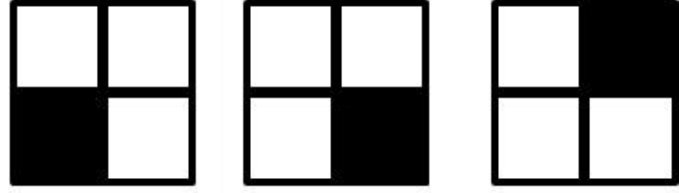
A _____

Nomeie 3 palavras começadas pela letra D:

D _____

D _____

D _____



Recordar o menu, se não conseguir, fornecer pistas até conseguir recordar o menu correto.

Dados recolhidos pelo Tacógrafo

| Nome | Data | Início | Fim | Horas de condução | Horas parado | Km | Velocidade Máxima | Velocidade Média | Rota |
|------------------|-------------|---------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| João | 12/03/2021 | 9:00 | 14:30 | 5:30 | 0 | 562 | 120 | 106 | Porto-Madrid |
| Manuel | 05/06/2021 | 9:00 | 13:00 (do dia seguinte) | 20 | 8 (duas paragens de 4 horas) | 2780 | 145 | 139 | Lisboa-Berlim |
| António | 13/10/2021 | 10:00 | 15:00 | 5 | 0 | 522,6 | 130 | 104 | Viana do Castelo-Beja |
| José | 18/04/2021 | 4:00 | 5:00 (do dia seguinte) | 19 | 6 (duas paragens de 3 horas) | 2362 | | 124 | Porto-Roma |
| Joaquim | 12/03/2021 | 6:00 | 15:10 | 9:10 | 0 | 956,9 | 120 | 105 | Lisboa-Valência |
| Carlos | 20/02/2021 | 15:00 | 18:30 | 2:30 | 0 | 298,4 | 140 | 129 | Aveiro-Badajoz |
| Amélia | 25/11/2021 | 9:00 | 6:40 | 15:40 | 6 | 1583,8 | 110 | 102 | Coimbra-Paris |
| Arlindo | 22/09/2021 | 7:00 | 19:30 | 10:30 | 2 | 1083,5 | 130 | 105 | Santarém-Bordéus |
| Rosa | 07/07/2021 | 9:00 | 15:00 (do dia seguinte) | 21 | 9 (duas paragens de 5 e 4 horas) | 2224,2 | 112 | 105 | Faro-Bruxelas |
| Paulo | 17/05/2021 | 8:00 | 11:00 | 3 | 0 | 273,5 | 120 | 91 | Bragança-Castelo Branco |
| Alberto | 20/04/2021 | 10:00 | 14:00 | 4 | 0 | 350,9 | 100 | 87 | Porto-Salamanca |
| Augusto | 23/03/2021 | 6:00 | 3:00 (25/03/2021) | 30 | 15 | 2770,5 | 110 | 92 | Lisboa-Viena |
| Carla | 15/01/2021 | 7:00 | 20:10 | 11:10 | 2 | 1118,3 | 125 | 100 | Braga-Andorra |
| Josué | 16/08/2021 | 5:00 | 23:00 (do dia seguinte) | 27 | 15 | 2633,8 | 128 | 97 | Coimbra-Praga |
| Aurora | 28/04/2021 | 4:00 | 7:00 (30 /04/2021) | 33 | 18 | 3019,9 | 122 | 91 | Aveiro-Varsóvia |
| Hélder | 24/09/2021 | 12:00 | 4:00 | 12 | 4 | 1193,9 | 111 | 99 | Faro-Barcelona |
| Manuela | 29/03/2021 | 6:00 | 10:10 | 4:10 | 0 | 463,1 | 130 | 112 | Lisboa-Sevilha |
| Fernando | 11/03/2021 | 5:00 | 5:26 | 16:26 | 8 | 1641 | 140 | 100 | Porto-Dijon |
| Francisco | 07/04/2021 | 14:00 | 16:00 | 2 | 0 | 245 | 140 | 122 | Santarém-Porto |
| Aníbal | 03/05/2021 | 12:00 | 16:50 | 4:50 | 0 | 551 | 150 | 123 | Porto-Faro |

Perguntas:

1. Qual a rota realizada pelo Sr. Paulo?
2. Quantas horas conduziu a Sra. Manuela?
3. A que horas partiu o Sr. João?
4. Qual a maior velocidade máxima atingida?
5. Foi atingida por que condutor/a?
6. Qual a menor velocidade máxima atingida?
7. Foi atingida por que condutor/a?
8. A que horas chegou ao destino a Sra. Rosa?
9. Qual a velocidade média da condução do Sr. António?
10. Em que dia chegou o Sr. Augusto ao seu destino?
11. Qual o condutor/a que percorreu mais quilómetros?
12. Qual o condutor/a que percorreu menos quilómetros?
13. Quantas paragens para descanso realizou o Sr. Manuel?
14. Qual o destino do Sr. José?
15. Qual o condutor/a que partiu às 15:00?
16. Quantas horas descansou o Sr. Augusto?
17. Qual o condutor/a que conduziu 12 horas?
18. O Sr. Joaquim necessitou de parar para descansar?
19. Quais foram os condutores que partiram às 5:00?
20. Qual o condutor/a que realizou a rota Coimbra- Paris?

Anexo E

Tarefas de papel e lápis de reabilitação cognitiva realizadas no decurso do estágio curricular no internamento do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Tarefas de papel e lápis-1

Nome: _____

DIA DA SEMANA

| Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| | | | | | | |

DIA DO MÊS

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

MÊS

| Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Mai | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|---------|-----------|-------|-------|-----|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|
| | | | | | | | | | | | |

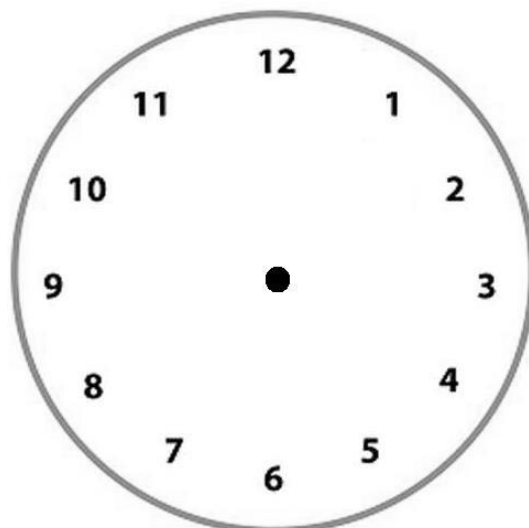
ANO

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| | | | | | | | |

Estação do ano:

| Inverno | Primavera | Verão | Outono |
|---------|-----------|-------|--------|
| | | | |

Horas:



1- Memória

Observe as imagens com atenção.



2- Cálculo

Esta foi a alimentação do Sr. Manuel durante um dia:

Pequeno- almoço:

- 1 pão= 100 calorias**
- 1 fatia de fiambre = 20 calorias**
- 1 fatia de queijo= 18 calorias**
- 1 iogurte= 123 calorias**
- 1 maçã= 78 calorias**

Almoço:

- Feijoada à Transmontana= 300 calorias**
- 1 copo de vinho= 43 calorias**
- 1 banana= 100 calorias**

Lanche:

- 4 bolachas de chocolate= 124 calorias**
- 1 copo de leite= 77 calorias**

Jantar:

- Massa à Lavrador= 261 calorias**
- 1 copo de sumo de laranja= 45 calorias**
- 1 Ameixa= 88 calorias**

1. Quantas calorias ingeriu o Sr. Manuel ao pequeno almoço? _____
2. Quantas calorias ingeriu o Sr. Manuel ao almoço? _____
3. Quantas calorias ingeriu o Sr. Manuel ao lanche? _____
4. Quantas calorias ingeriu o Sr. Manuel ao jantar? _____
5. Quantas calorias ingeriu o Sr. Manuel durante todo o dia ? _____

3- Linguagem

Em que mês começa o Inverno? _____

Em que mês começa a Primavera? _____

Em que mês começa o Verão? _____

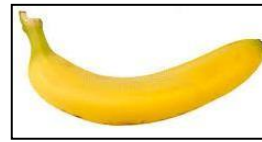
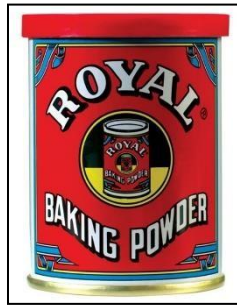
Em que mês começa o Outono? _____

4- Memória

Quais os animais que observou no primeiro exercício.

5- Atenção

Rodeie os ingredientes necessários para fazer um bolo de chocolate.



6- Fluência

Tente ler a música em voz alta, sempre ao seu ritmo, se não conseguir ou tiver dificuldades, passe para o exercício seguinte:

Porto Sentido (Rui Veloso)

Quem vem e atravessa o rio
Junto à serra do Pilar
Vê um velho casario
Que se estende até ao mar

Quem te vê ao vir da ponte
és cascata, são-joanina
Dirigida sobre um monte
No meio da neblina.

Por ruelas e calçadas
Da Ribeira até à Foz
Por pedras sujas e gastas
E lampiões tristes e sós.

E esse teu ar grave e sério
Dum rosto e cantaria
Que nos oculta o mistério
Dessa luz bela e sombria

Ver-te assim abandonada
Nesse timbre pardacento
Nesse teu jeito fechado
De quem mói um sentimento

E é sempre a primeira vez
Em cada regresso a casa
Rever-te nessa altivez
De milhafre ferido na asa

Ver-te assim abandonada
Nesse timbre pardacento
Nesse teu jeito fechado
De quem mói um sentimento

E é sempre a primeira vez
Em cada regresso a casa
Rever-te nessa altivez
De milhafre ferido na asa

7- Memória

Nomeie 3 alimentos que viu no exercício 5.

8- Memória

Observe a imagem com atenção.



9- Atenção

Ligue os objetos à respectivas profissões.



10- Memória

Quais as duas cores dos novelos de lã na imagem do gato bebê.

Tarefas de papel e lápis-2

Nome: _____

DIA DA SEMANA

| Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| | | | | | | |

DIA DO MÊS

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

MÊS

| Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Mai | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|---------|-----------|-------|-------|-----|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|
| | | | | | | | | | | | |

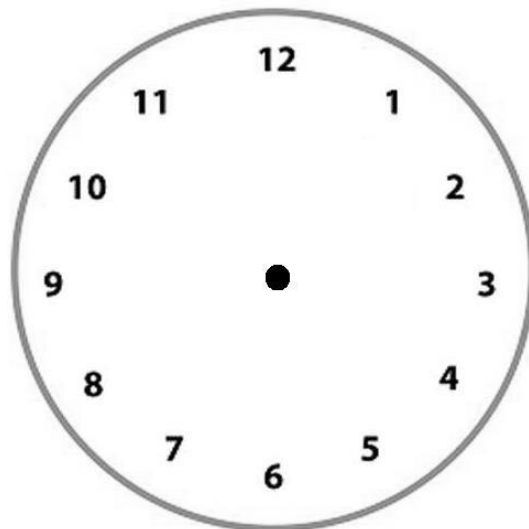
ANO

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| | | | | | | | |

Estação do ano:

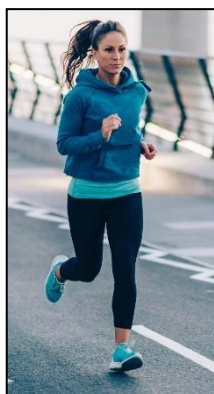
| Inverno | Primavera | Verão | Outono |
|---------|-----------|-------|--------|
| | | | |

Horas:



1- Memória

Observe com atenção.



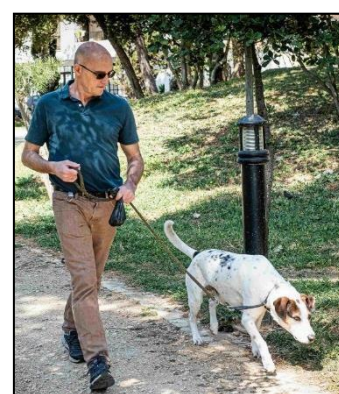
A Ana levanta-se todos os dias às 6h da manhã para correr 10km antes de ir trabalhar.



O Hélder vai ao ginásio todos os dias das 20h até às 21.30h.



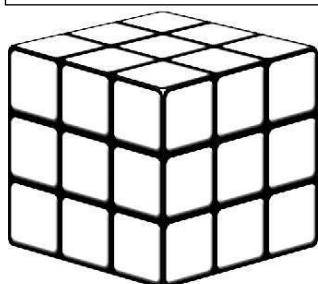
A Sara leva o seu filho, Rafael, na escola todos os dias às 8:30h.



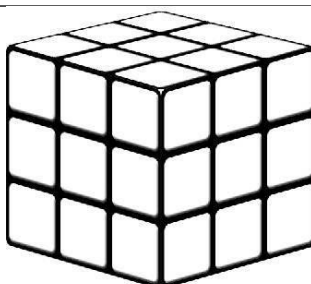
O Manuel vai passear o seu cão, Bart, duas vezes por dia.

2- Atenção

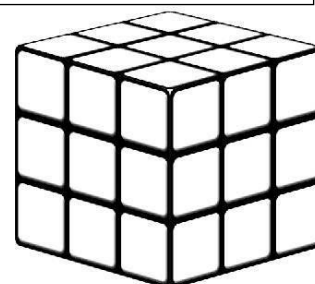
Pinte as faces superiores de verde; as faces esquerdas de azul e as faces direitas de amarelo.



Pinte as faces superiores de verde; as faces esquerdas de vermelho e as faces direitas de azul.



Pinte as faces superiores de verde; as faces esquerdas de laranja e as faces direitas de vermelho.



Tendo em atenção as cores com que pintou o cubo, responda à seguinte questão: o cubo rodou para a esquerda ou para a direita? _____

3- Cálculo

O José quer comprar uma camisola de 10 euros, um chapéu de 5 euros e umas calças de 20 euros.

O José tem 25 euros na carteira (2 notas de 10 euros e uma de 5 euros).

Questão: O José tem dinheiro suficiente para comprar a camisola, o chapéu e as calças? _____

Se **sim**, diga como efetuaria o pagamento e se existir, qual o troco; se **não**, quando dinheiro lhe falta para comprar as três peças _____

4- Memória

A que horas a Ana se levanta para correr? _____

Quantos quilómetros percorre todos os dias? _____

5- Planeamento

Ordene as imagens.

Exemplo:



1

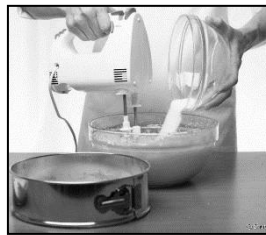
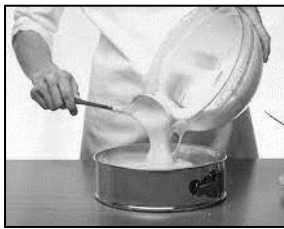


2



3

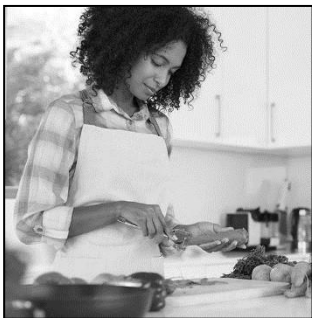
1.



2.



3.



6- Memória

Quantas horas por dia passa o Hélder no ginásio? _____

7- Coloque os alimentos nos lugares corretos

Lista de legumes e frutas:

| | | |
|----------|------------|------------|
| Limão | Banana | Couve-flor |
| Tomate | Espinafres | Ananás |
| Couve | Ameixa | Maçã |
| Brócolos | Laranja | Pêra |
| Cenoura | Alface | Nabo |

| Legume | Fruta |
|--------|-------|
| | |

8- Memória

A que horas a Sara leva o filho à escola? Como se chama o filho da

Sara? _____

9- Fluência: Para ler, em voz alta, ao seu ritmo.

Presságio

*O AMOR, quando se revela,
Não se sabe revelar.
Sabe bem olhar p'ra ela,
Mas não lhe sabe falar.*

*Quem quer dizer o que sente
Não sabe o que há de dizer.
Fala: parece que mente...
Cala: parece esquecer...*

*Ah, mas se ela adivinhasse,
Se pudesse ouvir o olhar,
E se um olhar lhe bastasse
P'ra saber que a estão a amar!*

*Mas quem sente muito, cala;
Quem quer dizer quanto sente
Fica sem alma nem fala,
Fica só, inteiramente!*

*Mas se isto puder contar-lhe
O que não lhe ousou contar,
Já não terei que falar-lhe
Porque lhe estou a falar...*

Fernando Pessoa

10- Memória

Quantas vezes por dia o Manuel sai para passear o seu cão? _____

11- Linguagem

Qual é a palavra escondida?

Exemplo: M R O A - ROMA

P A S O _____

O R C A R _____

Ã O O J _____

S P I A R _____

O E L H C O _____

D N T I S A T E _____

P S A A O T _____

B C I C L I T E A _____

12- Cálculo

Exemplo: 2...4...6...8...10

5...10... _____ _____

10...20... _____... _____... _____

20...40... _____... _____... _____

100...200... _____... _____... _____

102...106... _____... _____... _____

57...60... _____... _____... _____

79...83... _____... _____... _____

99...104... _____... _____... _____

Tarefas de papel e lápis-3

Nome: _____

DIA DA SEMANA

| Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|---------|
| | | | | | | |

DIA DO MÊS

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

MÊS

| Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Mai | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|---------|-----------|-------|-------|-----|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|
| | | | | | | | | | | | |

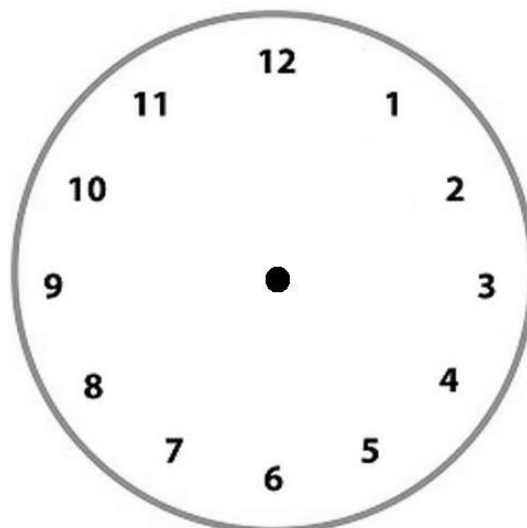
ANO

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| | | | | | | | |

Estação do ano:

| Inverno | Primavera | Verão | Outono |
|---------|-----------|-------|--------|
| | | | |

Horas:



1- Atenção

Pinte de amarelo todos os nomes.

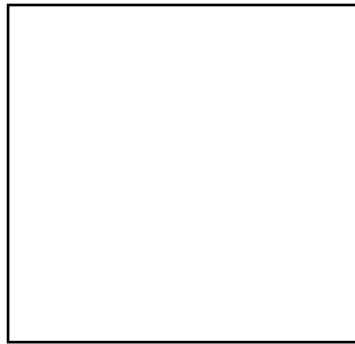
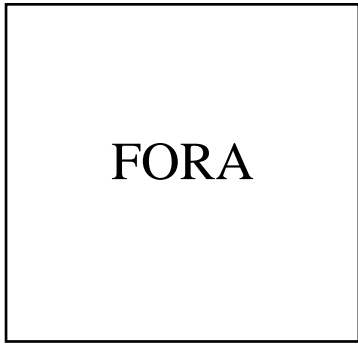
Pinte de verde todos os animais.

Pinte de vermelho todas as frutas.

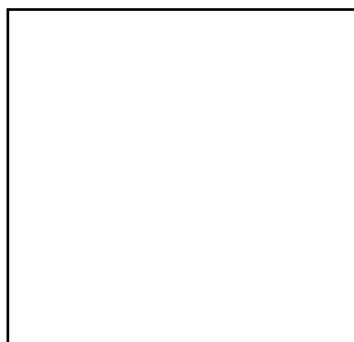
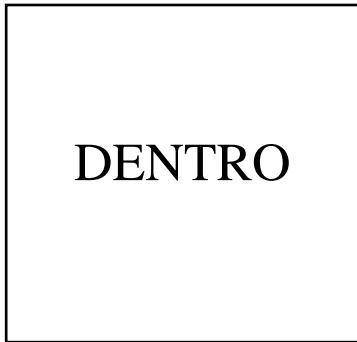
Pinte de verde todas as profissões.

| | | | | | | | |
|----------------|------------------|-------------|-------------------|----------|-----------|----------|------------|
| Maçã | Joaquim | Enfermeiro | Tartaruga | Médico | Braga | Dentista | Fernando |
| Fisioterapeuta | Banana | Florista | Psicóloga | Pêra | Touro | Leiria | Agricultor |
| Cerejas | Pêssego | Rosa | Laranja | Melancia | Coimbra | Filipe | Girafa |
| Emília | Portalegre | António | Amélia | Guarda | Bragança | Vaca | Daniel |
| Polícia | Camelo | Melão | Viseu | Joana | Porto | Morango | Vila Real |
| Cão | Viana do Castelo | Gato | Gabriel | Faro | Martim | Damasco | João |
| José | Ananás | Eletricista | Terapeuta da fala | Madeira | Professor | Sara | Açores |
| Engenheiro | Burro | Limão | Setúbal | Galinha | Hugo | Coelho | Bruna |
| Framboesa | Afonso | Beja | Arquiteto | Nuno | Avestruz | Évora | Aveiro |

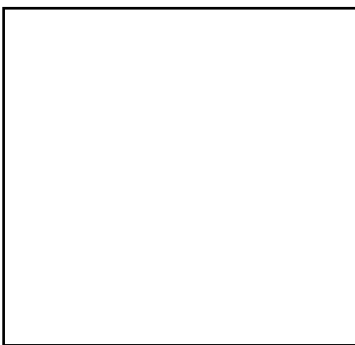
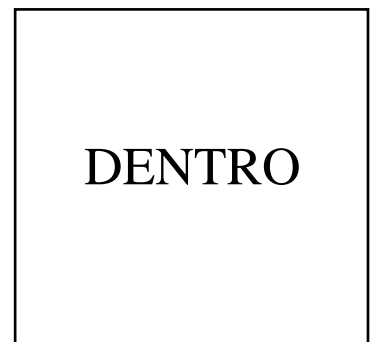
3- Atenção



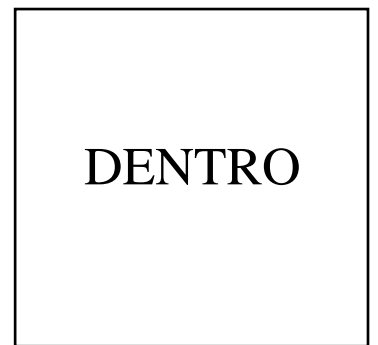
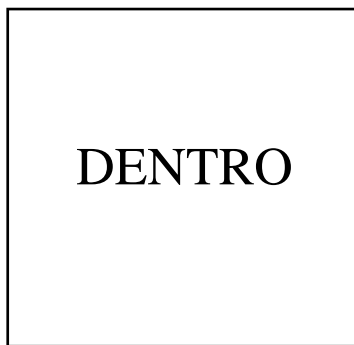
DENTRO



FORA



FORA



4- Cópia

