



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Ano Letivo 2022/2023

Diana Patrícia Queirós Ribeiro

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

Gandra, 19 de setembro de 2023

Diana Patrícia Queirós Ribeiro

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

Relatório de Estágio
Ano Letivo 2022/2023

Trabalho realizado sob a Orientação de
Vera Almeida, Prof^a DR^a.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, **Diana Patrícia Queirós Ribeiro**, 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.

Lista de Abreviaturas

ACE III- *Addenbrooke Cognitive Examination*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test*

BDI- *Inventário de Depressão de Beck*

CH - Centro Hospitalar

CP- Cuidados Paliativos

DCL- Défice Cognitivo Ligeiro

EADS- *Escala de Ansiedade Depressão e Stress*

EIHSCP- Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

HADS- *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IADL- *Instrumental Activities of Daily Living Scale*

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IUCS- Instituto Universitário de Ciências da Saúde

MOCA- *Montreal Cognitive Assessment*

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

PMA- Procriação Medicamente Assistida

PHDA- Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção

SUD- Situação de Últimos Dias

TCE- Traumatismo Crânio encefálico

TSV- Terapia Sentido de Vida

UMAD- Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UniPsi- Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

WAIS III- *Wechsler Adult Intelligence Scale*

Índice

Introdução.....	1
1. Caracterização do Local de Estágio.....	2
1.1 Caracterização da Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde (UniPsi)	2
1.2 Caracterização da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).....	3
2. O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar	5
3. Descrição das atividades do estágio	7
3.1 Reuniões de Supervisão.....	7
3.2 Reuniões de Orientação	7
3.3 Reuniões do Serviço de Psicologia e Reuniões Multidisciplinares.....	8
3.4 Observação Participante da Consulta de Psicologia.....	8
3.5 Consultas Realizadas durante o Estágio Curricular.....	9
3.5.1 Consultas Infantojuvenis	10
3.5.2 Consultas de Avaliação Neuropsicológica	11
3.5.3 Consultas de Visita Domiciliária.....	13
3.6 Grupos de Intervenção Terapêutica.....	15
3.6.1 Grupo Psicoeducativo na Depressão- “As Marias”	15
3.6.2 Grupo Psicoeducativo no Luto- “Virar a Página”	18
3.6.3 Grupo Psicoeducativo na Dor Osteoarticular	20
3.6.4 Grupo Psicoeducativo na Doença Oncológica	20
3.7 Elaboração e Atualização de Protocolos	21
3.8 Formações Realizadas	21
3.9 Formações Recebidas	22
4. Estudo de Caso	23
4.1 Dados de Identificação	23
4.2 Genograma.....	23
4.3 Motivo de Encaminhamento.....	24
4.4 Fontes de Informação	24
4.5 História Pessoal	24
4.6 História Familiar.....	25
4.7 Estado Mental e Avaliação do Comportamento	25
4.8 Instrumentos de Avaliação Aplicados	26
4.9 Resultados.....	27
4.10 Análise Conceptual.....	30
4.11 Processo de Intervenção	33
4.12 Reabilitação Neuropsicológica	34

4.13 Reflexão do Caso.....	36
5. Reflexão Final.....	38
6. Referências Bibliográficas.....	40

Índice de Tabelas

Tabela 1: Resultados da Escala de Inteligência de Weschler para Adultos- WAIS III.	27
Tabela 2: Resultados da Escala Addenbrooke's Cognitive Assessment - ACE III.....	28
Tabela 3: Plano de Intervenção do Caso J.	33

Índice de Figuras

Figura 1: Genograma de J.	23
---------------------------------------	----

Introdução

O presente relatório visa descrever a atividade exercida num Centro Hospitalar (CH) localizado no Norte do país, no contexto do estágio curricular do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS) no ano letivo 2022/2023. O estágio iniciou-se a 6 de outubro de 2022, e finalizou a 31 de julho de 2023, tendo decorrido durante 9 meses e num total de 598 horas. Este período de formação realizou-se na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde (UniPsi) do CH, sob a orientação de um psicólogo da instituição e a supervisão da Prof. Dr.^a V. A., docente no IUCS.

O estágio curricular tem como principal objetivo o enriquecimento pessoal e profissional, dado que, nos permite adquirir novos conhecimentos científicos e aprofundar os conhecimentos já existentes. Permite-nos também estabelecer o primeiro contacto com a prática clínica, de modo, a aplicar os conhecimentos e competências adquiridas durante o percurso académico.

Relativamente à estrutura do relatório, primeiramente apresenta um teor mais teórico apresentando a caracterização do local de estágio, o papel do psicólogo no contexto hospitalar e a descrição das atividades desenvolvidas. Posteriormente, será possível encontrar a descrição de um caso clínico, além de uma reflexão final relativa a esta etapa do meu percurso.

1. Caracterização do Local de Estágio

O local onde consegui aprofundar e consolidar os meus conhecimentos teóricos e o meu primeiro contacto com a prática clínica deu-se num Hospital do Norte do país. Este hospital foi fundado no final do século XVI e, em 2005 foi qualificado como Entidade Pública Empresarial (EPE). A sua área de influência direta engloba oito concelhos de proximidade, sendo a assistência realizada por 1700 profissionais, que se dedicam ao cuidado de cerca de 350 mil indivíduos. Esta instituição, sendo uma entidade de saúde reconhecida integrada no Sistema Nacional de Saúde, tem como principal intuito a prestação de cuidados de saúde com qualidade, nomeadamente o diagnóstico, tratamento e a reabilitação dos utentes. Além disso, é responsável pelo desenvolvimento de atividades de formação pré e pós-graduadas, atividades de ensino e de investigação. A unidade hospitalar é composta pelos seguintes serviços: Consulta Externa I, Internamento, Serviço de Urgência, INEM, UMAD, Consulta Externa II, Cuidados Paliativos (CP), Psiquiatria e Saúde Mental, Consulta Externa III e o Hospital de Dia.

1.1 Caracterização da Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde (UniPsi)

A UniPsi foi inaugurada em 2011 no Serviço de Psiquiatria do CH, sendo constituída por quatro psicólogos residentes a desempenhar funções na área da saúde mental infantojuvenil, adultos e idosos. Esta unidade recebe habitualmente estágios curriculares de instituições de ensino superior público e/ou privado com os quais mantêm um protocolo de colaboração e, desde 2019, que recebe estágios profissionais através da celebração de um acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). A unidade realiza a sua atividade em articulação com os serviços assistenciais do regime ambulatorio e do internamento com o intuito de dar suporte técnico a todas as áreas de prestação de cuidados. O regime de internamento para pacientes com perturbações mentais graves, possui uma capacidade máxima de doze utentes. Estes são acompanhados na consulta interna e externa, assim como pelo hospital de dia, ao qual se associa o programa de prevenção de recaídas para estes utentes, com suporte domiciliário semanal. Na UniPsi existe uma vertente direcionada tanto para o ensino como para a investigação, que permite a aprendizagem e trabalho multidisciplinar aos profissionais de saúde e respetivos estagiários.

Relativamente ao Serviço de Psiquiatria desta unidade hospitalar, inaugurado em outubro de 2003 e, constituído por uma equipa multidisciplinar composta por psiquiatras e internos de especialidade, sendo um deles o Diretor do Serviço, pedopsiquiatras, psicólogos residentes, três psicólogos a terminar o estágio de acesso à OPP, uma equipa de enfermagem, assistentes operacionais, administrativos e assistentes do Serviço Social. Este serviço tem como principal objetivo o atendimento à comunidade, dada a necessidade de resposta e à escassez na prestação de cuidados de saúde mental. Deste modo, contempla diversas áreas de atuação, nomeadamente, a assistência de situações particulares da Unidade de Psicogeriatrics e Perturbações Cognitivas, Unidade de Psiquiatria e Pedopsiquiatria e Unidade de Intervenção em Crise que diz respeito à assistência dos Psicólogos em áreas de elevada complexidade como os Cuidados Paliativos, unidade de PMA, serviço de Dor, consulta de diabetes infantil, consulta multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica. Além disso, são realizadas consultas de Psicologia do Casal, Neuropsicologia, Visita Comunitária e Enfermagem. Em suma, a UniPsi e o Serviço de Psiquiatria recebem utentes com diferentes faixas etárias (desde a 1ª infância até à terceira idade), diversas patologias do foro mental e em várias modalidades de intervenção (individual, casal, familiar e grupo).

1.2 Caracterização da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)

A EIHSCP diz respeito a uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, uma assistente social e uma psicóloga. Este serviço, inaugurado em 2013, tem como objetivo auxiliar os utentes e respetivos familiares, que carecem de cuidados diferenciados em vários serviços hospitalares (regime de internamento e consultas externas), tal como, no regresso ao domicílio através do Projeto “Paliativos Consigo”.

Este projeto que se iniciou em 2022, tem como objetivo principal “(...) prestar cuidados especializados a doentes do foro paliativo no seu domicílio, nas várias fases da sua doença, incluindo fim de vida, através da implementação de planos individualizados, contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde.” (EIHSCP,2022). Os critérios de inclusão que permitem acessibilidade a esta modalidade de acompanhamento são: (1) faixa etária igual ou superior a 18 anos; (2) serem portadores de sintomas/problemas intensos ou incapacitantes resultantes de uma doença incurável,

avançada e progressiva, sem resposta aceitável à terapêutica curativa e/ou em sofrimento;

(3) famílias e/ou respetivos cuidadores necessitam de acompanhamento.

O modelo de funcionamento baseia-se num modelo colaborativo e integrado do Serviço Nacional de Saúde e, possui um horário de acompanhamento definido de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 20h00. Aos sábados e domingo funciona com um enfermeiro e um médico em regime de prevenção das 09h00 às 15h00. O regime de apoio telefónico funciona diariamente das 09h00 às 20h00.

A EIHSCP, além dos objetivos referidos anteriormente, é responsável pelo acompanhamento de forma estruturada e diferenciada dos utentes e pela promoção da qualidade de vida do utente e respetivo familiar através do alívio dos sintomas, da exploração do significado de vida, da promoção do bem-estar global e do respeito pela dignidade e autonomia do doente. A intervenção da equipa também se centra em antecipar e intervir precocemente nas reações emocionais e respostas somáticas que possam surgir da experiência adquirida ou da saturação dos processos de tratamentos aos quais os pacientes e as respetivas famílias são submetidos, oferecendo apoio psicológico e estratégias de *coping* adaptativas à família perante uma situação de luto.

2. O Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar

O estágio decorreu numa unidade hospitalar permitindo-me contactar com uma vasta diversidade de práticas e conhecimentos que se traduzem na obtenção de uma experiência enriquecedora e reflexão acerca da importância do papel do Psicólogo no contexto hospitalar.

A Psicologia da Saúde aplica os conhecimentos e as técnicas psicológicas na saúde, nas doenças e nos cuidados de saúde (Marks et al., 2000; Odgen, 2000), considerando que o indivíduo deve ser visto como um sistema complexo, onde a doença é causada por múltiplos fatores e não apenas por um único fator (Ogden, 2019). Esta área da psicologia possui como foco principal a promoção e manutenção da saúde, bem como a prevenção da doença, através da ligação das diversas áreas de especialização (Simon, 1993). Segundo a OPP, o psicólogo nos cuidados de saúde em contexto hospitalar, deve reforçar e otimizar as defesas psicológicas do utente e auxiliar no ajustamento à doença. Este reforço deve ser realizado através de, por exemplo, a adoção de estratégias de *coping* adaptativas.

Deste modo, o documento denominado por “Perfil dos Psicólogos da Saúde” publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses em 2016, refere que, o psicólogo exerce várias funções e atividades de intervenção em contexto hospitalar, nomeadamente:

- (1) Avaliação, diagnóstico, análise e monitorização do estado de saúde, necessidades e indicadores psicossociais de indivíduos;
- (2) Avaliação e monitorização dos processos e resultados de projetos e programas de saúde comunitários;
- (3) Avaliação da qualidade, da humanização e do impacto na saúde da população e da prestação dos cuidados de saúde;
- (4) Prevenção da doença e dos problemas de saúde;
- (5) Promoção da saúde;
- (6) Elaboração de planos de ação e intervenção em saúde;
- (7) Conceber, executar, redigir e apresentar investigação na área da saúde;
- (8) Diminuição das desigualdades em saúde;
- (9) Acompanhamento psicológico;
- (10) Intervenção psicológica em grupos, intervenção em situações de crise e emergência;
- (11) Supervisão e consultoria;

(12) Elaboração e emissão de declarações, pareceres e relatórios técnico-científicos;

Um fator relevante na Psicologia em contexto hospitalar centra-se na tríade paciente -familiar - profissionais de saúde e, por este motivo, o psicólogo deve atuar com o intuito de minimizar o sofrimento causado pelo processo de hospitalização no utente, no familiar e nos profissionais de saúde que os acompanham. Todavia, é fundamental que o psicólogo comunique com a equipa que acompanha o doente, uma vez que, a comunicação é um fator essencial para um funcionamento eficaz em equipa (Gazotti & Prebianchi, 2014).

O objetivo de uma intervenção multidisciplinar foca-se no alívio do sofrimento e na promoção do bem-estar psíquico numa perspetiva biológica, psicológica e social. Neste sentido, o psicólogo deve corresponder às necessidades dos utentes, dos familiares e dos profissionais de saúde tendo em conta a situação vivenciada e, atuando através da modalidade de intervenção que considerar mais adequada (individual ou grupal). Saliento ainda que, a intervenção do psicólogo contribui para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida, para a diminuição dos internamentos hospitalares, menor recurso aos fármacos e uma utilização apropriada dos recursos e serviços de saúde disponíveis (APA, 2011).

Durante este período de aprendizagem, tive a oportunidade de contactar com esta realidade e, no que diz respeito à UniPsi, comprova-se que o psicólogo assume um papel preponderante nas equipas multidisciplinares e interdisciplinares. A eficácia destas equipas deve-se a uma boa gestão do trabalho por parte dos profissionais de saúde pois possuem um papel relevante para o bom funcionamento dos serviços na unidade hospitalar.

3. Descrição das atividades do estágio

O estágio foi marcado por inúmeros desafios, mas permitiu-me adquirir um conjunto de aprendizagens significativas para a minha formação enquanto pessoa e enquanto profissional. Sinto-me extremamente grata por ter colaborado com uma instituição que me possibilitou inúmeras atividades tais como, observação participante, realização de intervenção individual, intervenção grupal como terapeuta e coterapeuta, reuniões de supervisão e orientação e atividades formativas e de investigação. (Anexo I)

3.1 Reuniões de Supervisão

A supervisão da prática clínica em Psicologia é considerada essencial na etapa formativa de um psicólogo (O'Donovan et al., 2011), uma vez que, é importante a devolução de feedback e estímulo à reflexão permitindo ao estagiário adquirir e desenvolver competências que assegurem a qualidade das suas intervenções (Milne, 2009).

Neste sentido, as reuniões de supervisão efetuadas com a Professora Doutora V. A., foram realizadas via online, em formato grupal ao longo do ano curricular. Relativamente à periodicidade eram agendadas consoante as necessidades que iam surgindo. Estas reuniões permitiram a discussão de casos clínicos, partilha de conhecimentos, partilha de experiências, apresentação de dificuldades e limitações, análise e correção de documentos escritos, esclarecimento de dúvidas e reflexão centrada no desenvolvimento pessoal e profissional.

3.2 Reuniões de Orientação

O suporte e o acompanhamento disponibilizado pelo orientador constituem elementos centrais para o desenvolvimento profissional dos psicólogos estagiários, na medida em que, auxiliam no processo de envolvimento e aquisição de conhecimentos técnicos e emocionais. (Brown et al., 2009; Cronan-Hillix et al., 1986).

As reuniões de orientação surgiram no decorrer do primeiro trimestre do ano letivo (desde outubro 2022 a julho 2023), com uma periodicidade quinzenal, com o intuito de ser proporcionado um acompanhamento regular acerca da atividade exercida no CH, bem como, um espaço de abertura para esclarecimento de dúvidas. Estas reuniões decorriam

em formato presencial e individualmente com a orientadora local, tendo como objetivo a orientação nas atividades agendadas, discussão de casos clínicos, esclarecimento de dúvidas, apresentação de materiais realizados (folhetos, planos de intervenção, formação, etc), apresentação e discussão de notas clínicas e relatórios de avaliação e uma a reflexão centrada na prática clínica. Na minha opinião, estas reuniões foram essenciais devido a terem permitido receber feedback acerca da execução das minhas atividades e, permitiu-me não me sentir desamparada numa primeira experiência com o meio hospitalar. Este sentimento de conforto encontra-se correlacionado com a disponibilidade e adoção de postura empática, da minha orientadora local, para esclarecer todas as minhas dúvidas, e compreender as dificuldades que ia sentindo ao longo deste percurso.

3.3 Reuniões do Serviço de Psicologia e Reuniões Multidisciplinares

Durante o estágio curricular, foi-me permitida a participação numa das reuniões do Serviço de Psicologia. Nestas reuniões estavam presentes todos os psicólogos da UniPsi para a discussão de casos clínicos, apresentação e resolução de questões relativas ao funcionamento e à organização da unidade, além de outros assuntos que fossem considerados pertinentes. Adicionalmente, surgiu a oportunidade de participar em reuniões de equipas multidisciplinares da Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos e da Equipa de AVC. O intuito destas reuniões assentava na discussão e/ou encaminhamento de casos clínicos.

3.4 Observação Participante da Consulta de Psicologia

No primeiro trimestre do estágio (Out-Dez 2022) tive a oportunidade de observar a consulta de Psicologia Clínica desenvolvida por cinco psicólogos da UniPsi, que realizavam a sua prática em áreas distintas e com modelos de abordagem diversificados. Este processo é caracterizado pela OPP (2016) como uma oportunidade para observar um profissional da área e o papel que este desempenha e, por isso, considero que este processo inserido na formação académica é indispensável, uma vez que, nos possibilita um aprofundamento dos conhecimentos acerca do contexto laboral do psicólogo em contexto de saúde.

No decurso do estágio, observei uma população de utentes diversificada a vários níveis: faixa etária, sexo, características sociodemográficas e capacidade de *insight*. Por

consequente, tive a possibilidade de assistir a diferentes vertentes da atuação do psicólogo, nomeadamente, consultas de Psicologia Geral, Intervenção em Crise, Neuropsicologia, Procriação Médica Assistida, Psico-oncologia, Infantojuvenil, Consulta de Cirurgia Bariátrica, Cuidados Paliativos, Psicologia Família, Psicologia Luto, Consultas de Casal e Psicologia da Dor Crónica. Paralelamente, realizei observação participante num contexto de apoio comunitário, através da Visita Domiciliária da EIHS CP onde os utentes recebem a visita de diferentes profissionais de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social). No âmbito do internamento, a observação desenrolou-se na área de Cuidados Paliativos e nos Sobreviventes de AVC.

Pessoalmente, esta etapa é relevante para um primeiro contacto com a prática clínica, visto que, me permitiu aprofundar os conhecimentos teóricos já existentes, envolver-me na dinâmica da UniPsi, conhecer o *setting* terapêutico, observar abordagens terapêuticas distintas e modalidades de intervenção, tal como, adquirir estratégias utilizadas nesses contextos que possibilitam a obtenção de competências de avaliação e intervenção com os utentes e/ou familiares e, com outros profissionais de saúde.

3.5 Consultas Realizadas durante o Estágio Curricular

Após o término da atividade designada por observação participante, foram-me primeiramente atribuídos 8 casos clínicos, a fim de, iniciar a prática independente em avaliação e intervenção psicológica. O encaminhamento era realizado pelos Psicólogos da Instituição tendo como critérios de seleção: a urgência do pedido e o tempo prolongado em lista de espera. Neste sentido, as consultas realizadas (Anexo II), num total de 253 consultas, incidiram maioritariamente em problemáticas relacionadas com intervenção em situações de crise. Porém, foram realizadas consultas em diversas temáticas e diferentes faixas etárias, nomeadamente, consultas infantojuvenis, neuropsicologia, consultas em contexto domiciliário paliativo e consultas de intervenção em grupo.

Inicialmente procedeu-se à elaboração dos planos terapêuticos para os diversos casos, de modo, a possibilitar uma intervenção eficaz, tendo por base a vertente da avaliação e a respetiva intervenção e/ou reabilitação. Como técnicas de intervenção privilegiei a entrevista clínica, dado que, é um dos elementos indispensáveis da prática em Psicologia no âmbito dos processos de avaliação e intervenção (Geisinger et al., 2013). A entrevista clínica é definida como uma situação maioritariamente de comunicação verbal onde são elucidadas as características do utente, quais os aspetos que

valoriza, os que considera impactantes, e as suas expectativas em relação ao processo terapêutico. Aspectos como a entoação, o ritmo da fala e a dificuldade de enunciar fazem parte da componente verbal e são indicadores de significado. (Sullivan, 1951). Além da comunicação verbal, existem outros aspectos relevantes, nomeadamente, a comunicação não verbal (e.g. postura do paciente, silêncios, contato ocular), os dados biopsicossociais relevantes, a história familiar e os antecedentes médicos/psicológicos (Araújo, 2007).

O *setting* diz respeito ao espaço na qual se sucede a relação entre o paciente e profissional. Face ao exposto, no local de estágio era caracterizado por um gabinete composto por 2 cadeiras (psicólogo e paciente), separadas por uma secretária, boa luminosidade, sem elementos de cariz pessoal, com isolamento sonoro para assegurar a privacidade e confidencialidade dos assuntos abordados em consulta. Numa fase inicial do plano de acompanhamento, foram utilizados instrumentos psicométricos com o objetivo de serem esclarecidas as dúvidas que surgiam em relação ao estado cognitivo e mental dos pacientes. Posteriormente, iniciou-se o plano de intervenção tendo em conta o parecer clínico e o diagnóstico previamente estabelecido.

3.5.1 Consultas Infantojuvenis

Na seleção dos casos clínicos, tive a oportunidade de poder atuar na área infantojuvenil. O desenvolvimento infantil é um processo que envolve o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva, e caso ocorra nas circunstâncias adequadas, permite às crianças uma aquisição de competências essenciais para responder às necessidades individuais e sociais, considerando o seu contexto de vida (Moore et al., 2017).

No contexto infantojuvenil, do local de estágio, as consultas encontram-se divididas por consulta de intervenção em crise, consulta de infância e adolescência, consulta de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e avaliações psicométricas. O objetivo deste tipo de consultas encontra-se relacionado com a compreensão das necessidades das crianças, segundo o contexto em que se encontram inseridas (familiar, escolar e social), tendo como intervenientes os utentes, os familiares, os elementos do seio escolar e as instituições de apoio.

Desta forma, foram-me atribuídos três casos encaminhados pelo Serviço de Neonatologia e Pediatria de Desenvolvimento, para uma avaliação psicométrica, com recurso às provas Griffiths e WISC-III. O processo foi faseado em 3 partes, sendo que,

(1) recolha de informação biopsicossocial e estabelecimento de relação terapêutica, (2) recurso aos instrumentos psicométricos adequados à faixa etária do utente para a avaliação psicológica e (3) devolução dos resultados para finalização do processo, assim como, a utilização e sensibilização para a importância da psicoeducação na mudança comportamental.

Considero que, esta experiência na área infantojuvenil foi uma mais-valia para mim pois permitiu-me compreender as dificuldades da administração de uma prova com inúmeros estímulos e, perante crianças diagnosticadas com PHDA, adquirir competências e estratégias relacionadas com a promoção de interesse e atenção nas crianças. Além da intervenção com as crianças, é também necessária uma abordagem com os pais com o objetivo de partilhar estratégias parentais positivas que os auxiliem no processo desenvolvimental da criança.

Durante este processo, sinto que enfrentei inúmeros obstáculos, mas que foram fundamentais para que a minha experiência fosse tão enriquecedora. As reuniões de orientação, com a orientadora local, tiveram um impacto positivo, visto que, me possibilitaram um esclarecimento de dúvidas e uma receção de feedback das notas clínicas que elaborava.

3.5.2 Consultas de Avaliação Neuropsicológica

Recentemente o papel do psicólogo tem vindo a expandir-se e, desta forma, têm surgido novas áreas de estudo como por exemplo a Neuropsicologia.

Este ramo da Psicologia dedica-se ao estudo científico das relações mútuas existentes entre os aspetos cognitivos e afetivos, a personalidade, o comportamento (isolado ou em interação) e o funcionamento cerebral (Ardila & Ostrosky, 2012; Kasten et al., 2021; Kolb & Whishaw, 2015; Sociedade Portuguesa de Neuropsicologia [SPNPsy], 2022). Assim sendo, recorre a uma variedade de métodos e técnicas, quer da Psicologia em geral, quer especificamente da Neuropsicologia e de outras neurociências (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2018). A sua atuação pode consistir duas direções: (1) na realização de um diagnóstico recorrendo à avaliação psicológica, que utiliza testes e exercícios neuropsicológicos para correlacionar as alterações observadas no comportamento do indivíduo com as possíveis áreas cerebrais envolvidas; e (2) na terapia através da intervenção neuropsicológica. (Noreña & Lago, 2007; SPNPsy, 2022).

Diante disso, a avaliação psicológica tem como finalidade o auxílio ao diagnóstico diferencial e prognóstico, a definição de estratégias para orientação do tratamento, o planeamento do processo de reabilitação e o apoio a perícias legais (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2018).

No decorrer da atividade de estágio, avalei 3 casos neste campo de atuação.

O processo de acompanhamento foi composto pela recolha de anamnese, aplicação de instrumentos de avaliação, elaboração de um relatório para posterior devolução de resultados com conclusões diagnósticas e indicações terapêuticas recomendadas.

Destes 3 casos realizados, apenas foi possível realizar a intervenção a um utente, sendo que, os restantes foram encaminhados para o Psicólogo responsável. A avaliação neuropsicológica da maioria dos casos, foi realizada tendo em conta um protocolo previamente estabelecido (Anexo V), com o objetivo de compreender a situação atual do doente e estabelecer prioridades acerca da necessidade de acompanhamento psicológico ou encaminhamento para outra especialidade. Posteriormente será apresentado, no presente relatório, um caso clínico com informação pormenorizada que nos foi encaminhado pelo serviço de Neurologia, para avaliação e reabilitação neuropsicológica devido a queixas de alterações mnésicas. No início da atividade prática, vivenciei dificuldades intrínsecas ao nível da incerteza do diagnóstico, dado que, em contexto hospitalar encontramos-nos perante inúmeras e diversificadas patologias orgânicas e psicológicas.

A reabilitação cognitiva foi uma atividade realizada individualmente e à medida do utente, com recurso a papel e lápis e com uma duração de 45 minutos a 1 hora, abrangendo a estimulação de um conjunto de funções cognitivas. Assim, este processo centrou-se em intervenções focadas no funcionamento das atividades de vida diária, direcionadas para atividades específicas identificadas como relevantes para o doente, recorrendo a estratégias que promoviam a melhoria, a gestão e/ou compensação das limitações nas atividades identificadas (Kudlicka et al., 2023).

Assim sendo, a reabilitação neurocognitiva teve como principal objetivo a melhoria do funcionamento nas atividades da vida diária, sendo que os objetivos foram previamente definidos, o plano de intervenção focou-se na avaliação do funcionamento atual do individuo e, as estratégias de intervenção foram definidas mediante a capacidade da pessoa e dos objetivos terapêuticos. Contudo, ao longo desta atividade prática, reconheci que precisava de desenvolver recursos emocionais e clínicos que me ajudassem a lidar com questões que surgiam no decorrer das sessões, além de, estratégias e técnicas a

implementar para prevenção de défices cognitivos com o intuito de promover um envelhecimento ativo. Saliento que, existiu a necessidade de realizar um estudo intensivo, dedicação e observação detalhada para conseguir oferecer uma resposta adequada e eficaz aos pedidos recebidos. Refletindo acerca da minha atuação, senti que no início encontrava-me mais focada em quais seriam os instrumentos mais adequados e quais as questões principais de cada caso. No entanto, com o decorrer das consultas e com o auxílio das reuniões de orientação e de supervisão, fui superando as minhas dificuldades iniciais, o que me permitiu alcançar objetivos enriquecedores ao nível do crescimento pessoal e profissional.

3.5.3 Consultas de Visita Domiciliária

Atualmente, a unidade hospitalar possui dois serviços de prestação de cuidados em contexto domiciliário. Um dos serviços é realizado pelo Serviço de Psiquiatria em situações de alta hospitalar ou incapacidade de deslocação e, é realizado semanalmente pela equipa de Psiquiatria e, alternadamente é acompanhado pela equipa de Psicologia, Enfermagem e Assistente Social. O outro serviço é disponibilizado através do Projeto “Paliativos Consigo”, e refere-se à prestação de cuidados especializados a doentes do foro paliativo no seu domicílio, nas várias fases da sua doença.

No desenrolar do meu estágio, surgiu a possibilidade de acompanhar a equipa de cuidados paliativos em 22 visitas domiciliárias, uma vez que, o instituto universitário e a unidade hospitalar tinham um acordo relacionado com uma linha de investigação neste âmbito e, por esse motivo, foi-me permitido realizar a recolha de dados para utilizar na minha dissertação de mestrado intitulada de “Intervenção em Cuidados Paliativos: Estudo Piloto da Terapia do Sentido de Vida no Domicílio”.

Face ao exposto, sinto que foi uma área que me marcou bastante devido a, numa fase inicial, achar que não tinha recursos de regulação emocional suficientes para gerir situações de elevada complexidade, uma vez que, o destino daqueles utentes não poderia ser alterado e o meu pensamento focava-se em como poderia ajudar alguém que foi diagnosticado com uma doença terminal. Na maioria das visitas, estes doentes apresentavam sintomas como dificuldades de comunicação, dificuldades de respiração, vômitos recorrentes, aspeto excessivamente emagrecido e com uma necessidade extrema de cuidados constantes. Posto isto, esta experiência ajudou-me a refletir sobre a vida, sobre o propósito de viver e, de certa forma fez-me perceber que o objetivo de cuidar é

proporcionar qualidade e dignidade aos dias que “restam”. É verificado que, quando o paciente se encontra em Situações de Últimos Dias (SUD), existe uma maior expectativa de vida nos doentes que possuem conflitos internos e/ou externos. Os conflitos, na sua maioria, estão relacionados com conflitos familiares, situações por resolver, a necessidade de ser perdoado, a necessidade de reconciliação e a descoberta de novos significados.

O papel do Psicólogo, neste contexto, consiste na promoção do sentido e significado de vida, no auxílio da comunicação entre o doente e a família, facilitar na resolução de conflitos, explorar medos e fobias, intervir em momentos de crise, auxiliar no estabelecimento de objetivos reais, ajustáveis e realizáveis, identificar fatores precipitantes de stress, promover a expressão e elaboração de sentimentos e pensamentos (Lucena et al., 2020).

Mas, para além de todos estes objetivos de intervenção, considero que, é fundamental estar presente, escutar, dar as mãos e demonstrar apoio e conforto porque tanto os doentes como os familiares se encontram perante um enorme sofrimento e, necessitam de sentir que não estão sozinhos perante as dificuldades. No decorrer das visitas, existiu um caso que me marcou significativamente pois nas primeiras visitas quando abordava o tema “morte” tanto o doente como o familiar ficavam em choque como se isso nunca fosse acontecer e por ser considerado um tema “tabu”. Entretanto, no fim da intervenção da “Terapia Sentido de Vida” a esposa deste doente agradeceu pelo facto de ter abordado esse tema porque a auxiliou no processo de aceitação da realidade e no alívio do seu sofrimento: “No início foi muito doloroso, foi chocante, mas agora sei que foi necessário e que me sinto aliviada porque não me tenho de sentir culpada se algo acontecer. É a lei da vida” sic. São frases como esta que me confortam e que me mostram a importância de cuidarmos de quem cuida também.

**“Não podemos dar dias à nossa vida, mas podemos dar vida aos dias que nos
restam”**

3.6 Grupos de Intervenção Terapêutica

Os grupos psicoterapêuticos são uma forma de os pacientes experienciarem um processo terapêutico em conjunto com pessoas que partilham o mesmo tipo de dificuldades num ambiente seguro e controlado, sendo que, a literatura tem demonstrado que estes grupos apresentam uma grande eficácia (Barkowski et al., 2020; Krishna et al., 2011; McDermut et al., 2001) e comparativamente à psicoterapia individual, os seus benefícios são, pelo menos, idênticos (McRoberts et al., 1998). Esta modalidade de intervenção em contexto hospitalar possibilita intervir num elevado número de utentes em simultâneo, nunca esquecendo de oferecer aos pacientes um espaço seguro, de modo, a promover a sua expressão e validação emocional. Segundo Winegardner (2017), o grupo contribui para a possibilidade de partilhas de feedback construtivos e, o impacto provocado nos doentes pode ser mais positivo do que os feedbacks apresentados pelos profissionais e/ou pela família.

Neste sentido, inicialmente foi-me proposto a criação de um grupo terapêutico e a respetiva elaboração de materiais de suporte educativo, e a minha escolha debruçou-se na temática da Depressão. No entanto, com o decorrer do estágio, foi-me proporcionado a participação em mais cinco grupos terapêuticos: dois Grupos Psicoeducativos e de Autoajuda no Luto, um Grupo Psicoeducativo da Doença Oncológica, um Grupo Psicoeducativo na Dor Osteoarticular e mais um grupo Psicoeducativo na Depressão. Neste sentido, a minha participação realizou-se como terapeuta nos grupos com a temática de Depressão e Luto e coterapeuta nos grupos com a temática de Doença Oncológica e Dor osteoarticular. Porém, apesar de ser muito desafiante o trabalho simultâneo nos seis grupos, classifico este marco como enriquecedor, dado que, contribuiu para o aumento de conhecimentos no domínio da intervenção e competências de gestão de grupo.

3.6.1 Grupo Psicoeducativo na Depressão- “As Marias”

A depressão caracteriza-se como uma experiência humana comum (OPP, 2021), sendo considerada pela OMS o problema mais frequente a nível mundial e que afeta cerca de 10% dos cidadãos portugueses. Segundo estudos publicados (Cuijpers et al., 2011), a psicoterapia é considerada um método eficaz para o tratamento da “depressão em adultos, idosos, mulheres com depressão pós-parto, indivíduos com doenças físicas,

utentes dos Cuidados de Saúde Primários, indivíduos com depressão crónica e com depressão subliminar” (OPP, 2015 p.7).

O grupo de intervenção desenvolvido no CH dirigiu-se a pacientes maioritariamente encaminhados pelo serviço de psiquiatria ou psicologia, em contexto de consulta externa, de ambos os sexos e com sintomatologia depressiva, sendo o número médio de participantes por grupo de oito a dez pessoas. O Grupo realizou-se quinzenalmente, com uma duração de 8 sessões de 60 a 90 min.

Relativamente à avaliação inicial, foi utilizado um protocolo pré-definido, procedendo-se assim à aplicação do *BDI-II* para avaliação da presença e severidade da sintomatologia depressiva, o *HADS* para aferir o seu nível de ansiedade e depressão e o *Brief Cope* para avaliar as estratégias de *coping*. No fim da intervenção grupal, é aplicado novamente o protocolo avaliativo para se verificar o impacto no grupo em termos de efeitos terapêuticos. Neste sentido, o grupo teve uma valência psicoeducativa e preventiva, permitindo o conhecimento sobre as perturbações depressivas e perturbações ansiosas, tendo em conta, os sinais, fatores protetores e fatores precipitantes.

Os objetivos deste grupo basearam-se em oferecer informação para a aceitação e compreensão da doença, promover um espaço para identificação, expressão e aceitação de sentimentos, emoções e pensamentos individuais acerca desta temática, proporcionar um desenvolvimento a nível pessoal, possibilitar a adoção de comportamentos que permitam o bem-estar e qualidade de vida, criar uma relação de suporte e apoio emocional que suscite a relação terapêutica, fornecer estratégias de *coping* adaptativas na gestão dos níveis de stress, variações de humor, pensamentos e comportamentos. Através desta intervenção pretende-se reduzir a sintomatologia e a prevenção de recaídas, intervir nos pensamentos automáticos negativos, nas crenças e nas distorções cognitivas, promover a expressão e aceitação emocional, a resolução de problemas, a adoção de um estilo de vida saudável e promover o autoconceito e autoeficácia.

Em relação ao desenvolvimento das sessões, criei uma apresentação em formato digital (Anexo VI), elaborei folhetos informativos e exercícios práticos sobre temáticas abordadas ao longo do grupo. Estas sessões centraram-se numa vertente psicoeducativa e de suporte emocional, assente no Modelo Cognitivo-Comportamental, apresentando-se seguidamente uma síntese dos conteúdos de cada uma das sessões.

A sessão 0.1 consistiu na apresentação do programa e dos conteúdos de intervenção, onde foram referidos os objetivos e a finalidade do grupo terapêutico para que os participantes pudessem tomar a decisão se gostariam e estariam disponíveis para

participar neste grupo ou se, naquele momento não faria sentido para eles aquela abordagem terapêutica. Foi realizada a apresentação das terapeutas, das regras de funcionamento e análise das expectativas e necessidades do grupo. Posteriormente, foi solicitado a cada participante, o preenchimento do protocolo de avaliação pré-definido.

A sessão 1 tinha como objetivo a promoção de conhecimentos psicoeducativos acerca da Depressão, de modo, a explorar os conceitos relacionados com emoções, perturbação depressiva e os fatores de riscos associados à mesma. No final da sessão foi mostrado aos participantes um vídeo acerca da saúde mental e, posterior reflexão acerca do mesmo. Como trabalho de casa, foi sugerido aos participantes o preenchimento de uma tabela com o objetivo de estabelecerem objetivos de vida a curto e a longo prazo.

A sessão 2, intitulada de “A memória na Depressão aos olhos da Neuropsicologia” surgiu como resposta às necessidades dos participantes, dado que, se encontravam bastantes inquietos em relação às queixas de memória e apresentavam sentimentos de desconforto e preocupação quanto à incerteza de uma possível correlação com as doenças demenciais. Neste sentido, foi abordado conceitos psicoeducativos sobre Depressão e Demências, estratégias e técnicas a implementar para prevenção de défices cognitivos, bem como, a promoção do envelhecimento ativo. No final da sessão foram explorados os conteúdos aprendidos durante a intervenção (e.g. atividade “Hoje Aprendi...”).

A sessão 3 intitulada de “Pensamentos negativos e Distorções” tinha como objetivo a exploração de pensamentos ruminativos existentes nos participantes, promoção de estratégias de reestruturação cognitiva: identificação de pensamentos automáticos negativos, análise de evidências e introdução dos pensamentos alternativos. No final da sessão foi realizada uma atividade de reflexão acerca do tema abordado na intervenção e, como trabalho de casa, foi entregue aos participantes a folha para “Registo de Pensamentos Automáticos Negativos”.

A sessão 4 intitulada de “Vida Saudável” centrou-se na promoção de conhecimentos sobre o estilo de vida saudável, nomeadamente, os hábitos alimentares, o exercício físico, a higiene do sono, a gestão do stress e o impacto positivo na saúde física, mental e no bem-estar geral. No final da sessão foi apresentado aos participantes um vídeo acerca do tema e, posteriormente, realizado um momento de reflexão e de promoção de estratégias eficazes e adequadas para um estilo de vida mais saudável.

Na sessão 5 intitulada “Gestão de Stress” abordou-se a temática da importância da regulação emocional através da promoção de conhecimentos sobre inteligência emocional. Além disso, foram promovidas estratégias de regulação emocional e de

autocuidado. No final da sessão foi entregue um folheto informativo acerca da importância do autocuidado a cada um dos participantes para posterior reflexão e adoção de estratégias.

A sessão 6 intitulada “Identificar e Prevenir Recaídas” centrou-se na exploração dos conceitos referentes às “recaídas” vivenciadas pelos participantes, tendo em consideração tratar-se de utentes diagnosticados com perturbação depressiva crónica. Deste modo, foram explorados os sinais de alerta, os fatores de risco, os fatores de proteção. No final da sessão foi apresentado o vídeo “Eu tinha um cão preto: o seu nome era depressão” como forma de reflexão da intervenção realizada nas sessões anteriores.

Na última sessão, sessão 6.1 intitulada como “Reflexão” pretendia-se a realização de uma reflexão acerca dos conteúdos abordados ao longo das sessões, integração dos ganhos do processo terapêutico, partilha e discussão dos objetivos após o término do grupo e aplicação das escalas de avaliação utilizadas no pré-teste, de forma a avaliar a eficácia do grupo terapêutico.

Relativamente à eficácia desta intervenção em grupo, comprovou-se que existiram melhorias da sintomatologia ansioso-depressiva apresentada pelos participantes na 1ª sessão comparativamente ao período pós-intervenção. Verificou-se que a maioria dos elementos do grupo retomaram ou iniciaram atividades de lazer que assentam na promoção do envelhecimento ativo. Curiosamente, todos os elementos deste grupo chamavam-se “Maria” e, por esse motivo, decidimos intitular este grupo como “As Marias”.

3.6.2 Grupo Psicoeducativo no Luto- “Virar a Página”

O luto é um processo que se inicia a partir da perda de uma pessoa querida e, é considerada uma das experiências mais dolorosas que podemos vivenciar. Este processo psicológico é único e universal, dado que, a experiência emocional de enfrentar a perda pode diferir de indivíduo para indivíduo. Contudo, há sintomas que são semelhantes em todos os processos principalmente a adaptação a uma nova realidade.

O grupo “Virar a página” teve como objetivo oferecer informação que permitisse a compreensão do processo de luto, promover um espaço de identificação, expressão e aceitação de sentimentos e emoções, partilha de experiências, promoção de estratégias de *coping* adaptativo para resolução de problemas, promoção de conhecimentos acerca da vivência de dor e/ou de luto experienciada, proporcionar a expressão e a aceitação

emocional, bem como, o crescimento e desenvolvimento pessoal de cada utente. Além dos objetivos mencionados, foi esclarecido em todas as sessões que o objetivo do grupo não é esquecer o ente querido, mas sim recordar: “Elaborar o luto não é esquecer, é encontrar espaço na vida para aquele que foi perdido”. Como critérios de inclusão estabeleceu-se que o grupo deveria ser composto por participantes em processo de luto patológico, sinalizados pelo serviço de psiquiatria ou psicologia, em contexto de consulta externa, de ambos os sexos. Assim sendo, o número médio de participantes por grupo era de oito a dez pessoas. Inicialmente foram constituídos dois grupos, contudo devido à desistência de alguns participantes, foi necessária uma reorganização em apenas um grupo. Relativamente à frequência, o grupo realiza-se quinzenalmente, com uma duração de 8 sessões de 60 a 90 min. De forma a dar suporte às sessões, criei uma apresentação em formato digital (Anexo VII), elaborei folhetos informativos e dinâmicas grupais sobre questões que eram abordadas durante as sessões. Estas centraram-se numa vertente psicoeducativa e de suporte emocional, assente no Modelo Cognitivo-Comportamental. No fim de cada sessão era apresentada uma frase acerca do processo de luto, de forma, a promover um momento de reflexão entre os participantes e os terapeutas.

Embora o luto patológico seja associado à intervenção psicoterapêutica individual, sabemos através de estudos publicados que existem resultados que permitem perceber a eficácia da terapia de grupo na redução dos sintomas de luto (Knowles et al., 2021; Rosner et al., 2011; Robison & Pond, 2019). Assim, foi possível constatar melhorias ao nível da sintomatologia psicoafectiva apresentada na primeira sessão pelos pacientes comparativamente à última sessão.

Este grupo, consistiu numa das experiências mais desafiadoras ocorridas no estágio devido a se tratar de um tema bastante delicado e complexo, e por esse motivo, senti dificuldades devido a não ter a certeza se estaria a abordar o tema da forma mais adequada. Para amenizar estas inquietações, recorri às reuniões de orientação para esclarecimento de dúvidas. Um dos casos que mais me marcou neste grupo encontrava-se relacionado com a perda de um filho, o que é contra a lei natural da vida. No início do grupo, a figura materna não conseguia abordar o assunto nem dizer o nome do seu ente querido. Contudo, ao longo das sessões, foi possível verificar melhorias neste âmbito sendo que, já conseguia pronunciar o nome e recordar as memórias vivenciadas.

3.6.3 Grupo Psicoeducativo na Dor Osteoarticular

Dentro da intervenção em grupo, foi-me possibilitada a participação como coterapeuta num grupo de intervenção destinado a pacientes com diagnóstico de dor osteoarticular crónica, maioritariamente encaminhados pelo serviço de psiquiatria ou psicologia, em contexto de consulta externa, de ambos os sexos. Relativamente à frequência, o grupo realiza-se quinzenalmente, com uma duração de 8 sessões de 60 a 90 min e o número médio de participantes por grupo é de cerca de 8 a 10 pessoas.

As sessões foram dinamizadas por uma psicóloga do serviço e por mim e, centraram-se na abordagem psicoeducativa da dor crónica, pensamentos ruminativos associados, promoção de estratégias de *coping* adaptativas, promoção de um estilo de vida saudável e implementação de técnicas de relaxamento com o intuito de reduzir a sintomatologia associada.

Enquanto coterapeuta, exercia funções de monitorização, supervisão e suporte nas atividades realizadas, tendo-me sido dada oportunidade para intervir sempre que considerasse pertinente. Após a minha participação neste grupo de intervenção, sinto que aumentei o meu conhecimento acerca da área da Dor e me permitiu adquirir uma nova visão acerca dos impactos da Dor na nossa saúde física e mental. Numa fase inicial, os participantes “competiam” pelo nível de dor, no entanto ao longo das sessões, foram-se apercebendo que o nível de dor que cada um sente é individual e, adotaram uma postura empática em relação aos outros elementos.

3.6.4 Grupo Psicoeducativo na Doença Oncológica

O cancro é uma das patologias mais temidas e caracteriza-se por estados exaustivos de luta, sintomatologia ansiosa e depressiva e aumento significativo dos níveis de stress. Ao longo do tempo, os estudos têm comprovado que existe uma diminuição do sofrimento emocional associado à doença oncológica e uma aquisição de estratégias de *coping* adaptativas nos sujeitos submetidos à intervenção psicoterapêutica em grupo. Os contextos de vida semelhantes permitem aos indivíduos, um maior envolvimento grupal e uma maior partilha de experiências.

O psicólogo assume um papel preponderante na doença oncológica, na medida em que, aborda aspetos psicossociais e auxilia na diminuição do sofrimento emocional dos doentes. Posto isto, colaborei como coterapeuta num grupo de intervenção destinado a pacientes com diagnóstico de doença oncológica, encaminhados maioritariamente pelo

serviço de psiquiatria ou psicologia, em contexto de consulta externa, do sexo feminino. Relativamente à frequência, o grupo realizou-se quinzenalmente, com uma duração de 8 sessões de 60 a 90 min e um número médio de participantes por grupo de 6 a 8 pessoas. Os objetivos deste grupo de intervenção centravam-se na promoção de uma adaptação saudável aos efeitos do cancro e dos tratamentos; diminuição da sintomatologia psicopatológica e do sofrimento psicológico; melhoria das estratégias de *coping*, dos estados de humor e o autoconceito, contribuindo para o ajustamento emocional e o crescimento pessoal e promoção da qualidade de vida do doente. Após a finalização da intervenção em grupo, comprovou-se a eficácia desta intervenção através de melhorias da sintomatologia ansiosa apresentada na 1ª sessão, além de, um aumento da autoestima descrita pelas participantes (“já consigo sair à rua sem a peruca”sic).

3.7 Elaboração e Atualização de Protocolos

Durante o período de observação participante, surgiu a oportunidade de atualizar os protocolos hospitalares do serviço de Psicologia em diversas áreas de atuação: Cuidados Paliativos Utente, Cuidados Paliativos Cuidadores, Consulta Luto Individual e Consulta Luto Família.

O objetivo destes documentos consiste em uniformizar os critérios de acessibilidade, orientação e acompanhamento à consulta individual destas áreas de atuação. Este documento serve de base para a elaboração da consulta individual e, por esse motivo, orientar a equipa multidisciplinar da unidade hospitalar e Comunidade Civil.

3.8 Formações Realizadas

No dia 15 de fevereiro de 2023, realizei uma apresentação intitulada de “A gestão emocional dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias”. Esta apresentação surgiu no seguimento do trabalho desenvolvido na área dos Cuidados Paliativos e, na escolha do tema optei por abordar a comunicação de más notícias devido a se tratar de um tema de elevada complexidade para os profissionais de saúde.

Segundo Camargo et al. (2019), é essencial que os profissionais de saúde detenham capacidades comunicacionais e estratégias de *coping* que os auxiliem na comunicação de notícias difíceis aos doentes e/ou aos familiares. Porém, a promoção do

desenvolvimento das competências de comunicação nos profissionais de saúde ainda se encontra deficitária quando comparada com as necessidades.

Assim, a ação formativa (Anexo XII) teve como objetivo principal explorar a importância da comunicação em contextos de saúde, o papel do psicólogo neste processo e a promoção de comunicação eficaz e assertiva. A vulnerabilidade humana foi também abordada, dado que, o profissional de saúde nos Cuidados Paliativos trabalha constantemente com situações complexas e que provocam sofrimento por estarem sucessivamente em confronto com a morte. A insegurança nos profissionais encontra-se presente, no sentido em que, por vezes não sabem como lidar com uma possível resposta emocional ou, com o sentimento de fracasso e desilusão relativamente aos doentes (Ferreira et al., 2017).

Assim sendo, existe uma probabilidade acrescida ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout e, por isso, foram abordadas estratégias de *coping* adaptativas que auxiliem na sua prevenção.

3.9 Formações Recebidas

A unidade hospitalar desenvolve anualmente várias atividades formativas no âmbito do Projeto de Formação em Serviço para os profissionais de saúde que o integram e, é fundamental que o psicólogo invista continuamente na sua formação, de modo a encontrar-se atualizado e conseguir prestar serviços de excelência (APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; OPP, 2021; Teixeira, 2008).

Neste sentido, foi-me proporcionada a oportunidade de participar nas seguintes formações: “Gestão do Burnout na UMAD”, “V Reunião Interdisciplinar - CRUZADAS: Crescer Sem Tempo”; “Papel da Psicologia e estratégias a implementar no GAM”. Estas atividades formativas permitiram-me a aquisição e o aprimoramento de conhecimentos, incentivando a um processo contínuo de procura de atualização prática e científica, revelando-se assim uma mais-valia para o desenvolvimento pessoal e profissional.

4. Estudo de Caso

4.1 Dados de Identificação

Homem de 44 anos, casado, pertence a uma fratria de 7 irmãos, reside com a esposa E. de 42 anos (trabalha em confeção, tem o 9º ano de escolaridade) e dois filhos (16 anos e 20 anos). É católico e atualmente encontra-se a exercer funções como operador de madeira e estudou até ao 6ºano de escolaridade, sem reprovações.

4.2 Genograma

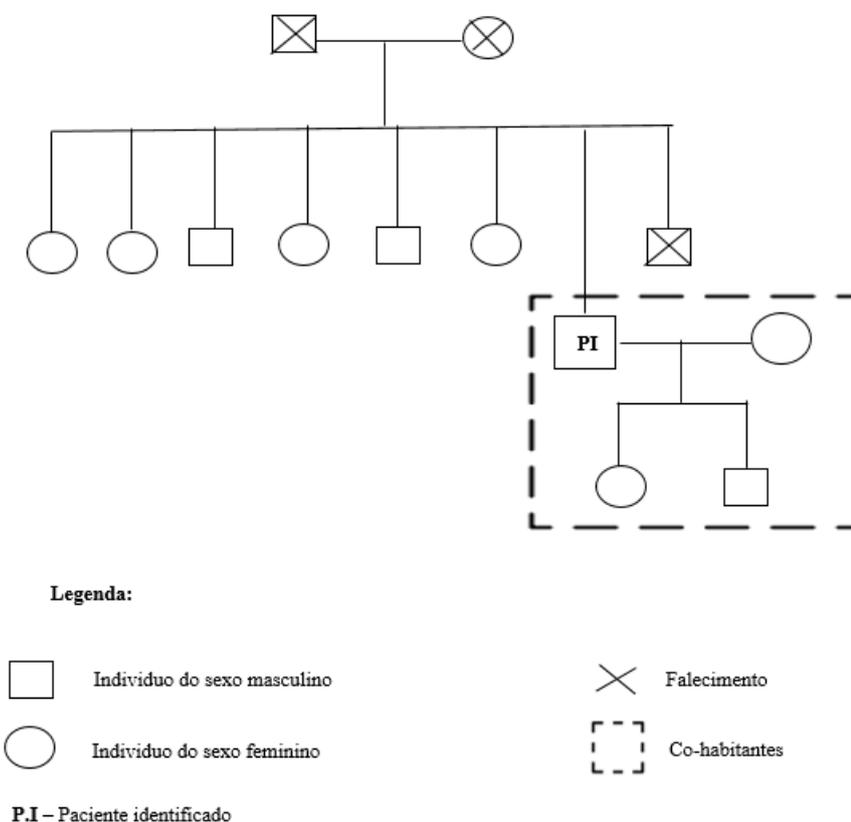


Figura 1: Genograma de J.

4.3 Motivo de Encaminhamento

O paciente foi encaminhado pela consulta externa da especialidade de Neurologia do CH para realização de uma avaliação neuropsicológica, devido a apresentar queixas de alterações mnésicas. (setembro, 2022).

4.4 Fontes de Informação

Todas as informações recolhidas acerca da história clínica foram descritas pelo utente e pelo cônjuge durante a avaliação formal. Foram ainda obtidas informações através da análise do processo clínico.

4.5 História Pessoal

J. refere que nasceu de parto normal, sendo uma gravidez não vigiada. Durante a primeira infância afirma ter tido um desenvolvimento normativo e conclui o 6º ano de escolaridade. O paciente pertence a uma fratria de 8 irmãos, três do sexo masculino e quatro do sexo feminino, sendo que, um já faleceu. Afirma ter uma relação positiva com todos os elementos da família, mantendo-se até aos dias de hoje “somos uma família muito unida, estamos sempre lá uns para os outros” sic. A figura paterna faleceu aos 62 anos, quando J. tinha 22 anos, a figura materna faleceu aos 71 anos, quando J. tinha 35 anos e o irmão faleceu aos 21 anos. Com o início da pré-adolescência, iniciou os consumos de álcool, juntamente com os familiares “Naquela altura, comíamos sopas de vinho e todos lá em casa aprendemos a gostar de beber assim” sic.

No decorrer da sua vida J. casou-se e teve dois filhos, um do sexo feminino e um do sexo masculino. A esposa trabalha como costureira e é descrita pelo paciente como, uma pessoa que compreende a sua situação atual, que o ajuda e com a qual mantêm uma relação conjugal positiva. A filha com 20 anos, encontra-se atualmente a exercer funções como operadora de caixa e, o filho com 16 anos, frequenta o ensino secundário. O paciente, refere que a filha já mencionou inúmeras vezes, sentir-se triste pelos comportamentos de abuso etílico deste “Ela chora diz que eu me estou a afundar cada vez mais e que não quer ficar sem mim” sic. J. refere que os elementos do núcleo familiar não lhe oferecem o apoio que gostaria de obter e salienta “eles colocam-me sob pressão. Eu não sei lidar com essa pressão e controlo. Isso provoca-me raiva e bebo mais, esqueço-me mais das coisas” sic.

Quanto à sua profissão, é operador de madeira, exercendo desde os 14 anos de idade. Trabalha no mesmo local desde a década de 90. Descreve o local de trabalho como sendo um sítio com bom clima de trabalho, entreajuda entre os colaboradores e a chefia e, sente que o seu esforço é valorizado. Contudo, afirma que “tenho vergonha de dizer ao meu patrão e aos meus colegas que não posso beber. Acho que vão gozar comigo” sic.

O paciente relata que foi fumador durante muitos anos, mas cessou os hábitos tabágicos há 6 anos. Refere que não sentiu dificuldades na desabituação deste hábito, porém, sente que os hábitos etílicos não está a conseguir abandonar sem auxílio. Refere “às vezes nem consigo arranjar uma justificação para estar a beber, eu sei que faço mal, mas... é difícil não ceder à tentação” sic. Atualmente, está a realizar tratamento no Centro de Respostas Integradas (CRI) para a abstinência dos consumos etílicos.

J. refere elevados níveis de irritabilidade e predomínio de frustração relativamente à dependência de substâncias alcoólicas e, relata que vivenciou diversos conflitos com a esposa e filha acerca deste tema. Durante o confinamento devido ao COVID-19, afirma que aumentou a frequência destes hábitos e, conseqüentemente houve um declínio significativo a nível cognitivo (queixas mnésicas).

Após a proposta de acompanhamento neuropsicológico, J. apresentou-se motivado, com potencial de mudança, perante uma rotina pouco ativa e estruturada.

4.6 História Familiar

No que diz respeito a doenças psiquiátricas ou psicológicas na família, J. refere que não existe diagnóstico de perturbações na família. Quanto a patologias orgânicas, refere que as patologias cardíacas estão presentes na família há várias gerações, maioritariamente, diagnosticados com cardiomiopatia alcoólica com disfunção ligeira. Além disso, a figura materna foi diagnosticada com leucemia e, o irmão mais novo diagnosticado com Doença Renal.

4.7 Estado Mental e Avaliação do Comportamento

Durante o processo de acompanhamento psicológico, o paciente compareceu sempre com um aspeto cuidado e adequado, comportamento cooperante e postura reservada. Manteve o contacto ocular, consciente, sem comprometimento ou alteração senso perceptiva e de conteúdo, dificuldades de orientação no tempo e espaço, discurso circunstancial e limitado. Apresentava algum *insight* e humor eutímico.

4.8 Instrumentos de Avaliação Aplicados

Ao longo do processo de avaliação foram utilizados diversificados instrumentos para a realização adequada do diagnóstico e a tomada de decisão quanto ao estabelecimento do plano de intervenção terapêutico. Primeiramente, foi efetuada a recolha da anamnese centrada na história do problema (sintomas, evolução dos mesmos, fatores precipitantes e predisponentes) e a recolha dos dados biopsicossociais relevantes (dados sociodemográficos, desenvolvimentais e familiares). Tendo em consideração a análise da história clínica, foram utilizados os seguintes instrumentos com o intuito de avaliar a autonomia e funcionalidade do paciente nas diversas tarefas da vida diária:

- *MOCA (Montreal Cognitive Assessment):*
 - Instrumento breve para rastreio do défice cognitivo ligeiro, avalia atenção e concentração, função executiva, memória, linguagem, capacidade visuo-construtiva, raciocínio abstrato, cálculo e orientação;

- *ACE-III (Addenbrooke's Cognitive Assessment):*
 - Tem como objetivo traçar um quadro geral do funcionamento cognitivo (Atenção e Concentração; Memória; Fluência; Linguagem; Capacidade Visuoespacial e Visuoconstrutiva);

- *INECO Frontal Screening:*
 - Tem como objetivo uma breve avaliação das funções executivas (Programação Motora; Controlo Inibitório; Memória de Trabalho (Verbal e Espacial) e Abstração);

- *IADL (Instrumental Activities of Daily Living):*
 - Tem como objetivo para avaliação da autonomia e capacidade nas atividades comuns da vida diária;

- *EADS (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress):*
 - Tem como objetivo para avaliação de sintomatologia depressiva e ansiosa;

- *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test):*
 - Tem como objetivo diagnosticar e problemas ligados ao álcool, permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo de baixo risco, de risco, nocivo e a dependência, de uma forma rápida e simplificada;
- *WAIS-III (Escala de Inteligência de Weschler para Adultos):*
 - Tem como objetivo para avaliação do desempenho cognitivo;

O protocolo habitualmente é utilizado pelo local de estágio é composto pelos seguintes instrumentos: *MOCA*, *ACE-III*, *INECO*, *IADL*, *HADS*. No entanto, considerou-se pertinente a inclusão do *AUDIT* devido à existência de hábitos etílicos e da *WAIS-III* que nos permitiu avaliar pormenorizadamente o funcionamento intelectual do sujeito.

4.9 Resultados

WAIS-III (Escala de Inteligência de Weschler para Adultos):

	Índice	Resultado Qualitativo
Q.I Verbal	86	Médio Inferior
Q.I Realização	89	Médio Inferior
Q.I Escala Completa	86	Médio Inferior
Q.I Compreensão Verbal	79	Inferior
Q.I Organização Percetiva	96	Médio
Q.I Memória de Trabalho	98	Médio
Q.I Velocidade de Processamento	74	Inferior

Tabela 1: Resultados da *Escala de Inteligência de Weschler para Adultos- WAIS III*

De acordo com os resultados, verifica-se que existe um comprometimento significativo generalizado ao nível do funcionamento intelectual. Apresentou um desempenho global deficitário (Q.I Global = 86). Apresentou dificuldades ao nível da compreensão verbal pautada por défices semânticos e do raciocínio verbal e, ao nível da velocidade de processamento de informação. Nos domínios mnésicos existem ligeiras alterações da memória de trabalho que se encontra relacionada com a atenção, retenção, processamento de informação e formulação de respostas. A organização perceptiva encontra-se ligeiramente afetada e, diz respeito ao raciocínio fluído, à atenção a detalhes e integração visuomotora.

MOCA (Montreal Cognitive Assessment):

Total= 23/30 (Ponto de corte: < 22 para DCL; < 17 para DA, DFTvc, DV)

Os resultados obtidos nesta prova são sugestivos de que o utente se encontra com um funcionamento cognitivo dentro da média, tendo em conta a faixa etária em que se encontra. Verifica-se um ligeiro declínio das funções executivas e da memória de trabalho. A atenção/concentração também se encontram em défice.

ACE-III (Addenbrooke's Cognitive Assessment):

	Resultados Brutos	Resultados em nota Z
Atenção	16/18	-1.03 (Inferior)
Memória	11/26	-6.10 (Muito Inferior)
Fluência	10/14	-2.27 (Muito Inferior)
Linguagem	26/26	0.71 (Médio Superior)
Visuoespacial	15/16	-0.3 (Médio)
Total	78/100	-2.97 (Muito Inferior)

Tabela 2: Resultados da *Escala Addenbrooke's Cognitive Assessment - ACE III*

Os resultados obtidos neste instrumento foram traduzidos em notas Z, sendo que, de uma forma global o utente se encontra com um funcionamento cognitivo muito inferior ao que seria de esperar, tendo em conta, a faixa etária em que se encontra. O domínio cognitivo que se encontra mais afetado é a memória, nomeadamente, dificuldades ao nível da memória de trabalho e memória semântica. Foram patentes alterações significativas ao nível da fluência verbal (fluência semântica e fonémica).

INECO (INECO Frontal Screening):

Total = 24/30; Memória de Trabalho = 8/10

De acordo com os resultados obtidos neste instrumento, verifica-se um ligeiro comprometimento generalizado ao nível das diferentes dimensões do funcionamento executivo avaliadas. Verifica-se um comprometimento significativo da capacidade de Raciocínio Abstrato e de Controlo Inibitório Verbal com impacto nas relações interpessoais.

IADL (Instrumental Activities of Daily Living):

Total = 5

Os resultados obtidos neste instrumento permitem concluir que o utente não apresenta dependência nas diferentes atividades básicas e instrumentais da vida diária.

EADS (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress):

Total: Ansiedade = 6/14; Depressão = 0; Stress = 2;

Na presente escala, os resultados obtidos são indicativos de uma atual ausência de sintomatologia significativa.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification):

Total = 21/40

De acordo com os resultados obtidos, o utente apresenta um nível de risco alto sugestivo de dependência alcoólica.

4.10 Análise Conceptual

Com o propósito de facilitar a compreensão do quadro clínico apresentado anteriormente, foi realizada uma análise de cada uma das patologias orgânicas e do respetivo funcionamento neuropsicológico com o objetivo de estabelecermos uma correlação anatômica e funcional dos défices.

A cardiomiopatia alcoólica, anteriormente conhecido por doença alcoólica do músculo cardíaco (Br Heart J., 1980), corresponde a um tipo de cardiomiopatia dilatada adquirida, que ocorre em duas fases distintas: a primeira fase centrada na pré-clínica e uma segunda fase sintomática, caracterizada por sinais e sintomas de insuficiência cardíaca. Esta patologia está associada ao consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas (Laonigro et al., 2009). O consumo crónico e excessivo de álcool pode levar a uma disfunção cardíaca progressiva e, muitas vezes, a uma insuficiência cardíaca (Fernandez-Sola et al., 1997). Segundo estudos realizados (McKenna et al., 1998), é necessário um consumo de álcool superior a 80g por dia durante pelo menos 5 anos, para ser estabelecido um diagnóstico de Cardiomiopatia Alcoólica. Este diagnóstico é mais frequente em indivíduos do sexo masculino entre os 35 e os 60 anos (Mukamal et al., 2005) e, os órgãos mais afetados são o fígado, o pulmão, musculo esquelético, rim e o cérebro (Schulman et al., 1991).

O cérebro é um dos principais alvos de ação do álcool e, tendo em consideração que o álcool constitui um neurotóxico, provoca efeitos diretos sobre as células nervosas (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Além disso existe uma imaturidade do sistema biológico, o que não permite que esteja apto para degradar o álcool, potenciando os danos cerebrais e défices neurocognitivos com implicações na aprendizagem e no desenvolvimento intelectual (Zeigler et al., 2005). De acordo com as investigações neste âmbito, os indivíduos com episódios de embriaguez apresentam uma diminuição do volume cerebral com implicações na aprendizagem, raciocínio, atenção, tomada de decisão e memória (Giedd et al., 1999; Giedd, 2004). Os comportamentos dependentes do consumo de álcool associam-se a existência de perturbações ansiosas, sendo que, 23% a 70% desses indivíduos podem ser diagnosticados com sintomatologia ansiosa (Merikangas & Angst, 1995; Kranzler, 1996). Na maioria dos casos, este consumo funciona como uma estratégia de *coping* desadaptativa e/ou a ansiedade surge como um sintoma desta dependência em fases de desintoxicação, abstinência e recuperação da síndrome de dependência do álcool.

No entanto, as questões mnésicas não são somente originadas pelo consumo excessivo de álcool, uma vez que, J. foi diagnosticado com Traumatismo Crânio Encefálico originado por um acidente de viação e, conseqüentemente, suspeita de Encefalopatia Traumática Crônica.

A lesão cerebral adquirida ocorre quando um indivíduo após o nascimento sofre um dano cerebral, não relacionado com doença congênita ou degenerativa. Os défices causados pela lesão podem ser temporários ou permanentes e habitualmente desencadeiam incapacidade funcional e desajustamento psicossocial (Brain Injury Society, 2015). Segundo o estudo de Helmy et al., (2011), cerca de 60% dos sobreviventes apresentavam graves sequelas, tanto a nível motor como cognitivo, o que em última instância se traduziu num enorme peso económico e emocional para o doente e familiares.

Os défices neuropsicológicos abrangem um vasto leque, tais como: diminuição do nível de consciência; alterações de memória e atenção; concentração; funções executivas; linguagem; ausência de défices de consciência; aprendizagem verbal; memória visuoespacial e visuoestrutiva; fraco insight; capacidade de planificação e velocidade de processamento de informação. Os processos como a memória, atenção e as funções executivas (Flores & Ostrosky-Solís, 2009) encontram-se sempre afetados independentemente da gravidade da lesão (González et al., 2004; Zasler et al., 2007). Este fenómeno acontece devido à localização dos lobos frontais e temporais dentro do crânio constituírem estruturas vulneráveis, que frequentemente sofrem lacerações nas áreas mais inferiores (Flores & Ostrosky-Solís, 2009). Além disso, os indivíduos com TCE, não sofrem somente sequelas ao nível cognitivo, dado que, o comportamento, o humor e a personalidade também são afetados (Lishman, 1996; Rao & Lyketsos, 2000).

No caso do J., evidenciaram-se alterações significativas no domínio mnésico, objetivando-se défices ao nível da memória de trabalho e memória semântica, que poderão ter sido exacerbados pelo comprometimento existente da atenção concentrada (défices executivos). Nas dimensões do Funcionamento Executivo (raciocínio abstrato, memória de trabalho, controlo inibitório e programação motora) encontram-se défices significativos ao nível da fluência verbal (fonémica e semântica). No entanto, não existem evidências de alterações das funções cognitivas superiores como por exemplo, presença de afasia e agnosia. À medida que o organismo sofre alterações estruturais, as funções que correspondem a essas áreas cerebrais são afetadas por padrões distintos de declínio.

Assim, quando não há uma adaptação funcional às alterações estruturais, o nosso foco orienta-se para um declínio cognitivo patológico, designado por défice cognitivo.

Este défice cognitivo, pode ser causado por perturbações neurocognitivas minor ou major. No que diz respeito à perturbação neurocognitiva minor, conhecida por Defeito Cognitivo Ligeiro (DCL), encontra-se relacionada com o estágio intermediário entre o envelhecimento cognitivo saudável/patológico e demência. Os primeiros critérios clínicos para DCL foram propostos por um grupo de pesquisadores da Mayo Clinic em 1990 e, nesta década, os critérios clínicos exigiam a presença de queixas de memória corroboradas por défices objetivos em testes de memória episódica (em indivíduos que não tinham diagnóstico de demência), um funcionamento cognitivo geral necessariamente preservado e a capacidade de realizar atividades de vida diária de forma independente. É essencial referir que as alterações cognitivas que caracterizam a DCL, não são exclusivas da memória, dado que, podem envolver “atenção, linguagem, orientação no tempo e no espaço, reconhecimento de ambientes e pessoas bem como, organização e planeamento de pensamentos e ações”. (Radanovic, 2015)

A Perturbação neurocognitiva Major é distinta da DCL, pois refere-se à existência de comprometimento significativo ao nível do funcionamento cognitivo e, pode surgir de vários tipos de patologia, como por exemplo, Doença de Alzheimer, Doença vascular, Corpos de Lewy e FrontoTemporal. No entanto, a Doença de Alzheimer é considerada o tipo mais comum da perturbação neurocognitiva Major (Sobral, 2015).

Desta forma e analisando o caso do J., podemos verificar que a sua funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária encontra-se conservada e que apresenta uma rotina ativa, mas limitada relativamente à diferenciação. Neste caso, salienta-se a deterioração das funções cognitivas, principalmente ao nível da memória e do funcionamento executivo, que pode ser explicada pelo consumo excessivo e prolongado de álcool.

Perante o exposto e de acordo com o DSM-V (APA, 2013), J. preenche todos os critérios de Perturbação Cognitiva Minor: a) evidências de declínio cognitivo pequeno a partir de um nível inferior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos com base em: (1) Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que ocorreu declínio na função cognitiva; (2) Prejuízo significativo no desempenho cognitivo, de preferência comprovados por teste neuropsicológico padronizado ou, outra avaliação quantificada; b) Os défices cognitivos não interferem na capacidade de ser independente nas atividades quotidianas; c) Os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de delírios; d) Os défices cognitivos não são explicados por outra perturbação mental.

Deste modo, podemos concluir que se trata de um quadro de Défice Cognitivo Ligeiro do Tipo Amnésico de Múltiplos Domínios em contexto de Perturbação de Substâncias (álcool).

4.11 Processo de Intervenção

Sessões:	Data	Intervenção
1	09/01/2023	Recolha de anamnese;
2	03/02/2023	Exploração de acontecimentos significativos; Aplicação de psicometria (<i>ACE; EADS-21</i>);
3	17/02/2023	Exploração de acontecimentos significativos; Intervenção em Crise;
4	03/03/2023	Exploração de acontecimentos significativos; Aplicação de psicometria (<i>IADL</i>);
5	28/03/2023	Aplicação de psicometria (<i>WAIS-III</i>);
6	31/03//2023	Aplicação de psicometria (<i>WAIS-III</i>);
7	28/04/2023	Aplicação de psicometria (<i>MOCA; INECO</i>);
8	18/05/2023	Devolução de Resultados; 1º sessão de estimulação neurocognitiva
9	26/05/2023	2º sessão de estimulação neurocognitiva
10	02/06/2023	Intervenção em Crise (Luto)
11	16/06/2023	3º sessão de estimulação neurocognitiva
12	30/06/2023	4º sessão de estimulação neurocognitiva
13	07/07/2023	5º sessão de estimulação neurocognitiva
14	14/04/2023	6º sessão de estimulação neurocognitiva; Aplicação de psicometria (<i>MOCA</i>);

Tabela 3: Plano de Intervenção do Caso J.

4.12 Reabilitação Neuropsicológica

J. é um indivíduo jovem que revela comprometimento cognitivo significativo com impacto no seu dia-a-dia e nas suas relações interpessoais. Neste caso, a realização de uma intervenção com base na reabilitação neuropsicológica, é de extrema importância devido aos défices apresentados no momento da avaliação, às consequências nos contextos que o rodeiam e, à tendência para o agravamento destes défices em função do desenvolvimento da doença e dos fatores de risco associados.

De acordo com Wilson (2003), a reabilitação neuropsicológica é um processo assente na cooperação de vários profissionais de saúde, familiares e até membros da comunidade, com o propósito de resolver ou aliviar as deficiências cognitivas resultantes de uma lesão neurológica (Hamdan et al., 2011). Assim, a reabilitação deve atuar segundo um modelo holístico, com uma componente de reabilitação cognitiva, complementada com psicoterapia e intervenção familiar (Prigatano, 1999). Desta forma, a reabilitação cognitiva deve centrar-se no planeamento de tarefas que incluem estratégias de treino cognitivo e estratégias compensatórias, tendo em conta a motivação, as limitações do paciente e a possibilidade do seu sucesso nas atividades propostas (Bolognani et al., 2000; Wilson, 1997). A literatura tem demonstrado que, o tratamento não farmacológico e a utilização da estimulação cognitiva, encontram-se associados a uma melhoria na cognição, na qualidade de vida e na interação social (Mapelli et al., 2013; Spector et al., 2003; Woods et al., 2006).

A intervenção, no caso do J., foi breve devido ao tempo limite do estágio curricular. Por este motivo, e após a análise dos resultados da avaliação psicométrica, foram estabelecidos objetivos de curto e médio prazo, que me permitiram trabalhar os aspetos que considerei preponderantes. Assim, foi elaborado um programa de estimulação cognitiva (Anexo XIII) com o objetivo de promover a adaptação de J. a uma nova realidade através do ajustamento ao nível emocional, familiar e social, bem como, a promoção de autonomia e funcionalidade nas atividades de vida diária (Guerreiro et al., 2009). O programa teve como principal finalidade trabalhar as funções cognitivas e executivas, nomeadamente, a memória, a atenção, a linguagem, a fluência verbal, as capacidades visuoespaciais, o raciocínio abstrato, o cálculo mental e o controlo inibitório.

Considera-se importante que, em simultâneo com a reabilitação neuropsicológica, seja efetuada uma intervenção psicoterapêutica com o intuito de promover o bem-estar físico e psicológico do paciente e dos familiares e, garantir a melhoria da qualidade de

vida dos mesmos. Este tipo de intervenção, deve envolver aspetos cognitivos, comportamentais e emocionais. Portanto, foi realizada uma intervenção psicoterapêutica assente no modelo Cognitivo-Comportamental, ou seja, uma psicoterapia breve e estruturada, focada no presente com o objetivo de desenvolver os problemas atuais do paciente através da reestruturação dos seus pensamentos distorcidos e comportamentos (Beck, 2013). A eficácia deste modelo depende da relação terapêutica estabelecida entre o paciente e o terapeuta (Matos & Oliveira, 2013). O estabelecimento desta relação encontra-se relacionado com diversos fatores, nomeadamente: (1) inclusão do paciente no processo terapêutico, explicando o plano de intervenção; (2) tomada de decisão colaborativa; (3) diminuição de sintomas e alívio de preocupações e angústias do paciente, obtidas através da demonstração de empatia e estratégias terapêuticas adequadas (Beck, 2013). O papel do Psicólogo é crucial na prevenção e tratamento de vários tipos de demência pois, apesar de não curar, consegue reduzir tanto quanto possível, os obstáculos patentes na vida do paciente e promover a aceitação da realidade vivenciada (Yalom, 2000). Assim, a intervenção deve ter como principais princípios a inclusão de aspetos motivacionais, sociais e psicológicos, a fim de cativar o paciente e a sua família durante o processo terapêutico (Boccardi & Frisoni, 2006).

No caso de J., a abordagem centrou-se na psicoeducação acerca da abstinência dos hábitos etílicos, na promoção de estratégias de reestruturação cognitiva, na promoção de estratégias de *coping* adaptativas e resolução de problemas, melhorando as competências funcionais perante situações do dia-a-dia. No entanto, as questões ligadas aos problemas de álcool, realizaram-se numa modalidade multidisciplinar, dado que, o J. era acompanhado em contexto hospitalar e, simultaneamente, pela psiquiatra do Centro de Respostas Integradas (CRI).

No decurso das sessões de acompanhamento, evidenciou-se a importância de J. constituir um agente ativo, motivando-o para a adesão e envolvimento no processo terapêutico, promovendo a consciencialização das consequências dos seus comportamentos no futuro, de forma a, garantir uma maior eficácia dos resultados.

No fim de cada sessão, procurou-se definir tarefas a implementar no dia-a-dia e, transmitir se possível, o feedback mencionando os pontos fortes e limitações, assim como, estabelecer alternativas às dificuldades, tal como referenciado por Winegardner (2017).

J. apresentava dificuldades ao nível da comunicação que se refletia em conflitos internos e nas suas relações interpessoais. Em vista disso, promoveu-se a utilização de estratégias para permitir uma comunicação mais eficaz. O aumento da assertividade do

doente repercutiu-se na resolução de problemas, na melhoria das relações e no aumento da autoestima, uma vez que, se sentia inferiorizado. Por conseguinte, J. começou a utilizar “sim” “não” em vez de “talvez” e, “não posso beber” (sic), por “eu não quero beber” (sic). Deste modo, importa referir que o sentimento de desmoralização consistia num obstáculo à concretização de objetivos previamente definidos tendo um impacto negativo em si e, conseqüentemente, nas suas relações interpessoais.

Uma das temáticas abordadas durante a intervenção psicoterapêutica foi o Luto, uma vez que, durante o período de acompanhamento o J. vivenciou a perda de um ente querido e, nessa sessão de Intervenção em Crise apercebi-me da existência de situações de luto mal resolvidas. Neste sentido, J. apresentava dificuldade em exprimir-se acerca dos seus entes queridos (pai, mãe e irmão) devido à presença de sentimento de culpa. Assim sendo, a intervenção centrou-se na mudança de sentimento de culpa para sentimento de missão cumprida através da exploração dos acontecimentos significativos. Face ao exposto, foram utilizadas estratégias preconizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental tais como, técnica de respiração diafragmática, técnica de relaxamento muscular, questionamento socrático, registo de pensamentos disfuncionais, psicoeducação e reestruturação cognitiva (Beck, 2013).

4.13 Reflexão do Caso

O caso de J. traduz-se num dos maiores desafios para mim enquanto estagiária, porém considerei que foi interessante e constituiu um importante momento de aprendizagem relativamente à abordagem terapêutica que realizei durante todo o processo. Devido às diversas patologias orgânicas diagnosticadas, existiu a necessidade de realizar uma busca incessante de informação, no âmbito das patologias cardíacas, doenças neurológicas e problemas ligados ao consumo de álcool.

Ao longo das sessões, J. adotou uma postura colaborativa e participativa em relação às temáticas abordadas, demonstrando assim uma boa adesão às estratégias terapêuticas abordadas nas sessões. Contudo, se não tivesse sido estabelecida uma relação terapêutica, que transmitisse segurança a J. de partilhar informação relevante acerca da sua vida, a eficácia da intervenção ficaria comprometida.

A principal dificuldade sentida encontra-se relacionada com o sentimento de incapacidade para ajudar o paciente na cessação dos hábitos etílicos devido há existência de um período de recaída durante o processo de intervenção. Apesar disso, quando

explorei os motivos da recaída, detetei pensamentos ruminativos associados a sentimentos de culpa face a situações de luto patológico dos progenitores e do irmão mais novo. Após esta sessão tive necessidade de recorrer as reuniões de orientação com a orientadora local, de modo a apresentar e esclarecer as minhas dúvidas e expor os meus receios e limitações. A intervenção deste caso decorreu num curto espaço de tempo e, considera-se que a longo prazo, seria indispensável a exploração de aspetos do seu contexto físico e/ou social, uma vez que, o círculo relacional próximo assume um papel basilar na vida do doente (Evans, 2003). Em suma, este caso promoveu a aprendizagem e a consolidação de conhecimentos previamente adquiridos na minha formação.

5. Reflexão Final

Neste último capítulo realizo uma reflexão crítica e ponderada acerca do meu percurso, enquanto estagiária ao longo deste último ano curricular. A seleção deste local de estágio não foi a minha primeira escolha, mas tenho a certeza de que foi a decisão certa. Sinto-me muito grata pela experiência enriquecedora que me proporcionou enriquecimento pessoal e profissional, assim como, pela forma como fui acolhida e pelo suporte que obtive dos profissionais que me auxiliaram no processo de adaptação.

No início sentia-me ansiosa e curiosa por entrar num “mundo” desconhecido, dado que, era o meu primeiro contacto prático com a realidade hospitalar. A adaptação ao local de estágio não foi fácil por causa do ritmo, das características inerentes à prática clínica neste contexto, do elevado número de utentes, da diversidade de patologias orgânicas existentes e da necessidade iminente de dar resposta aos pedidos de avaliação e intervenção psicológica.

Considero que o período de observação participante é indispensável para o estagiário, uma vez que, me permitiu alcançar um conjunto de ferramentas que devo recorrer na prática clínica, tais como, a maneira como as temáticas são abordadas perante os pacientes, os pressupostos teóricos utilizados e como devemos adaptá-los a uma determinada situação e alterá-los mediante o progresso, ou não, do utente. Assim, esta etapa permitiu-me uma reflexão crítica acerca dos pressupostos teóricos e da sua aplicação, bem como, as áreas de interesse que devo explorar durante o meu desenvolvimento profissional.

As primeiras consultas realizadas autonomamente, despertaram um misto de emoções e sentimentos por estar a cumprir os objetivos, mas, ao mesmo tempo, a insegurança em relação a se seria capaz de dar resposta às necessidades dos utentes.

No decurso da reflexão acerca deste período, considero que o desafio mais intenso que tive de vivenciar relacionasse com a intervenção nos Cuidados Paliativos em contexto domiciliário devido ao confronto constante com o fim de vida. Esta experiência fez-me refletir sobre a visão que eu tinha acerca desta temática e constatar que, mais do que focarmos na doença, devemos “olhar” para a pessoa, e mostrar empatia e respeito pela dignidade humana respeitando as suas vontades. A carga emocional dos utentes e familiares foi complicada de gerir, dado que, tinha de realizar uma regulação das minhas emoções para não existir um envolvimento pessoal nos casos que acompanhava. No entanto, apesar de todas as dificuldades e limitações sentidas nesta área, sinto que me

“apaixonei” por este âmbito, uma vez que, nos permite “dar” significado à vida dos doentes em estado terminal.

O meu percurso foi marcado por dificuldades e incertezas, mas também por momentos de autonomia, responsabilidade e crescimento que me permitiram desenvolver e aprimorar competências. Nem todos os momentos deste percurso foram fáceis e, nem sempre consegui corresponder às minhas expectativas, mas, foram esses obstáculos que me proporcionaram momentos de evolução e, conseqüentemente, aquisição de capacidades ao nível da resolução de problemas e de tomada de decisão. Posto isto, sinto que os princípios do rigor, da disciplina e da adaptabilidade a novas situações foram cumpridos e, através das reflexões nas reuniões com a orientadora local conclui que as dificuldades sentidas permitiram o meu crescimento em várias vertentes (pessoal, emocional, espiritual, profissional).

Por fim, termino esta etapa com a elaboração deste documento, mas com a certeza de que a minha formação não terminará aqui pois acredito que, um psicólogo se deve manter atualizado e deve aprofundar os conhecimentos durante todo o seu percurso profissional.

6. Referências Bibliográficas

- Araújo, M. D. F. (2007). Estratégias de diagnóstico y evaluación psicológica. *Psicologia: teoria e prática*, 9(2), 126-141.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2011). Psychologists promote health and well-being throughout our nation.
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. The American Board of Professional Neuropsychology
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397-409. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Brown, R. T., Daly, B. P., & Leong, F. T. L. (2009). Mentoring in research: A developmental approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 306–313. <https://doi.org/10.1037/a0011996>

- Boccardi, M., & Frisoni, G. B. (2006). Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of ageing and development*, 127(2), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2005.09.027>
- Bolognani, S. A. P., Gouveia, P. A., Brucki, S., & Bueno, O. F. (2000). Contributions of implicit memory strategies to the rehabilitation of an amnesic patient: case report. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58, 924-930.
- Camargo, N. C., Lima, M. G. D., Brietzke, E., Mucci, S., & Góis, A. F. T. D. (2019). Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 27, 326-340. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analysis. *Nord J Psychiatry*, 65 (6), 354-364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- Cronan-Hillix, T., Gensheimer, L. K., Cronan-Hillix, W. A., & Davidson, W. S. (1986). Students' views of mentors in psychology graduate training. *Teaching of Psychology*, 13(3), 123- 127. https://doi.org/10.1207/s15328023top1303_5
- de Castro Gazotti, T., & Prebianchi, H. B. (2014). Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral. *Psicologia: teoria e prática*, 16(1), 18-30.
- Zasler, N., Katz, D., & Zafonte, R. D. (Eds.). (2007). *Brain injury medicine: Principles and practice*. Demos Medical Publishing.
- Evans, J. (2003). Rehabilitation of executive deficits. *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice*, 53-70.
- Flores, M. J. R., & Solís, F. O. (2009). Secuelas en las funciones ejecutivas posteriores al traumatismo craneoencefálico en el adulto. *Revista chilena de neuropsicología*, 4(2), 127-137.

- Ferreira, M. A. M. (2017). *Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família* (Doctoral dissertation).
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A. C., & Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature neuroscience*, 2(10), 861–863. <https://doi.org/10.1038/13158>
- Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1021(1), 77-85. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.009>
- González, M. A., Bonito, R. P., & Grabulosa, J. M. S. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 20(2), 303-316.
- Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Dores, A. R., & Castro-Caldas, A. (2009). Avaliação de 5 anos de reabilitação neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG). *Re (habilitar)-Revista da ESSA*, 8/9, 19-36.
- Geisinger, K. F., Bracken, B. A., Carlson, J. F., Hansen, J. I. C., Kuncel, N. R., Reise, S. P., & Rodriguez, M. C. (2013). *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2: Testing and assessment in clinical and counseling psychology* (pp. 103-605). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14048-000>
- Hamdan, A. C., de Pereira, A. P. A., & de Sá Riechi, T. I. J. (2011). Avaliação e reabilitação neuropsicológica: desenvolvimento histórico e perspectivas atuais. *Interação em Psicologia*, 15, 47-58. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v15i0.25373>

- Kranzler H. R. (1996). Evaluation and treatment of anxiety symptoms and disorders in alcoholics. *The Journal of clinical psychiatry*, 57 Suppl 7, 15–24.
- Kasten, E., Barbosa, F., Kosmidis, M. H., Persson, B. A., Constantinou, M., Baker, G. A., Lettner, S., Hokkanen, L., Ponchel, A., Mondini, S., Jonsdottir, M. K., Varako, N., Nikolai, T., Pranckeviciene, A., Harper, L., & Hessen, E. (2021). European clinical neuropsychology: Role in healthcare and access to neuropsychological services. *Healthcare*, 9(6), 1-15. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060734>
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(4), 331-340. <https://doi.org/10.1002/gps.2546>
- Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Sabates, J., Woods, B., & Clare, L. (2023). Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013388.pub2>
- Knowles, L. M., Jovel, K. S., Mayer, C. M., Bottrill, K. C., Kaszniak, A. W., Sbarra, D. A., Lawrence, E. E., & O'Connor, M. F. (2021). A controlled trial of two mind-body interventions for grief in widows and widowers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(7), 640–654. <https://doi.org/10.1037/ccp0000653>
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2015). *Fundamentals of human neuropsychology* (7nd ed.). Worth Publishers.
- Merikangas, K. R., Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: Evidence from clinical., epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244 (6), 297-303. <https://doi.org/10.1007/BF02190407>

- Moore, T., Arefadib, N., Deery, A., West, S., & Keyes, M. (2017). The first thousand days: An evidence paper-summary. Parkville. *Victoria*.
- Mapelli, D., Di Rosa, E., Nocita, R., & Sava, D. (2013). Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 3(1), 263-271. <https://doi.org/10.1159/000353457>
- Matos, A. C. S., & de Oliveira, I. R. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 12(4), 512-519. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9203>
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 98–116. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.98>
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101–117. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). Health psychology: Theory, practice and research.
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781444308662>
- National Institute on Alcohol Abuse. (2000). *Special Report to the US Congress on Alcohol & Health*. Department of Health, Education, and Welfare, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Noreña, D., & Lago, M. R. (2007). El papel del neuropsicólogo. *Acción Psicológica*, 4(3), 9-15.

Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores, Manuais Universitários 11.

Ogden, J. (2019). *Health Psychology*, 6e. McGraw Hill Education.

O'Donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101-112.
<https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>

Ordem dos Psicólogos portugueses. (2021). "Vamos Falar de Depressão".
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_factsheet_depressao_v2.pdf

Ordem dos Psicólogos portugueses. (2015). A Intervenção Psicológica na Depressão: Eficácia, Custo-Efectividade e Futuro.
https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/interv_psic_depressao.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses –versão consolidada.
https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico

Ordem dos Psicólogos portugueses. (2016). Estágios de observação da prática profissional do psicólogo.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_37_sobre_estaagios_de_observacao_da_pratica_profissional_do_psicologo_tecnica_de_job_shadowing.pdf

Ordem dos Psicólogos portugueses. (2018). Orientação para as especialidades.
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientacao_especialidades_neuropsicologia_regular.pdf

- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press.
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of internal medicine*, 275(3), 214–228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. de, & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivocomportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(suppl 2), s73– s80. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Radanovic, M., Stella, F., & Forlenza, O. V. (2015). Comprometimento cognitivo leve. *Revista de Medicina*, 94(3), 162-168. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p162-168>
- Rao, V., & Lyketsos, C. (2000). Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury. *Psychosomatics*, 41(2), 95-103. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.2.95>
- Sobral, M., & Paúl, C. (2015). Reserva Cognitiva, envelhecimento e demências. *Revista E-Psi*, 5(1), 113-134.
- Sociedade Portuguesa de Neuropsicologia. (2022). Neuropsicologia. <https://spnpsy.org/neuropsicologia/>
- Rosner, R., Lumbeck, G., & Geissner, E. (2011). Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. *Psychotherapy research*, 21(2), 210-218. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.545839>
- Robinson, C., & Pond, R. (2019). Do online support groups for grief benefit the bereaved? Systematic review of the quantitative and qualitative literature. *Computers in Human Behavior*, 100, 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.06.011>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy

- programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Pirámide.
- Teixeira, J. A. C. (2008). Ética e qualidade na formação contínua de psicólogos. *Análise Psicológica*, 26(1), 161-164. <https://doi.org/10.14417/ap.485>
- Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 487-496.
- Winegardner, J. (2017). Executive functions. In R. Winson, B. A. Wilson, & A. Bateman (Eds.), *The brain injury rehabilitation workbook* (pp. 106-138). Guilford Press.
- Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging and Mental Health*, 10(3), 219-226. <https://doi.org/10.1080/13607860500431652>
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141–162. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>
- Yalom, I. (2000). Psicología y literatura. *El viaje de la psicoterapia a la ficción*, 94.
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., Sterling, M. L., & Council on Scientific Affairs, American Medical Association (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive medicine*, 40(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.044>