

# Relatório de Estágio

**Guilherme Domingues Aroso**

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

—

Gandra, setembro de 2024

**Guilherme Domingues Aroso**

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

**Relatório de Estágio**

Trabalho realizado sob a Orientação de  
**Professor Doutor Bruno Peixoto**

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Guilherme Domingues Aroso, discente do programa de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, atesto ter conduzido a elaboração deste trabalho com absoluta integridade. Certifico que em todo o processo da sua conceção, abstive-me de empregar qualquer forma de falsificação de resultados ou recorrer à prática de plágio, entendido como a apropriação, mesmo por omissão, da autoria de trabalhos intelectuais pertencentes a outrem, quer integral quer parcialmente.

Adicionalmente, declaro que todas as passagens provenientes de trabalhos prévios de outros autores foram adequadamente referenciadas ou reformuladas com terminologia distinta, incluindo, nesse último caso, a devida citação da fonte bibliográfica.

## AGRADECIMENTOS

Ao **Professor Doutor Bruno Peixoto**, manifesto o meu reconhecimento pela orientação competente, generosa partilha de saberes, disponibilidade e apoio.

À dedicada **equipa do serviço** onde realizei o estágio, agradeço pela calorosa receção, pelo carinho demonstrado e pelo apoio inestimável ao longo desta experiência.

Aos **meus pais**, agradeço pelo amor incondicional, pela oportunidade proporcionada, pela confiança depositada em mim e pelo apoio constante, estando sempre ao meu lado. Valorizo profundamente as lições de vida que me transmitiram.

Ao **meu irmão Filipe**, agradeço pelo apoio e brincadeiras, sendo sempre significativo para mim.

À **Andreia**, expresso a minha gratidão pela paciência, carinho, apoio e motivação ao longo de todo o percurso.

À **minha família**, transmito o meu agradecimento pelo carinho e apoio que sempre me proporcionaram.

Aos **meus amigos**, agradeço pela amizade genuína.

A todos os **doentes** que fizeram parte do meu percurso, expresso o meu respeito e agradecimento pela oportunidade de aprender e contribuir para o seu bem-estar.

O meu mais sincero obrigado a todos!

## Índice Geral

Introdução .....	1
Descrição do local de estágio .....	2
Serviço de Psicologia .....	3
Serviço de Medicina Física e Reabilitação onde foi realizado o estágio.....	4
Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar .....	5
Planificação das Atividades .....	7
Atividades Desenvolvidas ao Longo do Estágio .....	10
- Reuniões de Orientação e Supervisão .....	10
- Observação .....	10
- Formação Interna de Neuropsicologia .....	11
- Prática Clínica.....	11
Apresentação de casos clínicos .....	13
Caso Clínico I .....	13
Reflexão Final .....	22
Referências.....	23
Anexos .....	25

## **Anexos**

**Anexo 1** – Exemplo de Exercícios de Estimulação Neurocognitiva desenvolvidos pelo estagiário (Atenção Nível 2).

**Anexo 2** – Consentimento Informado para participação no Grupo de Intervenção para Pacientes Cardíacos elaborado pelo estagiário.

**Anexo 3** – *Powerpoint* de apresentação elaborado e apresentado pelo estagiário no grupo de intervenção para doentes cardíacos (Stress e doença cardiovascular).

**Anexo 4** – *Powerpoint* de apresentação elaborado e apresentado pelo estagiário no grupo de intervenção para doentes cardíacos (Coerência cardíaca e hostilidade).

**Anexo 5** – Exemplar de Relatório de Avaliação Neuropsicológico elaborado pelo estagiário.

## Índice de Tabelas

Tabela 1.....	8
Tabela 2.....	8
Tabela 3.....	9
Tabela 4.....	9
Tabela 5.....	12
Tabela 6.....	16
Tabela 7.....	17
Tabela 8.....	17
Tabela 9.....	18
Tabela 10.....	20
Tabela 11.....	20
Tabela 12.....	20
Tabela 13.....	21

## **Introdução**

A fase de estágio curricular assume uma importância vital na conclusão desta etapa acadêmica, instigando-nos a colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo de quatro anos de formação teórica. Embora tenha enfrentado desafios, também vivenciei momentos divertidos e emocionantes, todos eles extremamente valiosos para o meu futuro. Certamente, não esquecerei esta experiência e as aprendizagens que obtive durante o meu percurso na instituição.

Nesse sentido, este relatório é fruto da experiência adquirida durante o estágio curricular realizado no segundo ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), no ano letivo 2023/2024. O estágio foi conduzido no Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) de um Centro Hospitalar (CH), sob a orientação de um psicólogo da instituição e a supervisão do Prof. Dr. Bruno Peixoto, docente no IUCS.

Iniciado a 2 de outubro de 2023 e encerrado em 27 de junho de 2024, o estágio seguia um horário semanal das 11h30 às 18h às terças-feiras, das 14h às 17h30 às quartas-feiras e das 9h às 18h às quintas-feiras. O horário era flexível, ajustando-se às atividades e exigências do serviço.

Em termos de estrutura, o relatório está dividido em duas partes distintas. A primeira destina-se a descrever e caracterizar o local de estágio, assim como o papel do psicólogo nesse contexto. A segunda parte apresenta as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Por fim, é apresentada uma reflexão sobre todo o período de estágio.

## **Descrição do local de estágio**

O estágio curricular foi concluído em um hospital central, vinculado a um Centro Hospitalar (CH), situado numa grande cidade portuguesa. Destaca-se também como um ponto fundamental nas redes de encaminhamento hospitalar.

A sua gestão está dividida em Unidades Autónomas de Gestão (UAG), onde agregam os diferentes serviços do hospital, e em unidades orgânicas, entendendo-se como estruturas mais simples, com funções e recurso humanos próprios e específicos, não integradas em serviços.

No que toca à Área Clínica, esta divide-se em oito unidades: A UAG de Cirurgia, a UAG de Medicina, a UAG da Mulher e Criança, a UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, a UAG de Urgência e Medicina Intensiva, a UAG de Meios complementares de Diagnóstico e Terapêutica, os Centros de Referência e os Centros de Responsabilidade Integrados.

Relativamente à Área de Apoio Clínico, encontramos o Centro de Epidemiologia Hospitalar, o Centro de Ambulatório, o Serviço de Psicologia (SP), o Centro de Investigação e Ensaio Clínicos, o Gabinete de Coordenação de Colheitas e Transplantação, a Hospitalização Domiciliária, a Esterilização, o Serviço de Nutrição, a Unidade Local de Gestão de Acesso (ULGA), a Equipa de Gestão de Altas e o Serviço Social.

Por fim, o CH tem como objetivo fornecer cuidados de saúde à comunidade local e a doentes provenientes de outras regiões geográficas. Ademais, compromete-se com atividades de pesquisa, oferece programas de formação e educação visando o desenvolvimento de seus profissionais, em colaboração estreita com diversas instituições de ensino, hospitais e entidades de saúde. Alega também dispor de recursos, serviços e tecnologias integrados de maneira estruturada para proporcionar um atendimento completo e humanizado, assegurando elevados índices de satisfação dos pacientes. Além disso, norteia-

se por valores como competência, humanismo, rigor, transparência, solidariedade, união e ambição, pautando suas práticas nos princípios do reconhecimento da dignidade humana e da centralidade da pessoa. Adota uma postura e prática regidas por padrões éticos, procurando a excelência técnica e no cuidado, promovendo a abordagem multidisciplinar e fomentando um ambiente propício ao bom relacionamento e cooperação no trabalho.

### **Serviço de Psicologia**

No contexto da sua integração no CH, o Serviço de Psicologia orienta a sua missão por diversas linhas de ação. Em primeiro lugar, busca prestar cuidados de Psicologia de maneira humanizada e oportuna, adotando uma perspectiva de cuidados integrados e continuados para atender às situações clínicas provenientes dos diferentes serviços e centros de referência do CH.

Além disso, o SP compromete-se a participar ativamente em programas específicos do CH que exigem a intervenção do psicólogo, como na Unidade de Saúde Pública, Grupos e/ou Comissões de Saúde e no Departamento de Formação. Busca também desenvolver áreas de diferenciação e referência no âmbito da psicologia clínica, da saúde hospitalar e da neuropsicologia em diferentes fases da vida.

Outro ponto crucial da missão é valorizar a formação profissional dos membros do SP, assim como contribuir para atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento científico. Deste modo, o SP tem na sua estrutura funcional um Núcleo de Investigação e Formação (NIF), composto por vários psicólogos do serviço. O NIF tem como funções, entre outras, a dinamização e planificação da investigação realizada pelos membros do SP, assim também como promover e organizar formações para os elementos do SP e para a comunidade do CH. A promoção da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade é uma prioridade, incentivando a

colaboração e integração entre profissionais de diversas disciplinas, e participando ativamente em abordagens que ofereçam uma gama abrangente de cuidados.

A visão do SP deste CH é de se constituir como uma entidade de referência na prestação de cuidados de saúde, destacando-se pela prática de uma intervenção psicológica de excelência e inovação. Este objetivo visa reforçar e promover o estatuto do CH como uma estrutura de referência no setor da saúde. Em síntese, o SP não apenas visa proporcionar cuidados psicológicos de alta qualidade, mas também almeja contribuir para o avanço e prestígio do próprio centro hospitalar no campo da saúde.

Finalmente, no que diz respeito ao acesso às consultas de Psicologia, é necessário uma referência médica proveniente dos vários serviços clínicos CH. Após isso, os pedidos são distribuídos entre os psicólogos do serviço, considerando frequentemente a formação e especialização da equipa. Essa abordagem visa iniciar um acompanhamento psicológico que seja adequado às dificuldades e problemáticas específicas apresentadas pelo doente.

### **Serviço de Medicina Física e Reabilitação onde foi realizado o estágio**

O Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) do Centro Hospitalar em análise tem como principal missão a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida dos seus pacientes. Utilizando uma abordagem multimodal, que envolve avaliação e intervenção médica combinada com programas de reabilitação especializados, o serviço atende a uma ampla gama de condições, desde dores crónicas até incapacidades resultantes de diversas condições clínicas.

Destacando-se pela estreita colaboração multiprofissional e transdisciplinar, o MFR reúne médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros de reabilitação, psicólogos e assistentes sociais. A diferenciação do serviço é evidente nas

diversas áreas de intervenção, abrangendo desde patologias neurológicas e ortotraumatológicas até reabilitação pediátrica, cardíaca, vestibular e muito mais. Cada área é atendida por profissionais dedicados e especializados.

A prestação assistencial ocorre em diferentes contextos, incluindo ambulatório (consulta externa, tratamentos em ginásio, piscina de hidroterapia e área de tratamento própria), apoio ao internamento de outros serviços hospitalares (sendo o serviço de cardiologia o mais frequente no meu período de estágio) e internamento de MFR, com foco em reabilitação intensiva em fase aguda.

Segundo o website do centro hospitalar, a atividade científica do serviço é notável, resultando em numerosas publicações e apresentações em congressos e reuniões científicas. A colaboração com diversas instituições de ensino e faculdades impulsionam pesquisas de alto impacto nas áreas das Neurociências, Dor, Investigação Clínica e Serviços de Saúde. Portanto, o Serviço de MFR destaca-se como um centro dedicado ao avanço do conhecimento e à excelência na prestação de cuidados de reabilitação.

No âmbito deste departamento, pacientes de todas as faixas etárias são atendidos, levando em consideração não apenas a idade, mas também as particularidades individuais de cada pessoa. O objetivo primordial é oferecer um serviço adaptado e personalizado, considerando as necessidades específicas de cada doente durante o processo de reabilitação.

Neste contexto, o Serviço de Psicologia (SP) desempenha um papel significativo, com uma presença marcante no serviço, onde doentes são encaminhados para consulta com os psicólogos presentes no serviço, evidenciando a importância da abordagem psicológica no processo de tratamento e reabilitação.

### **Papel do Psicólogo em Contexto Hospitalar**

Segundo Wood et. al. (2018), o papel da Psicologia nas unidades hospitalares é altamente valorizado, mas ainda pouco compreendido. Os autores entrevistaram 12 equipas multidisciplinares (incluindo terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos e administrativos) de modo a analisarem as suas perspetivas relativamente ao papel do psicólogo no serviço (neste caso, no serviço de psiquiatria). As conclusões que tiraram foi que a presença do psicólogo é muito valorizada pelos restantes membros, no entanto, o seu papel não era totalmente compreendido. Portanto, é de extrema importância clarificar o papel dos profissionais de psicologia, não exclusivamente nos serviços de psiquiatria, mas sim em todo o hospital.

Conseguimos perceber que as equipas interdisciplinares facilitam a gestão eficaz de doentes complexos em serviços hospitalares. Sabemos também que os cuidados prestados por uma equipa interdisciplinar melhoram a satisfação do doente, melhoram os resultados dos serviços prestados, facilitam o acesso aos serviços de saúde, promovem maior segurança e reduzem as taxas de erro (Pudalov et. al., 2019).

No que toca a saúde mental, sabe-se que os serviços psiquiátricos são frequentemente fornecidos por psiquiatras em Unidades de Psiquiatria, onde a intervenção geralmente concentra-se no diagnóstico rápido, gestão de medicamentos e decisões sobre a necessidade de internamento psiquiátrico (Pudalov et. al., 2019).

Para muitos doentes, isso significa que se perde a oportunidade da intervenção psicológica direta durante o tratamento. Em alguns casos, os médicos a trabalhar em Unidades de Psiquiatria podem gerir adequadamente as necessidades comportamentais do doente, no entanto, existem várias atuações em que um psicólogo se demonstra necessário, nomeadamente através da aplicação de psicoterapias individuais, familiares ou em grupo, e avaliações psicológicas e neuropsicológicas através da utilização de instrumentos de uso

exclusivo a psicólogos (Pudalov et. al., 2019).

No entanto, o papel do psicólogo deste centro hospitalar vai muito para além do preenchimento de lacunas decorrentes da natureza do Serviço de Psiquiatria. Ele está inserido num serviço autónomo, o Serviço de Psicologia, onde pretende oferecer suporte a diferentes serviços dentro do hospital. Neste seguimento, as atribuições do psicólogo neste estabelecimento hospitalar abrangem a aplicação de sua especialidade, quer na avaliação, quer na intervenção/tratamento prestado, nos pedidos referenciados por toda a comunidade hospitalar. Um psicólogo clínico, por exemplo, receberá encaminhamentos de casos alinhados à sua competência, englobando perturbações de humor, personalidade, ansiedade, depressão, entre outras. Por outro lado, os neuropsicólogos concentram-se no atendimento a pacientes com patologias neurológicas, suspeitas de lesões cerebrais como traumatismos cranioencefálicos (TCE), acidentes vasculares cerebrais (AVC) e outras condições correlatas. No caso da Neuropsicologia, as responsabilidades destes profissionais abrangem a avaliação neuropsicológica, analisando e quantificando aspetos neurocognitivos, comportamentais e afetivos, utilizando instrumentos validados específicos da prática da Neuropsicologia e da Psicologia (Johnson-Greene, 2018). Além disso, é esperado que planeiem e implementem tratamentos de reabilitação por meio de intervenções comportamentais, programas de treino neurocognitivo, aconselhamento e/ou psicoeducação (Pinto et al., 2020; Johnson-Greene, 2018).

### **Planificação das Atividades**

Surgiram algumas alterações ao longo do período do estágio, no entanto, salvaguardam-se algumas exceções (quintas-feiras mantiveram sempre o horário).

**Tabela 1**

*Agenda Semanal de Atividades de Estágio de outubro*

	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>14h00</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>(9h00</b>
		<b>(11h3 –</b>			<b>–</b>
	<b>0</b>	<b>– 18h00)</b>		<b>18h00)</b>	
	<b>18h00)</b>				
<b>Manhã</b>	Formação Interna de Neuropsicologia			Observação de consultas no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	
<b>Tarde</b>	Prática clínica no Serviço de Psiquiatria	Observação de consultas no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	Observação de consultas no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	Observação de consultas no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	

**Tabela 2**

*Agenda Semanal de Atividades de Estágio de 20 novembro*

	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>11h30</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>(9h00</b>
		<b>(17h0 –</b>			<b>–</b>
	<b>0</b>	<b>– 18h00)</b>		<b>18h00)</b>	
	<b>19h30)</b>				
<b>Manhã</b>		Formação Interna de Neuropsicologia		Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	
<b>Tarde</b>	Psicoeducação a grupo de intervenção cardíaca*	Prática clínica no Serviço de Psiquiatria	Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	

\* Não comparecia semanalmente, apenas quando era convidado a discursar.

**Tabela 3**
*Agenda Semanal de Atividades de Estágio de novembro e dezembro*

	Terça-feira (11h30 – 18h30)	Quarta-feira (14h00 – 17h30)	Quinta-feira (14h00 – 18h00)	Sexta-feira (9h00 – 12h00)
<b>Manhã</b>	Formação Interna de Neuropsicologia*		Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	
<b>Tarde</b>	Prática clínica no Serviço de Psiquiatria	Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	

**Tabela 4**
*Agenda Semanal de Atividades de Estágio de janeiro a junho*

	Segunda-feira (17h30 – 18h30)	Terça-feira (17h00 – 18h00)	Quarta-feira (9h00 – 12h00)	Quinta-feira (17h00 – 18h00)	Sexta-feira (9h00 – 12h00)
<b>Manhã</b>		Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação	Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação		
<b>Tarde</b>	Psicoeducação a grupo de intervenção cardíaca*	Prática clínica no Serviço de Psiquiatria	Prática clínica no Serviço de Medicina Física e Reabilitação		

\* Não comparecia semanalmente, apenas quando era convidado a discursar.

## **Atividades Desenvolvidas ao Longo do Estágio**

### **- Reuniões de Orientação e Supervisão**

A orientação do estágio curricular foi supervisionada por uma psicóloga do serviço, de acordo com seu horário de trabalho e disponibilidade. A supervisão ocorreu durante todo o período do estágio, com reuniões flexíveis conforme a necessidade. Essas reuniões centraram-se principalmente na discussão e reflexão sobre casos clínicos, além da partilha de conhecimentos técnicos.

Além disso, foram realizadas reuniões de supervisão sob a direção do Prof. Dr. Bruno Peixoto, agendadas conforme surgiam necessidades específicas. Essas reuniões ocorreram de forma presencial e individual, com o objetivo principal de promover a discussão, reflexão e esclarecimento de dúvidas.

### **- Observação**

Numa fase inicial do estágio, comecei a ter contacto com a realidade clínica através da observação das consultas realizadas pela minha orientadora de estágio, com o objetivo de preparar o início da minha prática clínica autónoma. Assim, com o consentimento dos doentes, tive a oportunidade de observar consultas de avaliação e acompanhamento psicológico, bem como sessões psicoeducativas em grupo destinadas a doentes cardíacos. Esta experiência permitiu-me contactar com diversas problemáticas psicopatológicas, assim como com o envolvimento de outras patologias médicas no contexto da Medicina Física e Reabilitação.

Relativamente às consultas de avaliação psicológica, os doentes eram encaminhados pelo médico fisiatra para a consulta de psicologia. Desta forma, deparamo-nos com vários quadros patológicos distintos, desde doentes politraumatizados até doentes do pavimento pélvico, sendo mais frequentes os doentes cardíacos, especificamente aqueles que sofreram

enfarte agudo do miocárdio. Este contexto revelou-se extremamente enriquecedor para mim.

### **- Formação Interna de Neuropsicologia**

Ao longo do período inicial, os estagiários foram convidados a frequentar as sessões de formação interna de Neuropsicologia. Durante a formação, foram-nos apresentados uma variedade de instrumentos essenciais da área da Neuropsicologia, onde através desses recursos, aprendemos a reconhecê-los, aplicá-los e interpretá-los de forma eficaz. Esse conhecimento proporcionou-nos uma compreensão mais profunda das complexidades do campo da Neuropsicologia e capacitou-nos a utilizar estas ferramentas com confiança na nossa prática clínica.

### **- Prática Clínica**

Após o período de adaptação, comecei gradualmente a assumir um papel ativo no serviço, iniciando a prática clínica com a aplicação do Protocolo de Referência para Programa de Reabilitação Cardíaca a vários doentes cardíacos encaminhados pelo médico. O protocolo envolvia a aplicação de cinco instrumentos: *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III) para uma avaliação de rastreio cognitivo; *Ten Item Personality Inventory* (TIPI) para uma avaliação breve da personalidade; *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para uma avaliação de sintomatologia depressiva e ansiosa; a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) para avaliação o grau de satisfação do doente relativamente aos seus relacionamentos interpessoais; por fim o *Pittsburgh Sleep Quality Index* onde se avalia a qualidade do sono do doente. Infelizmente, não disponho de uma tabela de doentes, pois o número elevado de pacientes atendidos tornou inviável a sua catalogação completa (rácio de 4 doentes por semana).

Ocasionalmente fui convidado a participar no grupo de intervenção a doentes cardíacos, onde forneci psicoeducação sobre temas pertinentes. Os *PowerPoint* utilizados nas

apresentações estão disponíveis na secção de anexos no final deste documento.

Após algum tempo, comecei a ver os meus próprios doentes, maioritariamente com queixas neuropsicológicas, devido à minha preferência e formação. A maioria das consultas eram de avaliação, onde, perante a problemática apresentada pelo doente, decidia quais os instrumentos mais adequados para avaliar os sintomas e determinar o melhor caminho a seguir. Foram aplicados instrumentos como a *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III)*, a *Wechsler Memory Scale (WMS-III)*, o STROOP, o Trail Making Test (TMT), o *INECO Frontal Screening*, a Figura Complexa de Rey, entre outros. Através de estudo autónomo e de discussões com os meus orientadores, consegui desenvolver e aperfeiçoar as minhas competências como clínico. Os doentes que segui de forma autónoma encontram-se na tabela 5.

**Tabela 5**

*Casos de avaliação e acompanhamento psicológico e neuropsicológico de forma autónoma.*

<b>Identificação, idade, (sexo)</b>	<b>Motivo da avaliação</b>	<b>Nº de consultas</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Desfecho</b>
M.S., 68 anos, (F)	Queixas mnésicas	1	ACE-III	Alta
M. M., 63 anos, (F)	Queixas mnésicas e prosopagnosia	4	ACE-III, HADS, WMS-III, TMT, STROOP e Figura Complexa de Rey	Alta
M. Q., 59 anos, (F)	Queixas mnésicas e confusão mental	4	ACE-III, HADS, WMS-III, PSQI-PT, INECO Frontal Screening	Alta
V.B., 69 anos, (M)	Sequelas de duplo AVC	8	ACE-III	Estimulação Neurocognitiva

I.L., 45 anos, (F)	Queixas cognitivas e surtos de esclerose múltipla devido a elevados níveis de stress.	9	ACE-III, HADS, WMS-III, INECO Frontal Screening, SCID-5	Em seguimento
P.P., 45 anos, (F)	Queixas mnésicas e confusão mental	1	ACE-III	Faltou
A.F., 56 anos, (M)	Avaliação Neurocognitiva (QI)	1	WAIS-III	Alta

### Apresentação de casos clínicos

#### Caso Clínico I

##### Identificação:

MA é uma senhora de 63 anos, tem 6 anos de escolaridade e atualmente encontra-se a trabalhar numa loja “mágica” onde vende objetos como pedras, cristais, etc. Vive com o marido numa pequena vivenda.

##### Motivo da Consulta:

A senhora era seguida pela psicóloga de Medicina Física devido a problemas do pavimento pélvico e foi-me reencaminhada para uma avaliação neuropsicológica devido a queixas mnésicas.

As principais queixas da doente focavam-se essencialmente em “*problemas de memória*” (sic) e dificuldades em reconhecer as pessoas referindo que “*passam por mim e dizem-me bom dia e eu não sei quem é. Por vezes ignoro as pessoas e vem-me dizer que me viram e que eu não as cumprimentei*” (sic).

##### Observação clínica:

A doente veio às consultas sempre sozinha. Ao longo do acompanhamento demonstrou-se sempre colaborante, orientada no tempo e no espaço, com um aspeto geral

cuidado, com a idade aparente congruente com a idade real, mas sempre com um ar cansado.

O humor variava entre eutímico e depressivo, com discurso fluente, mas verborreico, interrompendo frequentemente, sendo o seu conteúdo de grande intensidade emocional, mantendo-se sempre idêntico de consulta em consulta.

**História clínica:**

A doente refere que estas queixas mnésicas têm vindo a agravar desde há um ano e meio.

O seu desenvolvimento cognitivo ao longo da vida refere ser *“normal, mas com muitos acidentes”* (sic), onde houve inalação de monóxido de carbono quando tinha apenas 15 dias de vida, sofreu vários acidentes que possivelmente envolveram pequenos TCEs, uma situação em que a doente também ingeriu lixívia, entre outros acontecimentos (discurso muito dramático). Referiu que em setembro de 2023 sofreu um outro acidente onde refere *“olhei para o espelho e vi uma pessoa. Assustei-me e perguntei-lhe: quem és tu? De seguida doutor, fui projetada contra o outro espelho e vi uma faísca a acertar-me no meio da testa. De repente, dou por mim a pingar sangue”* (sic). A doente afirma que os problemas mnésicos já tinham aparecido nessa altura.

Não relata nenhuma condição neuropsicológica na família nem antecedentes psiquiátricos.

Demonstra e relata cansaço devido a *“exploração”* (sic) por parte da patroa (dona da loja). Refere que recebe muito pouco, está muitas vezes sozinha, fica muitas horas de pé e que realiza tarefas fora da sua competência como gestão financeira da loja, tratamento de encomendas, entre outras. Portanto, revela uma geral insatisfação pelo emprego atual.

Relativamente aos seus padrões de sono, refere que dorme mal e que toma um fármaco (não se lembrava do nome) em SOS. Iniciou a toma do *Primus* 1x por dia, relata

melhorias, mas não significativas. Diz que implementou uma nova estratégia que parece funcionar: *“ligo a televisão sem som, o sono vem, desligo e durmo”* (sic).

Ausência de hábitos tabágicos ou alcoólicos.

Após questionamento, percebi que a doente também não se hidrata o suficiente, mas também não revelou vontade de melhorar a esse aspeto. Possivelmente poderá ser um fator contribuinte para as alterações cognitivas que a doente sente (Masento et al., 2014).

A terapêutica farmacológica da doente resume-se a dois fármacos: Lozartan e Primus.

### **História pessoal:**

MA tem uma irmã, ambas trabalharam muito novas (cerca de 14-15 anos) numa fábrica. A doente chegou ao cargo de chefe de linha, mas desistiu devido à pressão dos operários mais velhos *“aquelas mulheres de 40 anos não gostavam de uma rapariga de 16 a mandar nelas, senti-me pressionada, eu sofri de bullying, doutor”*.

Em 1997 tirou um curso de informática e foi trabalhar para a oficina do marido.

Nestes últimos anos saiu da oficina e foi trabalhar para a loja onde atualmente trabalha. Houve uns desentendimentos nessa loja e deixou o trabalho em 2015.

Sofreu de violência doméstica, decidiu fazer queixa e em 2017 foi então para uma casa de abrigo para mulheres. A doente relata que essa casa de abrigo *“estava cheia de mulheres delinquentes doutor. Uma disse que me ia enforcar lá com uma corda e eu disse-lhe que lhe batia com o telefone na cabeça”* (sic).

Além disso, MA relatou que, como sabia ler as mãos das pessoas, muitas mulheres, inclusive profissionais da casa abrigo, pediam-lhe para fazer leituras, o que lhe permitiu fazer algumas amizades, mas confessa que *“tive de as deixar doutor. Apaguei o número e tudo porque já estamos noutros contextos, já não faz sentido para mim”* (sic).

Fartou-se de viver no abrigo e decidiu voltar para casa. O marido nunca mais lhe tocou

desde então, no entanto ainda relata sofrer de violência psicológica.

Após a doente regressar a casa, o pai e o filho envolveram-se fisicamente numa luta. A doente diz *“atirei tudo doutor, sabia que não os conseguia parar então apanhei tudo o que tinha à mão e só voou. Quando já não tinha mais nada para atirar, corri para a rua e pedi socorro”* (sic). Após essa situação, o filho nunca mais foi lá a casa.

Retomou o emprego em 2021, na mesma loja “mística” em que trabalhava até 2015.

### **Processo de Avaliação Neuropsicológica**

A recolha de dados acerca da história de vida e história clínica da doente foi realizada através da entrevista psicológica e observação clínica.

A avaliação foi dividida em quatro consultas:

Na primeira consulta fez-se a anamnese e aplicou-se o *Addenbrooke's Cognitive Examination – III* (ACE-III) de modo a obter um rastreio cognitivo inicial e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (HADS) de modo a obtermos alguns dados referentes a esses sintomas.

### **Tabela 6**

*Resultados obtidos pela doente no ACE-III*

<b>Domínio</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Total	74	- 2,85
Atenção	16	- 1,03
Memória	14	- 4,02
Fluência	8	- 2,81
Linguagem	22	- 2,1
Visuoespacial	14	0,26

**Tabela 7**
*Resultados obtidos pela doente na HADS*

<b>Domínio</b>	<b>Pontuação</b>
Depressão	11
Ansiedade	12

Parecia existir uma incoerência entre os resultados obtidos e o comportamento da doente ao longo da consulta e da avaliação. Inconclusivo, portanto, procedi com a avaliação.

Na segunda consulta aplicou-se a Escala de Memória de *Wechsler* – III (WMS – III) de modo a fazer uma avaliação mais rigorosa da memória da doente, sendo esta a sua queixa principal.

**Tabela 8**
*Resultados dos índices principais obtidos pela doente na WMS-III*

<b>Domínio</b>	<b>Soma das Pontuações Escalares</b>	<b>Índices Principais</b>	<b>Percentis</b>	<b>Intervalos de Confiança de 95%</b>
Auditivo Imediato	21	103	58	96 - 110
Visual Imediato	17	91	27	82 - 103
Memória Imediata	38	97	42	90 - 105
Auditivo Diferido	21	104	61	95 - 112
Visual Diferido	17	92	30	83 - 104
Reconhecimento Auditivo Diferido	7	86	18	78 - 100
Memória Geral	35	79	8	73 - 90
Memória de Trabalho	16	90	25	83 - 99

**Tabela 9**
*Análise das diferenças obtidas pela doente na WMS-III*

Domínio 1	Domínio 2	Resultado 1	Resultado 2	Diferença	Significância estatística a 95%	FA*
Auditivo Imediato	Visual Imediato	21	17	4	NS**	80,4%
Auditivo Imediato	Auditivo Diferido	21	21	0	NS**	100%
Visual Imediato	Visual Diferido	17	17	0	NS**	100%
Reconhecim						
Auditivo Diferido	ento Auditivo Diferido	21	7	14	13,6 = S***	29%
Auditivo Diferido	Visual Diferido	21	17	4	NS**	79,6%
Memória Imediata	Memória Geral	38	35	3	NS**	69,3%
Memória Imediata	Memória de Trabalho	38	16	22	10,4 = S***	11,6%
Memória Geral	Memória de Trabalho	35	16	19	12,5 = S***	19,5%

\*Frequência da diferença na amostra de aferição

\*\* Sem significância estatística

\*\*\* Com significância estatística

Relativamente aos índices principais, encontra-se tudo relativamente dentro da média, no entanto, o Índice de Memória Geral que apresenta um z-score de -1,4, traduzindo-se num defeito cognitivo leve, muito perto de se tornar moderado.

Já nas diferenças entre índices, encontram-se algumas diferenças significativas,

nomeadamente entre: o Auditivo Diferido e o Reconhecimento Auditivo Diferido (F.A. = 29%); a Memória Imediata e a Memória de Trabalho (F.A. = 11,6%); e por fim entre a Memória Geral e a Memória de Trabalho (F.A. = 19,5%).

Na administração do instrumento, foram observadas situações em que a paciente parecia não estar a dar o seu melhor. Alguns exemplos são: no subteste Faces, foi perguntado à paciente se já tinha visto anteriormente a face apresentada. Enquanto olhava para o lado, a doente respondeu de forma aleatória; outro exemplo bastante duvidoso ocorreu durante a aplicação do subteste Memória de Dígitos. Em ambos os sentidos, a paciente errava o 2º ensaio do item 4 (demonstrando imensa dificuldade). Se calcularmos o Reliable Digit Span (RDS), uma medida simples, mas eficaz, usada para ajudar a detetar simulação (*malingering*) e avaliar a consistência do desempenho em testes de memória (On et al., 2020), verificamos que a doente obteve um RDS de 4, sendo pontuações abaixo de 7 consideradas preditivas de *malingering* (On et al., 2020).

Ao longo da consulta a doente justifica o défice como sendo um sinal divino, onde ela está “desorientada e precisa de orientação”, “*os meus problemas de memória são sempre de orientação doutor, é Deus que me está a alertar*” (sic). Estes comentários da doente provêm de algumas situações. Uma dessas situações refere um acontecimento onde a doente trocou as moradas de envio com as moradas de receção enquanto tratava de encomendas na loja.

Mantive-me cauteloso na análise dos resultados, pois o comportamento e o discurso da doente não são coerentes com as dificuldades demonstradas na administração dos testes. No entanto, apesar da incoerência, a paciente não obteve pontuações negativas na WMS-III.

Os defeitos sentidos na vida diária poderão, portanto, ser explicados pela sintomatologia depressiva e pelo cansaço nitidamente visível na doente.

Após consultar a minha orientadora, decidiu-se terminar a avaliação com a aplicação

de mais três instrumentos: *Trail Making Test* para a avaliação da atenção e velocidade de processamento; STROOP para avaliação da inibição e funcionamento executivo; e, por fim, a Figura Complexa de *Rey* para uma análise geral do funcionamento da doente (atenção, varrimento visual, visuoconstrução, planeamento, memória).

Na terceira e quarta consulta aplicaram-se então os três instrumentos e procedeu-se no fim à devolução dos resultados, obtendo as seguintes pontuações:

**Tabela 10**

*Resultados obtidos pela doente no TMT*

	<b>A</b>	<b>B</b>
Tempo (segundos)	67	184
Desvio Padrão	- 0,18	- 0,68

**Tabela 11**

*Valor de Interferência obtido pela doente no TMT*

<b>Interferência (B – A)</b>	
Pontuação	117
Desvio Padrão	- 0,73

**Tabela 12**

*Resultados obtidos pela doente no STROOP*

	<b>P</b>	<b>C</b>	<b>CP</b>
Pontuação	66	49	24
Notas T	46	48	36
	<b>CP'</b>	<b>Interferência (CP – CP')</b>	

---

Resultados	28,1	T = 42   Z = - 0,8
------------	------	--------------------

---

**Tabela 13**

*Resultados obtidos pela doente na Figura Complexa de Rey*

---

	<b>Cópia</b>	<b>Memória</b>
Pontuação	32	22
Percentil	50	50

---

Portanto, todos os dados apresentam-se normativos. Na aplicação destes últimos instrumentos a doente aparentava estar mais motivada para os realizar, mas sempre apresentando alguns erros incoerentes com o seu desempenho no geral, embora mais subtis.

**Interpretações Finais:**

Tendo por base toda a avaliação, a doente revela um defeito neurocognitivo ligeiro a nível de memória geral ( $z = -1,4$ ). Observaram-se, no entanto, alguns traços de carácter apelativo, possivelmente algum *malingering* ao longo das consultas (obtendo um RDS de 4), que podem ter influenciado os resultados (On et al., 2020).

De facto, a doente aparenta estar desanimada, desmotivada e leva uma vida razoavelmente cansativa, com graves problemas familiares e várias responsabilidades que excedem o seu salário e funções atuais no emprego. Neste sentido, verificou-se que a doente preenche critérios de diagnóstico suficientes para perturbação depressiva major de etiologia reativa, podendo explicar certos constrangimentos cognitivos que a mesma sinta no seu quotidiano.

Tendo tudo isto em conta, recomendou-se à doente que continuasse seguimento com a psicóloga responsável pelo encaminhamento e que abrandasse o seu ritmo de vida, possivelmente tirando alguns dias de descanso, já que a doente afirma que nunca tirou férias.

## **Reflexão Final**

Ao concluir o meu estágio, posso afirmar com confiança que evoluí significativamente como clínico. Inicialmente, o meu contacto com a realidade clínica era limitado à observação, o que me permitiu compreender a dinâmica das consultas e os diversos processos de avaliação e intervenção. Gradualmente, comecei a assumir um papel mais ativo, aplicando protocolos e instrumentos de avaliação com supervisão, o que me deu a oportunidade de adquirir competências práticas essenciais.

A experiência de lidar diretamente com doentes, aplicando instrumentos como o ACE-III, WAIS-III, WMS-III, TIPI, HADS, ESSS, PSQI, entre outros, foi crucial para o meu desenvolvimento. Estas ferramentas permitiram-me realizar avaliações abrangentes e precisas, contribuindo para a elaboração de planos de intervenção adequados às necessidades individuais dos doentes.

A transição para a gestão autónoma dos meus próprios casos, especialmente os neuropsicológicos, foi um marco importante no meu crescimento profissional. Esta responsabilidade exigiu que eu tomasse decisões clínicas fundamentadas, escolhendo os instrumentos mais apropriados para cada situação e desenvolvendo estratégias de intervenção eficazes.

O apoio contínuo dos meus orientadores, aliado ao estudo autónomo, foi fundamental para o meu aperfeiçoamento. As discussões e reflexões sobre os casos clínicos, bem como o feedback recebido, ajudaram-me a refinar as minhas habilidades e a ganhar confiança nas minhas capacidades como clínico.

Em suma, o estágio proporcionou-me uma formação prática e teórica robusta, preparando-me para enfrentar os desafios da prática clínica com competência e profissionalismo.

## Referências

- Johnson-Greene, D. (2018). Clinical Neuropsychology in Integrated Rehabilitation Care Teams. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(3), 310–318.  
<https://doi.org/10.1093/arclin/acx126>
- Masento, N. A., Golightly, M., Field, D. T., Butler, L. T., & van Reekum, C. M. (2014). Effects of hydration status on cognitive performance and mood. *British Journal of Nutrition*, 111(10), 1841–1852. doi:10.1017/S0007114513004455
- On, A. K., Hwang, K.-S., Jang, S.-H., Lee, H.-J., Soh, M.-J., Yang, C.-M., & Lee, S.-Y. (2020). Detection of Malingering Using Wechsler Adult Intelligence Scale-IV for Psychiatric Patients. *Psychiatry Investigation*, 17(6), 526–532.  
<https://doi.org/10.30773/pi.2019.0330>
- Pinto, J. O., Dores, A. R., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2020). Programmed neurocognitive training: proposal of a new approach. *Disability and Rehabilitation*, 44(11), 1–8.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1838631>
- Pudalov, L. R., Swogger, M. T., & Wittink, M. (2018). Towards integrated medical and mental healthcare in the inpatient setting: what is the role of psychology? *International Review of Psychiatry*, 30(6), 210–223.  
<https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1552125>
- Wood, L., Williams, C., Billings, J., & Johnson, S. (2018a). The role of psychology in a multidisciplinary psychiatric inpatient setting: Perspective from the multidisciplinary team. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 554–564.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12199>
- Wood, L., Williams, C., Billings, J., & Johnson, S. (2018b). The role of psychology in a multidisciplinary psychiatric inpatient setting: Perspective from the multidisciplinary

team. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 554–564.

<https://doi.org/10.1111/papt.12199>

## Anexos

Anexo I – Exemplo de Exercícios de Estimulação Neurocognitiva desenvolvidos pelo estagiário (Atenção Nível 2).

Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_

Hora



### Exercício 1

Assinale, com uma cruz (X), todos os triângulos cinzentos.

Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



### Exercício 2

Rodeie com um círculo todos os chapéus.



Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

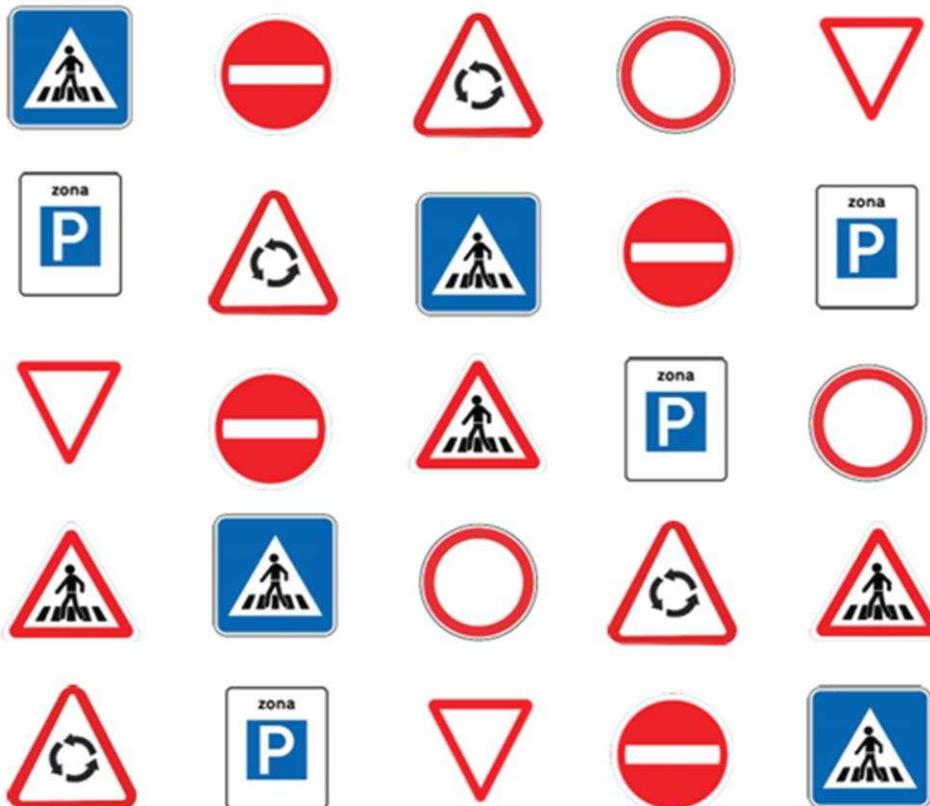
Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



**Exercício 3**

Assinale, com uma cruz (X), todos os sinais que indiquem uma cedência de passagem.



Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



**Exercício 4**

Rodeie todas as figuras iguais ao modelo.



Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

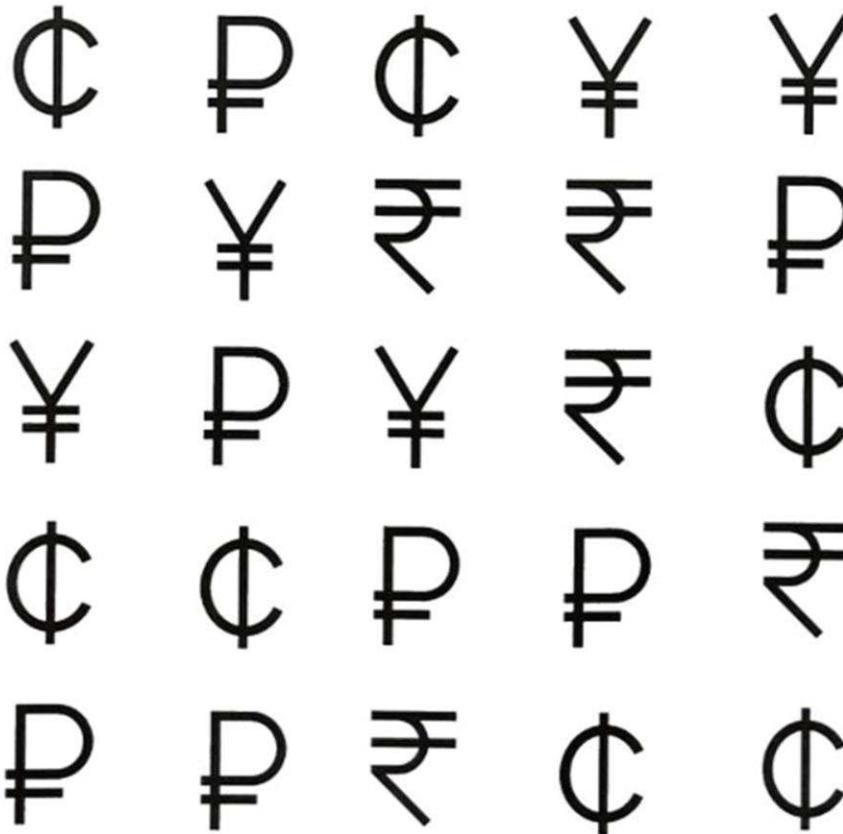
Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



Exercício 5

Rodeie todas as figuras iguais ao modelo.



Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



**Exercício 6**

Rodeie todos os “q” que encontrar.

d	t	y	d	a
c	p	g	h	l
e	d	r	q	d
v	h	j	p	t
q	u	d	e	b
t	p	w	q	r

Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



**Exercício 7**

Assinale, com uma cruz, todos os botões.



Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



### Exercício 8

Rodeie todos os algarismos “6” que encontrar.

5	8	6	9	0
0	9	5	8	5
9	0	8	6	8
5	8	6	8	0
0	8	9	0	9
5	6	0	5	6

Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



**Exercício 9**

Assinale, com uma cruz (X), as imagens que se repetem em cada coluna.



Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



**Exercício 10**

Assinale, com uma cruz (X), a imagem que não se repete.



Estimulação Neurocognitiva | Atenção (Nível 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_

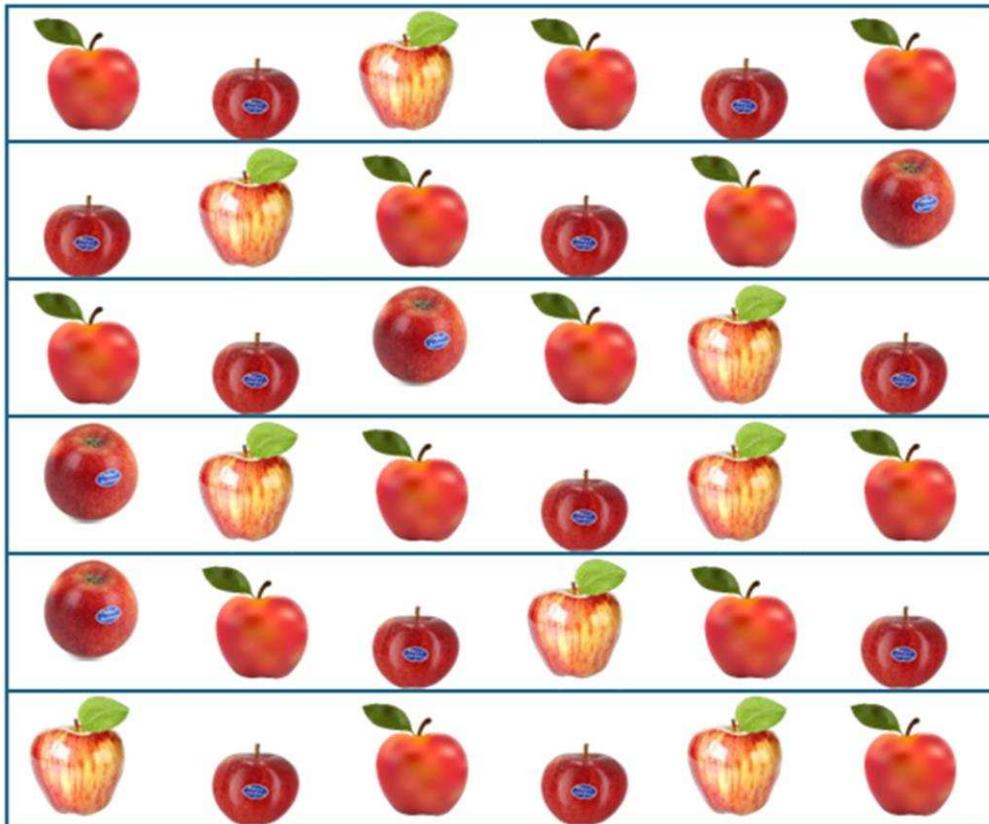
Local onde se encontra \_\_\_\_\_

Estado do tempo: \_\_\_\_\_



**Exercício Nível 3 (experimental)**

Assinale, com uma cruz (X), as maçãs com folhas nas três primeiras linhas e as maçãs sem folhas nas últimas três linhas.



Pacientes Cardíacos elaborado pelo estagiário.

**Consentimento Informado para participação no Grupo de Intervenção para Pacientes Cardíacos**

Eu, \_\_\_\_\_, compreendi as informações fornecidas sobre o grupo de intervenção para pacientes cardíacos que ocorrerá às

Estou ciente dos objetivos, benefícios e possíveis riscos associados à participação neste grupo.

1. Entendo que o grupo de intervenção destina-se a fornecer informações, apoio e estratégias para melhorar a saúde cardíaca e o bem-estar geral.
2. Estou ciente de que as sessões serão realizadas semanalmente, às com a duração de aproximadamente 60 minutos.
3. Reconheço que a participação neste grupo é voluntária e que tenho o direito de retirar meu consentimento e interromper minha participação a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao meu tratamento médico.
4. Compreendo que as informações discutidas durante as sessões podem incluir temas relacionados à saúde, estilo de vida, dieta, exercício físico e estratégias de gestão de stress, entre outros.
5. Estou ciente de que minha participação neste grupo pode envolver compartilhamento de informações pessoais relacionadas à minha saúde, embora a confidencialidade dessas informações seja protegida de acordo com as leis de privacidade e ética médica.
6. Reconheço que os benefícios da participação neste grupo podem incluir uma melhor compreensão da minha condição cardíaca, apoio emocional, aprendizagem de habilidades e melhoria na qualidade de vida.
7. Estou ciente de que os riscos associados à participação neste grupo são mínimos, mas podem incluir desconforto emocional ao discutir questões de saúde pessoal ou diferenças de opinião com outros participantes.

Ao assinar abaixo, declaro que li e compreendi todas as informações fornecidas neste consentimento informado e concordo em participar voluntariamente no grupo de intervenção para pacientes cardíacos.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

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

Anexo 3 – Powerpoint de apresentação elaborado e apresentado pelo estagiário no grupo de intervenção para doentes cardíacos (Stress e doença cardiovascular).

# Stress e Doença Cardiovascular

Guilherme Aroso



## O que é o Stress?

## O que é o Stress?

- Refere-se à **resposta** do organismo ao **desafio** (Dimsdale, 2008).
- Afeta todos os seres humanos com uma variedade de frequências e intensidades. Além disso, a **resposta de cada indivíduo** a uma determinada **exposição ao stress** determina as **consequências** de um **stressor para a saúde** (Osborne et al., 2020).



SAO JOAO  
HOSPITAL

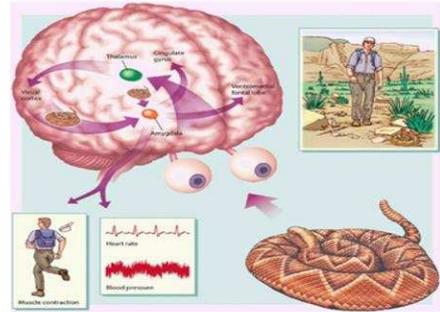
O **stress** não é apenas **psicológico**...  
Proporciona **sempre** alterações **fisiológicas**.

## Psicofisiologia de stress

### 1. Ativação do Sistema Nervoso Simpático:

Leva a uma resposta conhecida como "luta ou fuga".

Isso resulta na libertação de substâncias que preparam o corpo para a ação.

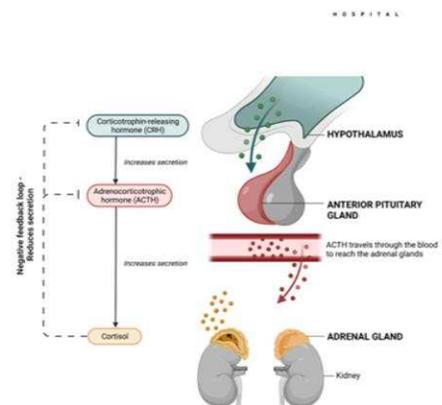


## Psicofisiologia de stress

### 2. Libertação de “hormonas de stress”:

Secreção pelas glândulas suprarrenais de:

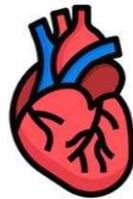
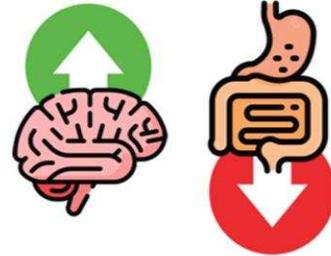
- **Glucocorticoides (cortisol)** – aumento da disponibilidade de glicose no sangue e inibição do sistema imunológico.
- **Catecolaminas (adrenalina e noradrenalina)** – aumento do ritmo cardíaco e da pressão arterial.



## Psicofisiologia de stress

### 3. Redirecionamento do Fluxo Sanguíneo:

- O sangue é redirecionado dos sistemas menos essenciais (s. digestivo, etc.) para os músculos e cérebro, aprimorando a resposta física imediata.



Então, qual é a ligação com doença cardiovascular (DCV)?



O grande problema está na exposição prolongada do organismo às alterações metabólicas provenientes do stress

## Stress e DCV

### 1. Presença crónica de elevados níveis de cortisol:

Níveis de **glicose** sanguínea permanentemente **elevados**



**Esforço pancreático** crónico



Proporciona **resistência insulínica**



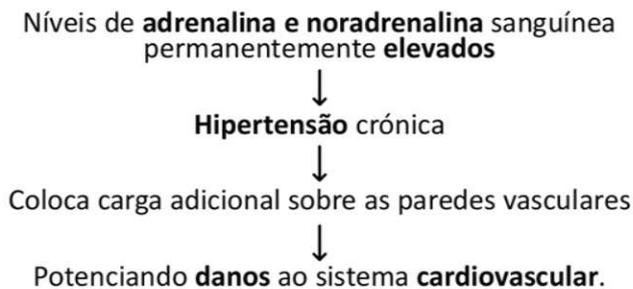
traduzindo-se no desenvolvimento da **diabetes tipo II.**

Contribui para:

- **Aterosclerose** (acúmulo de placas nas paredes das artérias);
- **Dislipidemia** (desregulação nos níveis de colesterol);
- **Stress oxidativo** (envolvido no dano às células e tecidos, incluindo as células vasculares)
- **Etc.**

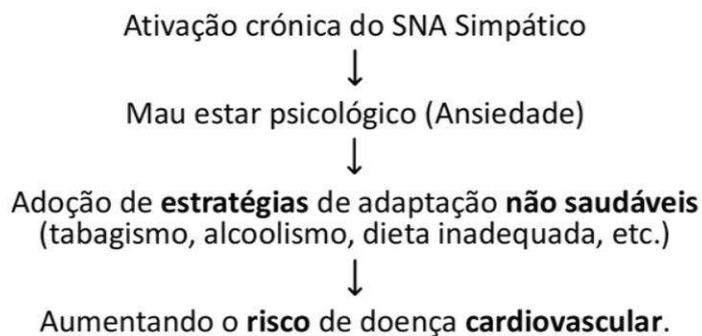
## Stress e DCV

### 2. Permanência crónica de níveis elevados de substâncias adrenérgicas na corrente sanguínea:



## Stress e DCV

### 3. Alterações nos Hábitos de Vida





Como gerir o stress?

## Gestão de Stress

### 1. Exercício Físico:

Promove libertação de substâncias que proporcionam bem-estar emocional, ajudando também na libertação da tensão muscular.



### 2. Técnicas de Relaxamento:

A respiração profunda, a meditação e o relaxamento muscular progressivo ajudam a reduzir a resposta ao stress pela ativação do SNA Parassimpático.

## Gestão de Stress

### 3. Estabelecimento de Limites:

Saiba dizer "não" quando necessário e defina limites claros para evitar sobrecarga.



### 4. Estabelecimento de Metas Realistas:

Defina metas realistas e alcançáveis para evitar a frustração.

## Gestão de Stress

### 5. Alimentação Saudável:

Aumento da disponibilidade de aminoácidos essenciais (triptofano) precursores de neurotransmissores importantes (serotonina).



### 6. Sono Adequado:

A privação de sono aumenta a sensibilidade ao stress. Priorize um sono adequado, mantendo uma rotina regular de sono e criando um ambiente propício para o descanso.

## Gestão de Stress

### 7. Vida Social e Rede de Apoio:

Mantenha conexões sociais saudáveis.  
Compartilhar preocupações e sentimentos pode  
aliviar a carga emocional.



### 8. Hobbies e Atividades Recreativas:

Dedique tempo a atividades que você goste e  
que o relaxem.

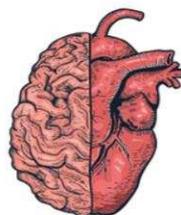
HOSPITAL

Muito obrigado pela atenção.

Anexo 4 – Powerpoint de apresentação elaborado e apresentado pelo estagiário no grupo de intervenção para doentes cardíacos (Coerência cardíaca e hostilidade).

# Saúde Cardiovascular: Coerência Cardíaca e Hostilidade

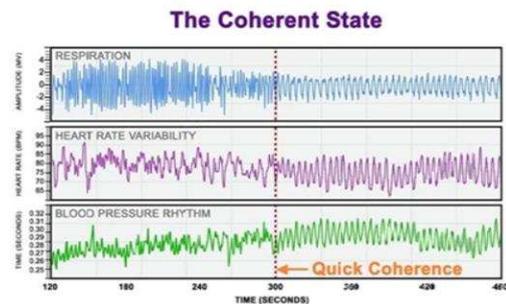
Guilherme Aroso



O que é Coerência Cardíaca?

## Conceito de Coerência Cardíaca

- A Coerência Cardíaca refere-se à sincronia entre o sistema cardíaco, respiratório e nervoso.
- É caracterizado pela:
  - Interação entre a respiração e o batimento cardíaco.
  - Equilíbrio do SNA.



## Benefícios

- Redução dos níveis de stress;
- Melhoria do funcionamento cognitivo;
- Promoção de regulação emocional;
- Melhoria da qualidade do sono;
- Fortalecimento do sistema imunológico.



## Psicofisiologia subjacente

Através da respiração calma e rítmica:

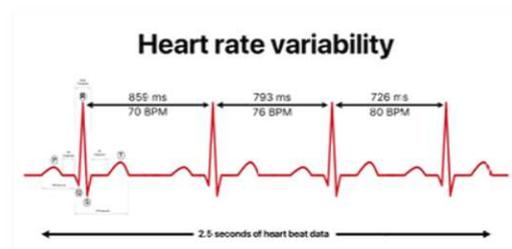
- Ocorre um equilíbrio entre o SN simpático e o SN parassimpático, desencadeando uma série de alterações hormonais e metabólicas.
- Há uma estimulação do nervo vago, influenciando o funcionamento cardíaco, diminuindo a pressão arterial e promovendo uma maior variabilidade saudável à frequência cardíaca.



Mas, o aumento de variação do ritmo cardíaco não é algo negativo?

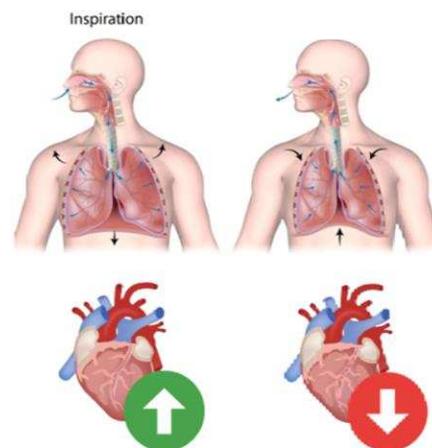
## Variabilidade da Frequência Cardíaca.

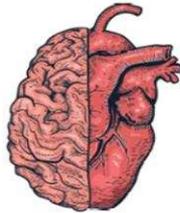
- Refere-se às flutuações naturais no intervalo de tempo entre os batimentos cardíacos, ou seja, a diferença de tempo entre batimentos.
- Uma maior variabilidade da frequência cardíaca está associada a um sistema cardiovascular mais adaptável e resiliente.



## Variabilidade da Frequência cardíaca

- A respiração influencia a frequência do batimento cardíaco de uma forma oscilatória e previsível.
- Neste sentido, a coerência cardíaca reflete o quão eficaz o coração é a responder à respiração, ou seja, o quão "coerente" é o ritmo cardíaco com o ritmo respiratório.





## Como alcançar Coerência Cardíaca?

### Técnicas de respiração

Através de uma respiração rítmica e calma:

- Envolve inspirar e expirar num ritmo uniforme e consistente;
- Inspirações e expirações de 4 segundos cada, resultando numa taxa respiratória de 6 respirações por minuto;
- Pode incluir ativação diafragmática ou não.



## Estilo de Vida

É possível promover coerência cardíaca através da adoção de um estilo de vida saudável incluindo:

- uma dieta equilibrada;
- exercício físico regular;
- sono adequado.

Estes hábitos saudáveis têm um impacto positivo no sistema nervoso autônomo e na variabilidade da frequência cardíaca.



Hostilidade e doença cardíaca

## Conceito de hostilidade

A **Hostilidade** refere-se a um estado ou comportamento de antagonismo, agressão ou oposição em relação a alguém ou algo.

Algumas características incluem:

- **Irritabilidade constante:** facilmente irritáveis e respondem de forma exagerada;
- **Cinismo e desconfiança:** visão desconfiada e negativa das intenções dos outros;
- **Raiva reprimida:** podem reprimir sentimentos e expressá-los de maneiras mais subtis, como sarcasmo, críticas ou desprezo;
- **Competitividade excessiva:** podem ser excessivamente competitivos e ver as interações sociais como uma oportunidade para ganhar e demonstrar superioridade;
- **Falta de empatia:** podem ter dificuldade em compreender e em se conectar emocionalmente com os sentimentos e perspectivas dos outros;
- **Dificuldade em perdoar:** podem manter ressentimentos e guardar rancor por longos períodos de tempo.

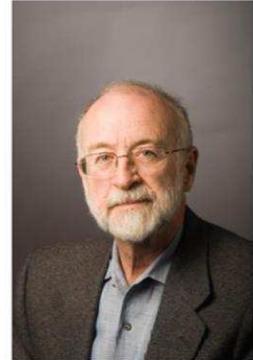
No entanto, é importante distinguir entre a expressão ocasional de descontentamento e a presença persistente e pronunciada de hostilidade



Qual o impacto da hostilidade  
na saúde cardiovascular?

## Impacto da hostilidade no coração

- Estudos desenvolvidos por Dr. Redford Williams, pela Duke University Medical School e pelos seus colaboradores descobriam que a hostilidade era o traço de personalidade mais preditivo de desenvolvimento de doenças cardíacas.
- Descobriram também que graus elevados de hostilidade previam não só enfarte agudo do miocárdio e morte por doença coronária, como também um aumento significativo do risco de morte por cancro.



Redford B. Williams - Psiquiatra

## Impacto da hostilidade no coração

- Num outro estudo interessante desenvolvido por Dr. Williams, foram comparados dois grupos de médicos do sexo masculino onde há 25 anos atrás tinham sido alvos de uma avaliação da personalidade.
- A divisão dos grupos foi feita com base no grau de hostilidade. Portanto, um grupo tinha indivíduos com níveis de hostilidade elevados e o outro grupo, baixos.



Duke University Medical School

## Impacto da hostilidade no coração

- Descobriram que os homens com baixos índices de hostilidade, quando comparados com os de alto, apresentavam cerca de  $\frac{1}{4}$  do risco de desenvolver doenças cardíacas.
- Verificaram também apenas 2% dos médicos no grupo de baixa hostilidade tinham falecido, comparativamente a 13% no grupo de alta hostilidade.
- Por outras palavras, aqueles que demonstraram alta hostilidade na avaliação de personalidade que fizeram há 25 anos atrás estavam a morrer a uma taxa de seis vezes e meia superior à daqueles cuja a hostilidade era baixa.

## Possíveis explicações

- **Stress crónico:** Pessoas hostis muitas vezes experienciam níveis mais elevados de stress crónico, potenciando:
  - hipertensão, doenças cardíacas, supressão do sistema imunológico e perturbações do sono.
- **Interação social prejudicada:** Pessoas hostis muitas vezes têm dificuldade em manter relacionamentos interpessoais saudáveis, o que pode levar ao isolamento social.
- **Respostas fisiológicas alteradas:** Estudos sugerem que pessoas hostis apresentam respostas fisiológicas alteradas, devido à presença elevada de cortisol.
- **Estilo de vida pouco saudável:** Indivíduos hostis podem ser mais propensos a adotar comportamentos de risco, como fumar, beber em excesso e comer de forma pouco saudável.



Como posso gerir a  
hostilidade?

## Gestão da Hostilidade

- **Autoconsciência:** O primeiro passo para lidar com a hostilidade é reconhecer e estarmos cientes dela. Isso envolve entender as nossas próprias emoções, pensamentos e comportamentos e reconhecer quando estamos a ser hostis.
- **Comunicação eficaz:** Aprender a comunicar de maneira clara, assertiva e respeitosa pode ajudar a evitar mal-entendidos e conflitos que podem levar à hostilidade.
- **Desenvolvimento de habilidades de resolução de conflitos:** Aprender a resolver conflitos de maneira construtiva e negociar soluções que sejam satisfatórias para todas as partes envolvidas pode ajudar a reduzir a hostilidade em relacionamentos interpessoais.

## Gestão da Hostilidade

- **Gestão de stress:** Encontrar maneiras saudáveis de lidar com o stress pode ajudar a reduzir a propensão à hostilidade. Isso pode incluir técnicas de relaxamento, meditação, prática de coerência cardíaca, exercícios físicos regulares e hobbies prazerosos.
- **Prática de gratidão e positividade:** Focar no positivo e cultivar um senso de gratidão pode ajudar a mudar a nossa perspetiva e reduzir os sentimentos de raiva e hostilidade.



Muito obrigado pela atenção.

Anexo 5 – Exemplar de Relatório de Avaliação Neuropsicológica elaborado pelo estagiário.

### Relatório de Avaliação Neuropsicológica

**Nome do paciente:**

**Idade:**

**Habilitações literárias:**

**Data de avaliação:**

**Motivo da avaliação:**

A senhora era seguida pela \_\_\_\_\_, psicóloga do serviço de Medicina Física, devido a problemas do pavimento pélvico e foi-me reencaminhada para uma avaliação neuropsicológica devido a queixas mnésicas.

As principais queixas da doente focavam-se essencialmente em *“problemas de memória”* (sic) e dificuldades em reconhecer as pessoas referindo que *“passam por mim e dizem-me bom dia e eu não sei quem é. Por vezes ignoro as pessoas e vem-me dizer que me viram e que eu não as cumprimentei”* (sic).

**Observação clínica:**

A doente veio às consultas sempre sozinha. Ao longo do acompanhamento demonstrou-se sempre colaborante, orientada no tempo e no espaço, com um aspeto geral cuidado, com a idade aparente congruente com a idade real, mas sempre com um ar cansado.

O humor variava entre eutímico e depressivo, com discurso fluente, mas verborreico, interrompendo frequentemente, sendo o seu conteúdo muito dramático e de caráter apelativo, mantendo-se sempre idêntico de consulta em consulta.

**História clínica:**

A doente refere que estas queixas mnésicas tem vindo a agravar desde há um ano e meio.

Relativamente ao seu desenvolvimento neurocognitivo, refere ser *“normal, mas com muitos acidentes”* (sic), onde houve inalação de monóxido de carbono quando tinha apenas 15 dias de vida, sofreu vários acidentes que possivelmente envolveram pequenos TCEs, uma situação em que a doente também ingeriu lixívia, entre outros acontecimentos.

Não relata nenhuma condição neuropsicológica na família nem antecedentes psiquiátricos.

Demonstra e relata cansaço devido a *“exploração”* (sic) por parte da patroa. Revela uma geral insatisfação pelo emprego atual.

Ausência de hábitos tabágicos ou alcoólicos.

## Relatório de Avaliação Neuropsicológica

Percebi que a doente também não se hidrata o suficiente, mas também não revelou vontade de melhorar a esse aspeto.

Relativamente aos seus padrões de sono, refere que dorme mal e que toma um fármaco (não se lembrava do nome) em SOS. Iniciou a toma do Primus 1x por dia, relata melhorias, mas não significativas. Diz que implementou uma nova estratégia que parece funcionar: “ligo a televisão sem som, o sono vem, desligo e durmo” (sic).

A terapêutica farmacológica da doente resume-se a dois fármacos: Lozartan e Primus.

### Procedimento de Avaliação:

Aplicaram-se os seguintes instrumentos:

- Addenbrooke's Cognitive Examination – III (ACE-III);
- Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (HADS);
- Escala de Memória de Wechsler – III (WMS – III);
- Trail Making Test (TMT);
- STROOP;
- Figura Complexa de Rey.

A doente revelou-se colaborante ao longo de todas as consultas, no entanto foram perceptíveis algumas tentativas de *malingering*. Os resultados foram, portanto, influenciados por estes comportamentos.

### Resultados:

**Tabela 1**

*Resultados obtidos pela doente no ACE-III*

Domínio	Pontuação	Desvio-Padrão
Total	74	- 2,85
Atenção	16	- 1,03
Memória	14	- 4,02
Fluência	8	- 2,81
Linguagem	22	- 2,1
Visuoespacial	14	0,26

### Relatório de Avaliação Neuropsicológica

**Tabela 2**

*Resultados obtidos pela doente na HADS*

Domínio	Pontuação
Depressão	11
Ansiedade	12

**Tabela 8**

*Resultados dos índices principais obtidos pela doente na WMS-III*

Domínio	Soma das Pontuações Escalares	Índices Principais	Percentis	Intervalos de Confiança de 95%
Auditivo Imediato	21	103	58	96 - 110
Visual Imediato	17	91	27	82 - 103
Memória Imediata	38	97	42	90 - 105
Auditivo Diferido	21	104	61	95 - 112
Visual Diferido	17	92	30	83 - 104
Reconhecimento Auditivo Diferido	7	86	18	78 - 100
Memória Geral	35	79	8	73 - 90
Memória de Trabalho	16	90	25	83 - 99

### Relatório de Avaliação Neuropsicológica

**Tabela 9**

*Análise das diferenças obtidas pela doente na WMS-III*

Domínio 1	Domínio 2	Resultado 1	Resultado 2	Diferença	Significância estatística a 95%	FA*
Auditivo Imediato	Visual Imediato	21	17	4	NS**	80,4%
Auditivo Imediato	Auditivo Diferido	21	21	0	NS**	100%
Visual Imediato	Visual Diferido	17	17	0	NS**	100%
Auditivo Diferido	Reconhecimento Auditivo Diferido	21	7	14	13,6 = S***	29%
Auditivo Diferido	Visual Diferido	21	17	4	NS**	79,6%
Memória Imediata	Memória Geral	38	35	3	NS**	69,3%
Memória Imediata	Memória de Trabalho	38	16	22	10,4 = S***	11,6%
Memória Geral	Memória de Trabalho	35	16	19	12,5 = S***	19,5%

\*Frequência da diferença na amostra de aferição

\*\* Sem significância estatística

\*\*\* Com significância estatística

### Relatório de Avaliação Neuropsicológica

**Tabela 10**

*Resultados obtidos pela doente no TMT*

	<b>A</b>	<b>B</b>
Tempo (segundos)	67	184
Desvio Padrão	- 0,18	- 0,68

**Tabela 11**

*Valor de Interferência obtido pela doente no TMT*

<b>Interferência (B – A)</b>	
Pontuação	117
Desvio Padrão	- 0,73

**Tabela 12**

*Resultados obtidos pela doente no STROOP*

	<b>P</b>	<b>C</b>	<b>CP</b>
Pontuação	66	49	24
Notas T	46	48	36
	<b>CP'</b>	<b>Interferência (CP – CP')</b>	
Resultados	28,1	T = 42   Z = - 0,8	

**Tabela 13**

*Resultados obtidos pela doente na Figura Complexa de Rey*

	<b>Cópia</b>	<b>Memória</b>
Pontuação	32	22
Percentil	50	50

### Relatório de Avaliação Neuropsicológica

**Interpretação:**

Tendo por base toda a avaliação, a doente revela um defeito neurocognitivo ligeiro a nível de memória geral ( $z = 1,4$ ). Observaram-se, no entanto, alguns traços de carácter apelativo, possivelmente algum *malingering* ao longo das consultas, que podem ter influenciado os resultados.

De facto, a doente aparenta estar desanimada, desmotivada e leva uma vida razoavelmente cansativa, com graves problemas familiares e várias responsabilidades que excedem o seu salário e funções atuais no emprego. Neste sentido, verificou-se que a doente preenche critérios de diagnóstico suficientes para perturbação depressiva major de etiologia reativa, podendo explicar certos constrangimentos cognitivos que a mesma sinta no seu quotidiano.

Tendo tudo isto em conta, recomendou-se à doente que continuasse seguimento com a Dra. psicóloga responsável pelo encaminhamento, e que abrandasse o seu ritmo de vida, possivelmente tirando alguns dias de descanso, já que a doente afirma que nunca tirou férias.

Porto, 06 de agosto de 2024.

---

Psicóloga Orientadora

---

Dr. Guilherme Aroso

Psicólogo Estagiário