



Relatório de Estágio em Neuropsicologia Clínica

Joana Filipa Freire Teixeira de Oliveira Pinto

Orientadoras de Estágio: Dra. Emanuela Lopes, Dra. Gerly Macedo
Supervisor de Estágio: Prof. Doutor Luís Monteiro

Gandra, 27 de Abril de 2015

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é dirigido aos meus familiares que me acompanharam e apoiaram durante este percurso.

À Dra Emanuela, pela confiança depositada e pelos desafios que me foi colocando, os quais me levaram a acreditar que conseguia fazer sempre mais e melhor.

Ao Prof. Doutor Luís Monteiro, que esteve sempre disponível, encorajando-me e motivando-me e cuja competência profissional, exigência no rigor científico do trabalho desenvolvido contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional de saúde mental.

À Dra Gerly pelas preciosas orientações e apoio técnico e humano incondicional.

Ao Prof. Doutor Bruno Peixoto que, no momento mais difícil do estágio me deu força para não desistir.

Aos estagiários de neuro (psicologia) no Centro Hospitalar do Alto Ave, com quem tive oportunidade de partilhar dificuldades e saberes, agradeço o companheirismo.

Aos restantes elementos da equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental pela forma afável como me acolheram.

Lista de Abreviaturas

CHAA	Centro Hospitalar do Alto Ave
BADS	<i>Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome</i>
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck-II
BSAM	Bateria de Sistemas de Aprendizagem e Memória
CPF DL	Córtex pré-frontal dorsolateral
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
DSL	Doenças da Sobrecarga do Lisossoma
EM	Esclerose Múltipla
HD	Hospital de Dia
HVLT-R	<i>Hopkins Verbal Learning Test</i>
IES-R	<i>Impact of Events Scale - Revised</i>
IFS	<i>Ineco Frontal Screening</i>
IGT	<i>Iowa Gambling Test</i>
ISCS-N	Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte
MoCa	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
MPR	Matrizes Progressivas de Raven
P	Percentil
PSPT	Perturbação de Stress Pós Traumático
TAC	Tomografia Axial Computadorizada
TCE	Traumatismo Craneo-Encefálico
TMT	Trail Making Test

Índice

Agradecimentos.....	II
Lista de Abreviaturas.....	III
I - Introdução.....	6
II. Local de Estágio.....	7
1. Caracterização do Centro Hospitalar do Alto Ave.....	7
2. Papel do (Neuro) Psicólogo.....	8
III - Atividades realizadas.....	11
1. Reuniões de Supervisão.....	11
2. Reuniões de Orientação.....	11
3. Reuniões do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.....	13
4. Formações realizadas.....	13
5. Formações Recebidas.....	13
6. Observação Participante.....	14
7. Consulta de Psicologia e Neuropsicologia Clínica.....	14
8. Projetos de Investigação.....	16
IV - Estudo de Caso : R.M.....	17
1. Identificação.....	17
2. Motivo/Pedido.....	17
3. Comentário ao pedido.....	18
4. Anamnese.....	18
5. Avaliação Neuropsicológica.....	21
6. Resultados.....	30
7. Símula dos resultados.....	33
8. Discussão - Análise Concetual.....	34
9. Funcionamento Neuropsicológico e Semiologia Clínica.....	37
10. Indicações Terapêuticas.....	44
11. Reflexão Crítica acerca do estudo de caso.....	49
V - Estudo de Caso : D. C.....	51
1. Identificação.....	51
2. Motivo/Pedido.....	51
3. Comentário ao pedido.....	53
4. Anamnese.....	53
5. Avaliação Neuropsicológica.....	57

6. Resultados.....	59
7. Símula dos Resultados.....	64
8. Discussão/Análise Concetual.....	65
9. Funcionamento Neuropsicológico e Semiologia Clínica.....	66
10. Proposta de Intervenção.....	69
11. Reflexão Crítica acerca do estudo de caso.....	71
VI - Reflexão Pessoal.....	72
VII - Bibliografia.....	73

Anexos

I - Introdução

O presente relatório foi desenvolvido durante o Estágio Curricular no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA). Insere-se no âmbito do 2º ciclo do Mestrado em Neuropsicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (ISCS-N), tendo decorrido sob supervisão do Prof. Doutor Luís Monteiro e orientação da Doutora Emanuela Lopes e da Dra Gerly Macedo.

O estágio teve início em Outubro de 2013 e prolongou-se por um período de 14 meses.

O principal objetivo deste estágio prende-se com a componente prática, que permite o contacto não só com outros profissionais com diferentes abordagens clínicas, como também com casos clínicos reais.

Numa primeira parte apresentarei a caracterização do Centro Hospitalar do Alto Ave, fazendo referência às raízes históricas do mesmo, bem como à sua missão. Destaco o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental onde desenvolvi a minha atividade clínica. Para além disso, abordarei o papel do (neuro) psicólogo e suas principais competências, fazendo um balanço das aprendizagens e enriquecimento pessoal e profissional alcançado.

Na segunda parte abordarei as atividades realizadas durante o estágio curricular e respetiva importância para o meu percurso profissional e progressiva autonomização.

A terceira parte será constituída pelo estudo de caso, em que farei a descrição, exploração e interpretação de um caso complexo e desafiante.

Por último, apresentarei uma reflexão, destacando as principais dificuldades e estratégias adoptadas para fazer face às mesmas, as potencialidades do estágio curricular no DPSM do CHAA, bem como as principais competências adquiridas.

II. Local de Estágio

1. Caracterização do Centro Hospitalar do Alto Ave

As raízes históricas do CHAA remontam ao século XVI, no entanto, a execução do projeto do hospital iniciou-se em 1978. Dada a tradição religiosa da região foi, inicialmente, batizado como “Hospital da Senhora do Carmo - Guimarães”. Em 2002, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados, o acesso aos mesmos e de controlar a despesa total foi transformado em Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos. Em 2005 tornou-se numa Entidade Pública Empresarial, reforçando-se o caráter público do mesmo. O CHAA foi criado em 2007, pela fusão dos antigos hospitais da Senhora da Oliveira e S. José (Fafe) num único Centro Hospitalar, com sede em Guimarães.

A área de influência do CHAA engloba os concelhos de Guimarães, Fafe, Vizela, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto e Felgueiras, compreendendo um total de cerca de 400 mil pessoas.

Dentro da estrutura organizacional do CHAA incluem-se os serviços de prestação de cuidados distribuídos pelas seguintes áreas: área da Medicina (integra o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e os serviços de Cardiologia, Dermatologia, Gastrenterologia, Imunoalergologia, Medicina Interna, Neurologia, Pediatria/Neonatologia, Oncologia, Pneumologia, Unidade de Convalescença e Unidade Intrahospitalar de Cuidados Paliativos); área cirúrgica (integra os serviços de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculuar, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Ginecologia/Obstetrícia); área de urgência (contempla os serviços de Emergência Médica, Urgência Básica, Urgência Médico-Cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes); área do ambulatório (contempla os serviços de Medicina Física e Reabilitação, Hemodiálise, Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Imagiologia, Imunohemoterapia).

Importa referir que o CHAA foi designado em 2013 como Centro de Excelência das Doenças de Sobrecarga do Lisossoma (DSL)¹, sendo o centro de referência na região norte.

A missão do CHAA prende-se com a prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade à população da sua área de abrangência, assegurando o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)

O DPSM é um dos serviços de prestação de cuidados do CHAA que engloba uma equipa multidisciplinar constituída por psiquiatras, pedopsiquiatra, psicólogos, enfermeiros e serviço social.

¹ As doenças do lisossoma consistem em doenças genéticas do metabolismo que estão relacionadas com a deficiente atividade de enzimas que atuam no compartimento celular designado lisossoma, conduzindo à acumulação de substratos. Esta acumulação conduz celular e tecidual. Muitas destas doenças têm afetação ao nível do Sistema Nervoso Central, estando associadas a uma diminuição do tempo de vida e a uma morbilidade significativa (Wang, Bodamer, Watson, Wilcox, 2011).

Dentro das valências do CHAA destacam-se: a Clínica de Memória, a Unidade de Crise direccionada para casos com gravidade severa e a Unidade de Internamento dirigida para casos agudos.

A missão do DPSM consiste na prestação de cuidados de saúde mental num modelo biopsicossocial, dispondo de consultas de diferentes especialidades com o intuito de responder às solicitações recebidas. Dentro das especialidades incluem-se: psicogeriatría, intervenção em crise, saúde mental em adultos, área infanto-juvenil e consulta de casal. Também são disponibilidades consultas de família e de grupo para utentes com patologia mental e orgânica e para cuidadores. O DPSM mantém protocolos de colaboração com outros serviços para a realização de consultas de: psicologia na reprodução medicamente assistida, psicologia da dor, psico-oncologia, psicometria infanto-juvenil, psicologia na obesidade, psicologia dos cuidados paliativos, psicologia nas DSL.

A população-alvo destes serviços é definida mediante critérios de inclusão específicos e com objectivos diferenciados em termos da avaliação clínica e intervenção.

Para além disso, no DPSM é fomentada a investigação científica e a formação contínua promovida não só pelos profissionais residentes, como também pelos estagiários.

2. Papel do (Neuro) Psicólogo

Os psicólogos clínicos enquanto prestadores de cuidados de saúde assumem múltiplos papéis, atuando em diversas subespecialidades. Nestas diferentes subespecialidades, o psicólogo desempenha funções de avaliação, diagnóstico e tratamento de problemas psicológicos e comportamentais associados à saúde física ou mental. A promoção de um comportamento saudável, a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes são objetivos transversais às várias abordagens (Wahass, 2005). No DPSM são múltiplas as valências de atuação do psicólogo, o que implica uma atuação holística enquanto psicólogo clínico, da saúde e neuropsicólogo.

A Divisão 12 da Associação de Psicólogos Americanos (APA) define a Psicologia Clínica como uma área da psicologia que "integra teoria e prática para compreender, prever e aliviar dificuldades de adaptação, incapacidades e desconforto, assim como para promover a adaptação humana, ajustamento e desenvolvimento pessoal". Direcção-se para a avaliação dos "aspectos intelectuais, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais do funcionamento humano", prevenção, tratamento e compreensão dos conflitos emocionais, perturbações de personalidade e psicopatologia (APA, S/D; Plante, 2010).

A Psicologia da Saúde foca-se nos fatores psicológicos envolvidos na causa, progressão e consequências da saúde e doença. Preconiza um modelo biopsicossocial, de acordo com o qual a saúde e a doença estão associadas à combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Ogden,

2004; Wahass, 2005). Assim, o papel do psicólogo da saúde consiste em analisar de que forma os comportamentos e processos cognitivos interferem no desenvolvimento de disfunções físicas; bem como no diagnóstico e tratamento das disfunções comportamentais e na cognição.

A Neuropsicologia Clínica, segundo a Divisão 40 da APA consiste numa "especialidade que aplica os princípios da avaliação e intervenção baseados no estudo científico do comportamento humano e sua relação com o funcionamento normal e anormal do sistema nervoso central" (APA, 1984, p. 149). Esta especialidade direcciona-se para problemas de ordem psicológica, biológica e social. Neste sentido, podemos considerá-la num modelo biopsicossocial, tal como a psicologia da saúde. Os doentes são referenciados para neuropsicologia com o intuito de se proceder ao diagnóstico diferencial entre síndromes neurogénicas e psicogénicas e entre etiologias de disfunção cerebral; para avaliação de funções cognitivas afetadas e intactas devido a lesão cerebral cortical ou subcortical; comparações entre pré e pós intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou comportamentais; avaliação das funções cognitivas superiores para desenvolvimento de programas de reabilitação (APA, 1984).

O papel do neuropsicólogo engloba avaliação neuropsicológica, intervenção cognitiva, bem como análise e selecção de psicoterapias adequadas para pacientes neurológicos. Pelo que, necessita de desenvolver competências genéricas de entrevista clínica; avaliação, o que implica recolher a história do doente e integrá-la nos resultados obtidos, de forma a planear a intervenção; de identificação de problemas neurocomportamentais (APA, 1984).

No âmbito da avaliação neuropsicológica, importa salientar que o DPSM dispõe de instrumentos de avaliação específicos da designada Clínica da Memória (que permitem avaliar a deterioração cognitiva), bem como testes de avaliação dirigidos para a população infanto-juvenil (que possibilitam a análise de perturbações do desenvolvimento). O psicólogo define os instrumentos a utilizar em função dos pedidos de avaliação, se necessário procura novos testes que possam enriquecer os protocolos de avaliação vigentes ou possibilitem o desenvolvimento de novos.

No DPSM os psicólogos também se dedicam à reabilitação (sobretudo nos casos da Clínica da Memória), que visa o ajustamento pessoal e dos relacionamentos interpessoais, a prevenção de incapacidades e ajudar a lidar com a dor, de modo a melhorar a qualidade de vida (Wahass, 2005). O neuropsicólogo, dados os conhecimentos teóricos e práticos de intervenção nas funções cognitivas superiores, dispõe de competências para o exercício da reabilitação cognitiva. Dentro das assumpções principais da reabilitação cognitiva, destaca-se o fato de os especialistas não puderem isolar a cognição, necessitando de adotar uma abordagem eclética (Sohlberg & Mateer, 2001). Pressupondo-se, assim, uma equipa multidisciplinar.

O objetivo do estágio em Neuropsicologia Clínica prende-se com o treino da prática geral da psicologia e especialização na prática da neuropsicologia clínica.

No DPSM os pedidos provêm de diversos serviços e são priorizados segundo a severidade e vagas disponíveis. A abordagem ao paciente inicia-se pela triagem orientada pelo pedido de encaminhamento, realizando-se avaliação (neuro) psicológica. No caso de o paciente apresentar psicopatologia relevante prossegue-se com a intervenção psicoterapêutica. Se o paciente revelar défices cognitivos, considera-se a reabilitação neuropsicológica.

O DPSM estimula, ainda, o desempenho de funções de formador e investigador.

A formação contínua contribui para a otimização de competências, desenvolvimento de novas capacidades e melhoria da qualidade das intervenções (Teixeira, 2008). A atividade formativa confere ao psicólogo a possibilidade de atualizar os seus conhecimentos, baseando a avaliação psicológica, formulação do caso, estabelecimento da relação terapêutica e intervenção nas evidências empiricamente suportadas (Anderson, 2006). Para além disso, as formações constituem momentos de partilha de conhecimentos e de experiências entre profissionais e investigadores, bem como de reflexão crítica (Teixeira, 2008). Assim, no DPSM são realizadas diversas atividades formativas dirigidas para diferentes temáticas.

Para além das consultas com indivíduos ou grupos (família ou pacientes com psicopatologias semelhantes) e do desenvolvimento de programas terapêuticos, os psicólogos clínicos podem desempenhar o papel de investigadores. Tendo em conta que a Psicologia Clínica tem as suas bases na investigação, dentro das principais áreas de interesse inclui-se a análise das avaliações e tratamentos mais eficazes para diferentes patologias mentais (APA, S/D; Plante, 2010).

A Psicologia da Saúde também se orienta para a investigação, partilhando alguns interesses com a Psicologia Clínica, como o desenvolvimento, standardização e estudo das propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação diagnóstica; avaliação dos efeitos de determinados comportamentos na saúde física (Wahass, 2005).

Na área da Neuropsicologia, são múltiplos os focos de investigação dada a sua estrita relação com outras ciências como a neuroimagem e psicofisiologia. As investigações têm-se centrado na análise dos distúrbios cognitivos em diferentes patologias cerebrais, bem como na compreensão das alterações cognitivas no envelhecimento normal e na influência das características sociodemográficas nas capacidades cognitivas. Para estes avanços científicos têm sido fulcrais o desenvolvimento e standardização de testes de avaliação que contribuem para o conhecimento do comportamento normal e das alterações comportamentais decorrentes de patologia cerebral (Ardila, 1995; Lezak, 2004).

III - Atividades realizadas

Durante o período de estágio foram realizadas as seguintes atividades: reuniões de orientação, supervisão e de serviço do DPSM; atividades de formação; manual de avaliação e intervenção; trabalhos científicos; grupo de reabilitação neuropsicológica; bem como observação e realização de consultas (a calendarização destas atividades é apresentada no anexo B).

1. Reuniões de Supervisão

De acordo com O'Donovan, Halford e Walters (2011) a supervisão da prática profissional constitui uma dinâmica central na formação de psicólogos clínicos, abrangendo: funções normativas associadas à monitorização e defesa do bem-estar do paciente, nomeadamente através da avaliação da competência do supervisionando; funções de restauração direcionadas para o acompanhamento pessoal e profissional do supervisionando para garantir o seu bem-estar; funções formativas de orientação da prática profissional do supervisionando.

A supervisão das atividades de estágio foi garantida pelo Prof. Doutor Luís Monteiro, psicólogo clínico e docente no ISCS-N, através da realização de reuniões de periodicidade variável, agendadas em função das minhas necessidades de debate e reflexão de casos clínicos.

Para além da possibilidade de abordagem de casos clínicos, foram-me esclarecidas dúvidas relativas às restantes atividades desenvolvidas e disponibilizados instrumentos de avaliação.

As reuniões de supervisão contribuíram para a estimulação de uma abordagem eclética e de uma capacidade de reflexão, capaz de conciliar os saberes clínicos com a exploração neuropsicológica.

2. Reuniões de Orientação

A transmissão de um modelo por parte do orientador, o feedback fornecido e a reflexão proporcionada são de suma importância na definição de um perfil único de atuação prática (Roe, 2002).

A orientação de estágio foi garantida pela Dra. Emanuela Lopes, neuropsicóloga no CHAA e pela Dra. Gerly Macedo, psicóloga clínica no CHAA.

As reuniões decorreram em função das necessidades evidenciadas, tendo periodicidade variável.

A orientação assumiu um carácter imprescindível para a promoção do rigor profissional, ético e deontológico² e da autonomização; esclarecimento de dúvidas; discussão acerca da avaliação e intervenção nos casos clínicos .

² Tal como postulado do artigo 18.º do Regulamento de Estágios da Ordem dos Psicólogos Portugueses

A primeira reunião de orientação teve como objetivos principais a apresentação do CHAA, mais especificamente do DPSM; definição das principais atividades a desenvolver e respetivas datas.

Entre os meses de Outubro e Dezembro de 2013 decorreu a observação participante de consultas de psicologia no DPSM e de enfermagem no Hospital de Dia (HD). Esta etapa foi crucial para a discussão de casos de avaliação e de acompanhamento. A observação de consultas de enfermagem realizadas a doentes com Esclerose Múltipla (EM) contribuiu para a compreensão do papel desempenhado pela equipa multidisciplinar junto desta população.

No dia 18 de Novembro realizei uma formação, em colaboração com a Enfermeira Odete Rodrigues para profissionais de saúde do DPSM, HD e Serviço de Neurologia (ver anexo C).

No final do mês de Novembro de 2013, foram entregues os projetos de investigação subordinados aos temas: “Utilidade do Fototest na Avaliação Neurocognitiva da Esclerose Múltipla” (anexo D); “Programa Breve de Intervenção na Esclerose Múltipla” para apreciação por parte da Comissão de Ética do CHAA (ver Anexo E). A recolha de dados para o primeiro projeto foi concluída em Maio de 2014. Da mesma resultou um poster apresentado no I Simpósio Europeu de Neuropsicologia do Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto (certificado no anexo F) em Novembro de 2014, o qual foi congratulado com a nomeação de melhor poster. O segundo projeto, embora tenha obtido um parecer favorável da Comissão de Ética, não foi concretizado por cancelamento da colaboração entre HD e DPSM no desenvolvimento do mesmo.

A par das atividades supracitadas desenvolvi um Manual de Avaliação e Intervenção na Esclerose Múltipla (para o utente e para o terapeuta) (ver anexo G), entregue em Dezembro de 2013.

Em Janeiro de 2014 iniciei a atividade clínica, tendo-me sido atribuídos diversos casos clínicos.

Desenvolvi um Protocolo de Avaliação na Dislexia (anexo H), dada a necessidade desencadeada pelo elevado número de pedidos de triagem de dificuldades da leitura.

Iniciei um grupo de Estimulação da Atenção (ver CD anexo) com duas crianças em Abril de 2014, o qual se prolongou por um período de 3 meses, com sessões semanais.

No mês de Junho em conjunto com a estagiária de Neuropsicologia Clínica, Marina Ferreira, promovemos um Programa de Reabilitação Neuropsicológica (ver CD anexo) direccionado para um grupo de Doentes com Défice Cognitivo Ligeiro³. As atividades de grupo tiveram periodicidade semanal, com duração de 3 meses.

Durante o mês de Agosto foi-me proposta pela Dra. Emanuela a elaboração de um Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry (ver anexo I) para posterior produção científica.

³ De acordo com Peterson (1999) o Défice Cognitivo Ligeiro consiste num diagnóstico clínico na fronteira entre o envelhecimento normal e a demência. Pelo que, embora revelem défices cognitivos, não preenchem os critérios para demência.

A confiança depositada culminou na atribuição de casos desafiantes como o Estudo de Caso em anexo A, o qual foi apresentado sob a forma de poster no X Congresso Nacional de Psiquiatria realizado em Novembro de 2014 (ver certificado anexo J).

Em termos emocionais foi um percurso pautado por ansiedade associada quer à insegurança que gradualmente foi suplantada pela paixão pelo exercício da psicologia; quer pelos obstáculos iniciais que me induziram um nível elevado de auto-exigência.

O apoio incondicional do supervisor, orientadoras de estágio e até mesmo do orientador da investigação, fomentaram a minha perseverança, que me permitiu desenvolver todas as atividades relatadas, sempre com entusiasmo.

3. Reuniões do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

As reuniões de serviço do DPSM decorriam à segunda-feira pelas 8h30, tendo periodicidade semanal.

Durante estas reuniões eram abordados casos clínicos de doentes do Internamento, questões logísticas, projetos de investigação que o Departamento pretendia levar a cabo, bem como intervenções de âmbito comunitário. A reunião da equipa multidisciplinar possibilitava a articulação e coordenação dos profissionais, conferindo estabilidade ao paciente através do desenvolvimento de planos de atuação, ajustados em função das necessidades e progressos (Adair et al., 2003).

Para além disso, eram realizadas diversas ações formativas para toda a equipa multidisciplinar.

4. Formações realizadas

Durante o estágio curricular foi-me proposta a realização de duas formações intituladas “Esclerose Múltipla: da Avaliação à Intervenção - papel da Neuropsicologia”, uma direccionada para o HD e outra para o DPSM (anexo O). O principal objetivo das formações consistiu em sensibilizar os restantes profissionais de saúde para a importância da (neuro) psicologia na intervenção em indivíduos com Esclerose Múltipla.

5. Formações Recebidas

A manutenção e o desenvolvimento de competências estão intrinsecamente relacionadas com a formação contínua. O psicólogo necessita de atualizar os conhecimentos, de modo a acompanhar a evolução da disciplina, dar uma resposta efetiva aos diversos pacientes e às mudanças nos problemas colocados pelos mesmos (Roe, 2002).

No CHAA são promovidas diversas ações de formação com o intuito de aumento de conhecimentos sobre diversas temáticas e atualização dos mesmos, de modo a que as competências

técnicas dos diferentes profissionais possam acompanhar, tanto quanto possível, os avanços científicos.

Neste sentido, assisti a atividades formativas desenvolvidas pelo DPSM e pelo serviço de Neurologia (os comprovativos seguem nos anexos P, Q, R, S,T).

6. Observação Participante

Nos primeiros meses de estágio tive a oportunidade de observar consultas de psicologia no DPSM e de enfermagem no HD.

No DPSM assisti a: consultas de triagem, psicoterapia (intervenção individual e em grupo), consultas de follow-up. A observação de consultas de psicologia foi fundamental para compreender a dinâmica das mesmas, bem como as competências e estratégias mais efetivas para a construção de uma aliança terapêutica. A possibilidade de contactar com a prática da atividade clínica psicológica sob diferentes perspetivas teóricas favoreceu a consolidação dos conhecimentos adquiridos durante o percurso académico e aquisição de novos. O que, em última instância, contribuiu para a adoção de uma identidade profissional única e diferenciada.

Esta etapa facilitou, ainda, a integração e adaptação ao funcionamento do DPSM.

No HD pude observar consultas de monitorização da terapêutica e de educação para a saúde de pacientes com Esclerose Múltipla, o que me possibilitou uma melhor compreensão desta doença, respetiva terapêutica, principais sintomas e repercussões em termos cognitivos e psicopatológicos.

7. Consulta de Psicologia e Neuropsicologia Clínica

Na primeira fase do estágio realizei consultas de triagem infanto-juvenil, tendo-me sido apresentado pela Dra. Gerly Macedo o protocolo de avaliação utilizado no DPSM neste âmbito.

Posteriormente, a Dra. Emanuela Lopes atribuiu-me casos mais direccionados para a Neuropsicologia Clínica, com o intuito de proceder a avaliação neuropsicológica e respetiva orientação. A avaliação neuropsicológica teve sempre por base a aplicação do protocolo da Clínica da Memória. No entanto, procurei complementá-lo com outros testes, nomeadamente de rastreio cognitivo.

Importa referir que, apesar de o estágio estar integrado no 2º ciclo de Mestrado em Neuropsicologia Clínica, foram-me atribuídos casos de Psicologia Clínica. Mesmo nos casos em cujo pedido se direccionou para a objetivação de défices cognitivos, a componente da Psicologia Clínica foi considerada na análise dos mesmos.

No total avaliei cerca de 60 casos (ver em anexo L) de sujeitos com características sociodemográficas e diagnósticos variados. O processo de avaliação compreendeu, em média, 4 consultas, no final das quais foram redigidas notas clínicas. As notas clínicas da primeira consulta

contemplavam: identificação, motivo da consulta, estado mental, história do problema, história pregressa, dados biopsicossociais relevantes e objetivos da sessão seguinte. As notas clínicas das restantes sessões incluíam: identificação, objetivos da sessão, estado mental, desenvolvimento da sessão e objetivos da próxima sessão. Terminada a avaliação, os dados eram integrados num relatório final, revisto pelas orientadores e inserido no sistema informático e no processo clínico do doente, juntamente com as provas aplicadas. O relatório englobava: identificação, proveniência e motivo do encaminhamento para Psicologia, estado mental, história do problema, história biopsicossocial, avaliação psicométrica e resultados, conclusão, orientação para o serviço e para o exterior.

Realizei acompanhamento psicoterapêutico de 2 pacientes adultas, uma dos quais incluo na parte de Estudo de Caso. O outro caso refere-se a uma paciente vítima de violência doméstica que me foi enviada para avaliação neuropsicológica, mas considerei premente o acompanhamento de forma a promover a maior segurança e melhor qualidade de vida da doente. As sessões de acompanhamento tiveram por base revisões bibliográficas acerca das problemáticas e programas de intervenção mais efetivos, adequando-se sempre ao estado mental da doente na data da consulta e respetivo funcionamento. Ao longo dos programas de intervenção foi sendo discutida a evolução dos casos com a Dra. Emanuela e com o Doutor Luís Monteiro. No final de cada sessão foi elaborada a respetiva nota clínica e terminado o acompanhamento, redigido o relatório da intervenção.

Em termos de intervenção neuropsicológica realizei um grupo de Estimulação da Atenção e um grupo de Reabilitação Neuropsicológica com a colega Marina Ferreira, como anteriormente referido.

O Programa de Estimulação da Atenção destinou-se a duas crianças previamente diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção⁴, de tipo predominantemente desatento a realizar terapêutica medicamentosa para a referida patologia. Após objetivação dos défices foi proposta a intervenção. Elaborou-se um contrato comportamental⁵ (ver exemplo anexo) com as crianças e os pais, de forma a estimular a motivação das mesmas. O programa de intervenção foi sendo adequado ao funcionamento dos pacientes, às suas dificuldades, modo preferencial de aquisição de informações e evolução dos mesmos. Contemplou sessões semanais de estimulação, bem como a atribuição de trabalhos de casa diários. As sessões iniciaram-se pela revisão dos trabalhos de casa e terminaram com a explicação atividades diárias da semana seguinte e contratualização com os pais das recompensas. Nas primeiras sessões foi utilizado um jogo de

⁴ A Perturbação de Hiperatividade com défice de atenção

Apresentam défices mais proeminentes na atenção sustentada, mas também revelam compromisso da atenção seletiva, da atenção executiva e da orientação da atenção (Tsal, Shalev, Mevorach, 2005).

computador, nas seguintes para diversificar e tendo em conta o maior envolvimento nas mesmas, optou-se por atividades de papel e lápis.

O Programa de Reabilitação Neuropsicológica No mês de Junho em colaboração com a minha colega estagiária de Neuropsicologia, promovemos um Programa de Reabilitação Neuropsicológica (ver CD anexo) direccionado para um grupo de Doentes com Défices Cognitivos Ligeiros . As atividades de grupo tiveram periodicidade semanal, com duração de 3 meses.

8. Projetos de Investigação

A investigação enquadra-se nas atividades desenvolvidas durante o estágio.

A realização dos estudos foi precedida de um pedido formal ao Diretor do DPSM, à Coordenadora da Unidade de Psicologia e à Comissão de Ética do CHAA, tendo obtido pareceres favoráveis.

O Projeto de Investigação intitulado “Programa Breve de Intervenção na Esclerose Múltipla” foi desenvolvido na sequência do pedido de colaboração do HD ao DPSM. Baseou-se na constatação de défices cognitivos e necessidade de programas de psicoeducação como meio de facilitar a adesão terapêutica e melhor qualidade de vida dos doentes. No entanto, não foi executado por cancelamento desta colaboração.

A investigação intitulada “Utilidade do Fototest no Rastreo Neurocognitivo na Esclerose Múltipla” foi concluída durante o período de estágio. A escolha desta temática teve por base não só o interesse pela investigação nesta doença que afeta pessoas em idade ativa, bem como questões de ordem logística, uma vez que me encontrara a realizar observação desta população no Hospital de Dia. Para além disso, desenvolvi outro projeto de investigação no âmbito da intervenção na referida patologia, o que me possibilitaria conciliar a componente avaliativa e interventiva.

No DPSM e no HD obtive um feedback positivo quanto às minhas propostas de investigação.

IV - Estudo de Caso : R.M.

1. Identificação

A paciente tem 55 anos (nasceu em 30/04/1959), é a quarta filha de uma fratria de 4. É casada há 32 anos, tendo duas filhas. Vive com o marido.

Completo o 4º ano de escolaridade. À data do acompanhamento/intervenção era doméstica.

Desempenhou funções de operária fabril até 2010, ano em que foi vítima de acidente de trabalho, interrompendo a sua atividade profissional.

2. Motivo/Pedido

Foi encaminhada por Neurologia para o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental a 23 de Janeiro de 2014, com o intuito de ser submetida a avaliação neuropsicológica.

No pedido são mencionadas as seguintes informações clínicas: Traumatismo Craneo Encefálico (TCE) com alterações sequelares orgânicas evidentes na Ressonância Magnética e dúvida quanto a alterações cognitivas permanentes sequelares a contusão cerebral de TCE em 2010.

As principais queixas da paciente centram-se no domínio físico e cognitivo. Salienta cefaleias “dói-me ao pentear, basta o vento para fazer doer, parece que tenho a cabeça pisada” (sic). Para além disso, refere rigidez muscular no pescoço. Fez acupuntura, fisioterapia e neste momento participa em aulas de hidroginástica, mas não regista melhorias. Relata tonturas, perda de equilíbrio “se levantar a cabeça” (sic) e duas quedas na data da primeira consulta. Foi acompanhada em consulta da dor, mas teve alta.

Em termos cognitivos refere défices mnésicos, com implicações nas atividades da vida diária “ando muito esquecida, esqueço-me dos recados, do que vou fazer” (sic). Durante a consulta foram evidentes perda do fio condutor na conversa, se interrompida pelo marido, bem como lentificação psicomotora. Relativamente à compreensão da linguagem e à fala espontânea não destaca défices. O seu discurso é lógico e coerente, mas com um débito verbal reduzido.

Segundo a paciente e o marido, estes sintomas físicos e cognitivos surgiram após o atropelamento em que sofrera TCE.

R.M. não apresenta défice motores, nem auditivos. Contudo, tem défices visuais corrigidos.

Não tivera antecedentes neuropsiquiátricos até ao acidente, relatando boa funcionalidade geral. Após o acidente iniciou acompanhamento em Psiquiatria, salientando sintomatologia depressivo-ansiosa com abulia, fadiga e ruminação. Para além disso, apesar de realçar amnésia do evento traumático, desde o sucedido apresenta sintomatologia compatível com Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT), “tenho medo de atravessar a estrada e de andar de carro” (sic). Este medo

assume um caráter patológico e condiciona-lhe a sua autonomia, “não saio sozinha” (sic). Refere aumento da sudorese e do ritmo cardíaco, quando confrontada com a situação temida.

Salienta uma boa higiene do sono cumprindo a terapêutica medicamentosa.

Quando questionada acerca da alimentação, nega alterações do regime alimentar.

De acordo com a mesma, neste momento não apresenta hábitos tabágicos, mas já fumou. Refere consumos moderados de bebidas alcoólicas, “bebo um copo de vinho com sumo à refeição” (sic), informação corroborada pelo marido.

No que concerne a atividades de lazer, frequenta um ginásio, onde realiza sauna, aulas de hidroginástica, jacuzzi e musculação.

Aquando da primeira consulta, relata convívio social e bom suporte social “saímos com os amigos ao fim-de-semana” (sic).

O marido salienta que tem de a acompanhar às consultas, uma vez que esta não é capaz de reproduzir as informações transmitidas pelos médicos. Refere, ainda “não é a mesma pessoa, a minha mulher era muito ativa e despachada” (sic).

3. Comentário ao pedido

Durante a recolha anamnésica, constatou-se congruência entre as informações fornecidas pela paciente e pelo marido. Destacam queixas cognitivas, de predomínio mnésico e comportamentais de abulia e evitamento.

Em termos emocionais, salienta medo de atravessar a estrada e andar de carro, ansiedade quando tem de sair de casa e tristeza associada à dificuldade em aceitar o sucedido e respetivas limitações.

Quanto a sintomas físicos, para além da sudorese e aumento do ritmo cardíaco no confronto com a situação traumática, refere cefaleias e rigidez muscular no pescoço diárias.

Tendo em conta os dados obtidos na primeira consulta, coloca-se a hipótese de diagnóstico de PTSD em comorbidade com sintomatologia depressivo-ansiosa. Contudo, tal diagnóstico carece de uma avaliação neuropsicológica capaz de o comprovar ou infirmar.

4. Anamnese⁶

4.1 História Clínica

No que diz respeito a antecedentes médico-clínicos, de acordo com a informação em processo clínico e recolhida junto da paciente, esta é asmática. Foi submetida a colecistectomia⁷ e a

⁶ A recolha anamnésica procedeu-se através de entrevista com a paciente e o marido. Para conhecimento da história clínica mais detalhada consultou-se, ainda, o processo clínico da doente.

⁷ Colecistectomia: remoção cirúrgica da vesícula biliar (Santos et al., 2008).

histerectomia total com anexectomia bilateral⁸ e cistostomia⁹ (em 29/07/08). Segundo a mesma, surgiu uma complicação secundária à histerectomia “furaram-me a bexiga na operação” (sic). Desde então, tem episódios ocasionais de incontinência por esforço (ao tossir ou pegar em pesos). Realizou reabilitação do pavimento pélvico, mas refere que mantém episódios de perdas de urina ocasionais.

Desconhece antecedentes neuropsiquiátricos familiares.

No dia 3 de Agosto de 2010 sofreu um acidente de viação/acidente de trabalho no itinerário de casa para o trabalho: atropelamento por viatura automóvel ligeira de mercadorias na passadeira. Do sucedido resultou um TCE. Foi assistida no CHAA, tendo ficado internada 7 dias. Também foi observada no Hospital de Braga por neurocirurgia durante o período de internamento. Mantém acompanhamento em Neurologia. No relatório do Neurologista que a assiste no CHAA (12 de Dezembro de 2011), são destacados os seguintes problemas de saúde: TCE moderado com fratura frontal e contusão temporal direita em 2010, dor crónica, queixas de dificuldades mnésicas e suspeita de Epilepsia¹⁰ com crises parciais complexas¹¹.

Realizou fisioterapia devido a contusão cervical que desencadeou cervicálgia hiperálgica com rigidez multidireccional severa (informação clínica de fisioterapia).

De um modo geral, todos os clínicos a consideraram incapaz para o exercício da sua atividade profissional.

Não tivera doenças neuropsiquiátricas até ao acidente, relatando boa funcionalidade geral. Nega atrasos no desenvolvimento e abuso de substâncias ilícitas ou de álcool. Após o acidente iniciou acompanhamento em Psiquiatria, dadas as sequelas em termos depressivos e síndrome dolorosa. Foi diagnosticada com Síndrome Pós-Traumática e Ansiedade Generalizada, de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças - 10 (CID-10). Verifica-se amnésia da situação traumática e desde o acidente evita atravessar a estrada.

No Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é a primeira vez que é assistida em Psicologia.

⁸ Histerectomia total com anexectomia bilateral: remoção do útero e do colo uterino, em conjunto com os dois ovários e as trompas (Caçador, 2013).

⁹ Cistostomia: procedimento urológico de derivação vesical, no qual se cria um trajeto alternativo para a saída da urina contida na bexiga (Cologna, 2011).

¹⁰ A Epilepsia é definida pela Organização Mundial de Saúde como uma doença neurológica “caracterizada por crises repetidas devido a uma doença das células do cérebro” (Dekker & World Health Organization [WHO], 2002), p. 3).

¹¹ As crises parciais caracterizam-se pela ocorrência de descargas elétricas anormais que começam numa área localizada do cérebro. Nas crises parciais complexas verifica-se prejuízo da consciência. Embora não haja perda total da consciência, os pacientes não podem responder a nada, nem mudar o seu comportamento. Verifica-se uma aura, “uma sensação estranha no estômago subindo até à garganta e cabeça, ou uma sensação de luz, cheiro, som ou gosto” (Dekker & WHO, 2002, p. 22).

Encontra-se medicada com Rivotril¹²® 2 mg (1 comprimido à noite); Rivotril® 0.5mg (1 comprimido de manhã); Gabapentina¹³® (1 comprimido à noite); Sertralina¹⁴® (1 comprimido de manhã). Revela boa adesão à terapêutica medicamentosa.

4.2 Exames Complementares de Diagnóstico

Na Tomografia Axial Computadorizada (TAC)¹⁵ Craneo-Encefálica de 03/08/2010 revela “pequeno traço de fratura de topos alinhados parasagital frontal esquerda com imagem gasosa adjacente”. Na TAC CE de 04/08/2010 apresenta “reabsorção das pequenas bolhas gasosas no espaço extra-axial frontal à direita. Discreta hipodensidade temporal medial à direita que, no contexto clínico, corresponderá a possível foco de contusão¹⁶”.

De acordo com Eletroencefalografia (EEG)¹⁷ de 14/01/11 apresenta “atividade lenta e paroxística anterior esquerda”, o que, segundo o relato do neurologista faz suspeitar de Epilepsia com crises parciais complexas.

Realizou TAC cervical a 30/08/10 que não apresentou alterações.

4.3 História Familiar

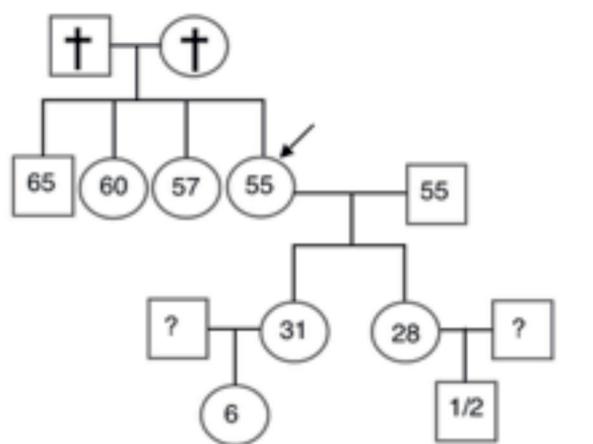


Figura 1. Genograma Familiar

A paciente vive com o marido. Este é electricista. Segundo o mesmo é saudável, não apresentando historial médico-clínico relevante. Destaca um bom relacionamento conjugal com o mesmo, referindo “se não fosse ele...” (sic). No entanto, mostra-se preocupada com o facto de manter uma relação de dependência. O marido termina a sua atividade laboral às 15 horas, passando a tarde consigo. Pelo que, evita sair sozinha e delega no mesmo todas as responsabilidades ligadas a recordação de datas de consultas, realização de compras no supermercado, gestão das finanças domésticas, entre

¹² Rivotril: tem como princípio ativo o Clonazepam que constitui uma benzodiazepina, com ação antiepiléptica. Também é eficaz como ansiolítico e hipnótico (Caramona et al., 2012).

¹³ Gabapentina: pertence ao conjunto dos medicamentos antiepilépticos, sendo indicada no tratamento de crises parciais com ou sem generalização (Caramona et al., 2012).

¹⁴ Sertralina: medicamento antidepressivo inibidor seletivo da recaptção da serotonina (Caramona et al., 2012).

¹⁵ Tomografia Computadorizada Cerebral consiste numa técnica imagiológica desenvolvida para detectar anomalias morfológicas no cérebro, como tumores cerebrais, hemorragias cerebrais, traumatismo craniano e certas infecções do cérebro, entre outras (NIH, 1981).

¹⁶ A contusão cerebral é uma “lesão cerebral caracterizada pelo dano dos vasos sanguíneos sem ruptura das membranas envolventes que pode resultar na perda de sangue para a região afetada (...) frequentemente resulta em epilepsia ou outras desordens neurológicas” (Corsini, 1999, p. 152).

¹⁷ O EEG consiste numa técnica de imagem que possibilita a leitura da atividade elétrica gerada por diferentes áreas cerebrais. Pode ser utilizada para localizar áreas de dano cerebral e investigação de epilepsia, entre outras aplicações (Teplan, 2002).

outras. O marido salienta alterações comportamentais, “não é a mesma, está muito parada e por qualquer coisa enerva-se” (sic).

No que concerne à atividade sexual, a paciente relata diminuição da libido após histerectomia, sentindo-se compreendida pelo marido.

Refere um relacionamento de proximidade com as filhas. A filha mais velha trabalha numa confeitaria e a mais nova é licenciada em Turismo, trabalha na receção de um Hotel.

O neto fica aos seus cuidados cerca de 2 a 3 vezes por semana, salientando melhorias em termos da sintomatologia depressiva desde que cuida do mesmo, “ando mais ocupada” (sic).

Menciona bom relacionamento com a família alargada, revelando preocupação com a irmã mais velha que se encontra desempregada e tem o marido e a filha doentes, o marido sofreu AVC e a filha uma meningite aos 3 meses, tendo ficado surda-muda (encontrando-se num lar de acolhimento a pessoas com deficiências).

4.4. História Escolar, Laboral e Ocupacional

R. M. completou o 4º ano de escolaridade, referindo boa aprendizagem. Deixou de estudar por motivos económicos, salientando que ajudara a mãe nos trabalhos domésticos.

Começou a trabalhar com 13 anos como operária fabril, atividade que desempenhou até 2010, altura em que sofrera acidente de trabalho. Desde então, esteve de baixa médica e terminado o período legal de usufruto deste direito não auferiu qualquer rendimento. Solicitou reforma por invalidez, aguardando junta médica.

No que concerne ao contacto social, a paciente refere dispor de uma boa rede de relações, sendo que durante a semana se encontra com as amigas no ginásio e ao fim de semana sai com o marido e outros casais amigos. Convive diariamente com os vizinhos, no entanto, salienta que nem sempre é profícuo, uma vez que a vizinha mais próxima a sobrecarrega em termos emocionais com os seus problemas. Tem uma confidente, “é como uma psicóloga para mim, está sempre animada” (sic).

5. Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica consiste num método de avaliação do funcionamento cognitivo que possibilita a análise das consequências cognitivas de lesões cerebrais, de doenças cerebrais e doenças mentais graves, bem como da resposta a tratamentos e previsão de possível recuperação funcional (Harvey, 2012).

O processo de avaliação decorreu ao longo de 5 consultas com duração de 1 hora, a primeira das quais no dia 6 de Junho e a última a 24 de Julho. A necessidade de 5 sessões de avaliação deveu-se à lentidão evidenciada pela paciente, bem como à fadiga mental.

A paciente mostrou-se assídua e pontual.

5.1 Estado Mental e Comportamento durante o Processo de Avaliação

Nas duas primeiras consultas a paciente veio acompanhada pelo marido, no entanto, este apenas esteve presente na primeira consulta. Nas restantes sessões, o marido trouxe-a, mas não compareceu no DPSM, exceto na consulta de devolução.

Estabeleceu-se o primeiro contacto com R.M. na sala de espera, não se denotando alterações motoras, nem posturais.

Tem uma apresentação cuidada, com vestuário adequado à situação de consulta e a idade aparente é compatível com a idade real.

Apresentou-se vigíl. Mostrou-se cooperante, mantendo o contacto ocular. Importa destacar que, ao longo das diferentes sessões, se procurou desenvolver uma aliança terapêutica, fundamental para o êxito da intervenção, baseada na comunicação e compreensão empática.

Revelou lentificação psicomotora.

Inicialmente o humor da paciente era depressivo-ansioso, verificando-se uma evolução positiva ao longo do acompanhamento.

Tem um pensamento organizado e não manifesta alterações do conteúdo do pensamento.

O seu discurso é lógico e coerente, com prosódia e qualidade apropriadas. No entanto, o débito do mesmo é reduzido.

Não apresenta alterações perceptivas.

Evidenciou orientação autopsíquica, no entanto, constataram-se défices na orientação alopsíquica, relativamente ao tempo e ao espaço.

Em termos cognitivos verificaram-se défices atencionais, que implicaram um maior número de sessões de avaliação; bem como défices mnésicos com amnésia do acidente.

5.2 Avaliação Instrumental

5.2.1 Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II)

O BDI-II constitui um dos instrumentos de auto-relato mais amplamente utilizados na avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva em adultos (Campos & Gonçalves, 2011).

Este instrumento é constituído por 21 itens, pontuados numa escala de intensidade de 0 a 3. A pontuação global é calculada pelo somatório da pontuação obtida em todos os itens (Campos & Gonçalves, 2011), sendo que o ponto de corte de 21 ou mais é indicativo de depressão. Pontuações entre 0 e 9 representam sintomas depressivos mínimos, entre 10 e 16 remetem para depressão leve, entre 17-29 indicam depressão moderada e entre 30-63 indicam depressão grave (Farinde, 2013).

No estudo de adaptação e validação para a população portuguesa Campos e Gonçalves (2011) encontraram bons indicadores psicométricos de consistência interna, validade discriminativa e convergente, o que justificou a escolha deste instrumento.

5.2.2 Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton consiste numa escala de estado, constituída por 14 itens que avaliam aspetos psíquicos (agitação mental e distress psicológico), somáticos (queixas físicas relacionadas com a ansiedade) e de conduta de ansiedade. Inclui um item relativo ao humor deprimido (Hamilton, 1959).

Os itens são avaliados numa escala de intensidade de 0 a 4, em que 0 corresponde a ausente, 2 a leve, 3 a média e 4 a máxima. A pontuação total varia entre 0 e 56, sendo que pontuações inferiores a 17 indicam severidade leve, entre 18 e 24 severidade leve a moderada e entre 25 a 30 níveis moderados a severos de ansiedade (Hamilton, 1959).

Apresenta boa fidelidade, validade concorrente e os seus itens provaram ser suficientes na avaliação da ansiedade (Maier, Buller, Philipp, Heuser, 1988), daí ter sido selecionada para integrar o protocolo de avaliação da paciente.

5.2.3 *Impact of Events Scale - Revised (IES-R)*

O IES-R é uma medida de PSPT formulada por Weiss e Marmar (1996) tendo por base os critérios referenciados no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV). É composto por 22 itens que permitem a quantificação da frequência de sintomatologia de stress pós-traumático numa escala de Likert de 4 pontos, em que 0 corresponde a “nunca” e 4 a “extremamente”. Compreende 3 subescalas: Intrusão, Evitamento e Hipervigilância. A cotação é realizada a partir da soma dos resultados obtidos nos diferentes itens. Foi determinado um ponto de corte de 35 para o diagnóstico de PSPT. O IES-R foi selecionado pelos bons indicadores de validade discriminativa (Beck et al., 2008).

5.2.4 *Montreal Cognitive Assessment (MoCa)*

O MoCa consiste num instrumento de rastreio cognitivo breve que avalia seis domínios cognitivos: funções executivas mediante uma tarefa adaptada do *Trail Making Test B* (1 ponto), uma prova de fluência verbal fonética (1 ponto) e uma prova de semelhanças para aferir a capacidade de abstração (2 pontos); capacidades visuoespaciais pela cópia do cubo (1 ponto) e desenho do relógio (3 pontos); memória de curto prazo mediante a aprendizagem de uma lista 5 palavras não pontuáveis e evocação diferida após 5 minutos (5 pontos); atenção, concentração e memória de trabalho através da repetição de uma sequência numérica em sentido direto (1 ponto) e em sentido inverso (1 ponto),

uma tarefa de cancelamento (1 ponto) e uma tarefa de subtração em série (3 pontos); a linguagem através de uma prova de nomeação (3 pontos), repetição de duas frases sintaticamente complexas (2 pontos) e prova de fluência verbal fonémica (1 ponto); orientação temporal e espacial (6 pontos) (Freitas, Alves, Simões, Santana, 2013).

A escolha deste instrumento baseou-se no facto de apresentar boas propriedades psicométricas e proporcionar uma avaliação mais completa das funções cognitivas do que os testes amplamente utilizados como o *Mini Mental State Examination* (Freitas et al., 2013).

5.2.5 Exame para Detecção de DCL e Quadros Demenciais

Esta prova faz parte do protocolo da Clínica de Memória do DPSM. Engloba a avaliação dos seguintes domínios cognitivos: orientação, linguagem, capacidades visuoespaciais, memória verbal de palavras, atenção e concentração, praxia ideomotora¹⁸, juízo crítico e impulsividade¹⁹.

A orientação é avaliada mediante 5 questões (5 pontos) para cada um dos domínios temporal, espacial e pessoal. A avaliação da linguagem é realizada mediante 5 subtestes: um de compreensão "Três papéis de Marie" em que os pacientes devem realizar algumas instruções, obtendo 1 ponto por cada uma das 3 ações realizadas corretamente; um de nomeação de 6 objetos (6 pontos); um de repetição de palavras de 6 palavras (6 pontos); um de leitura de frase (1 ponto); e um de escrita espontânea (1 ponto). Estes dois últimos subtestes são iguais aos utilizados no *Mini Mental State Examination*. Segue-se a prova do Desenho do Relógio pontuada de acordo com os critérios de Cacho, Garcia-Garcia, Arcaya, Vicente, Lantada (1999). Para avaliar a memória verbal, procede-se à leitura de 5 palavras, solicitando-se aos pacientes a repetição sem interferência (5 pontos); após contagem decrescente iniciada em 10, devem evocar novamente as referidas palavras (3 pontos por palavra). Caso os pacientes não consigam evocar as palavras, é-lhes fornecida uma pista semântica (2 pontos por palavra); se mesmo assim não forem capazes de a recordar, são lidas três alternativas de resposta, mediante as quais devem seleccionar a correta (1 ponto por palavra). A prova seguinte consiste na leitura de sequências de números progressivamente maiores, solicitando-se aos pacientes a repetição imediata na ordem direta. A pontuação corresponde ao número da última série corretamente repetida. A praxia ideomotora é avaliada pela cópia de movimentos realizados pelo neuropsicólogo (2 pontos). De seguida, é apresentada uma tarefa de cópia de desenho de uma casa. Para aferir a capacidade de reflexão crítica, solicitasse o comentário de uma frase absurda (1 ponto).

¹⁸ A apraxia ideomotora "envolve a dissociação entre os componentes ótico,tátil e cinestésico de diferentes partes do corpo que cooperam para produzir movimentos requeridos" (Mozaz, 1992, p. 11). Os pacientes com apraxia ideomotora manifestam dificuldades na execução de gestos simples e de movimentos intransitivos, ou seja, ação motora em que não são manejados objetos como gestos simbólicos (Mozaz, 1992).

¹⁹ A impulsividade é definida como "uma existência transitória ou ocorrência que dura apenas um curto período de tempo (...) a impulsividade motora é caracterizada pela incapacidade para sustentar um movimento (...) é frequentemente avaliada nas doenças neurodegenerativas e psicológicas" (Kuczynski & Kolakowsky-Hayner, 2011, p. 1301-1301).

Por fim, o paciente deve realizar dois movimentos sustentados: abrir e fechar a mão e colocar a palma para cima e para baixo (2 pontos).

5.2.6 Bateria de Sistemas de Aprendizagem e Memória (BSAM)

A BSAM faz parte do protocolo do DPSM e é composta por 7 subtestes do "Test Barcelona": Orientação, Dígitos, Linguagem Automática - Controlo Mental, Memória Verbal de Textos, Informação, Memória Visual e Aprendizagem de Palavras.

No subteste Orientação são colocadas questões para cada um dos domínios pessoal, tempo e lugar. O subteste dígitos compreende uma parte de repetição de dígitos na ordem direta e outra na ordem inversa para avaliar a atenção imediata e vigilância e a memória imediata, respetivamente.

O subteste de Linguagem Automática permite a obtenção de um índice de linguagem fluida, através da expressão de séries em ordem direta (numéricas, dias da semana e meses do ano); bem como a avaliação da capacidade de processamento mental ativo e continuado pela discriminação das mesmas séries em ordem inversa.

No subteste Memória Verbal são lidos 2 textos que o sujeito deve evocar de imediato e após um período de latência de cinco minutos, possibilitando a análise da capacidade de compreensão e repetição verbal, bem como da memória verbal imediata e diferida.

O subteste Informação permite-nos conhecer melhor o nível cultural do paciente e obter um hipotético nível de conhecimento pré-mórbido.

Para aferir a capacidade de Memória Visual Imediata solicita-se ao indivíduo que observe atentamente uma figura e de seguida a identifique num conjunto de quatro figuras. A Memória Visual Diferida e as capacidades práticas construtivas são avaliadas pela reprodução diferida de desenhos previamente observados.

As pontuações totais de cada subteste são convertidas em percentis.

5.2.7 Trail Making Test (TMT)

O TMT consiste numa medida de atenção, velocidade e flexibilidade mental. Compreende duas partes: a parte A, em que os sujeitos são solicitados a traçar linhas que unam os 25 círculos contendo números na respetiva ordem; a parte B, em que se requiere aos sujeitos que unam de forma alternada círculos com números e círculos com letras, seguindo a ordem numérica e do alfabeto. Ambas as partes requerem capacidades visuoperceptivas, de sequenciação e velocidade de processamento. A parte B também avalia atenção dividida (Strauss, Sherman, Spreen, 2006). Outros autores sugerem que a parte A consiste numa medida de atenção seletiva (Schretlen, Bobholz, Brandt, 1996), enquanto a Parte B reflete implica memória de trabalho e capacidade de mudança de

tarefa. Podem ser calculados alguns índices como B-A que é um indicador puro das capacidades executivas (Sanchez-Cubillo et al., 2009).

A seleção deste teste baseou-se no facto de se apresentar validade, boa fidelidade e sensibilidade a lesões cerebrais (Carone & Bush, 2012).

A pontuação tem por base o tempo em segundos que os sujeitos demoram a completar cada uma das partes, o rácio entre a pontuação TMTB/TMTA e a diferença entre a pontuação do TMTB-TMTA (Strauss et al., 2006).

O tempo em segundos que os pacientes demoram a completar cada um das partes é introduzido na plataforma **neuropsi.up.pt**, que possibilita o conversão dos resultados em percentis de acordo com os dados normativos para a população portuguesa (Cavaco et al., 2013).

5.2.8 Fluência verbal semântica e fonémica

As provas de Fluência Verbal permitem avaliar as funções executivas, nomeadamente o pensamento abstrato, a flexibilidade cognitiva e busca de estratégias, planeamento, controlo de respostas e velocidade de processamento. Possibilitam, ainda, a avaliação da linguagem, mais propriamente do léxico interno e da memória semântica e de trabalho (Moura, Simões, Pereira, 2013; Silva, 2010).

Para aferir a fluência verbal semântica solicita-se ao paciente que diga o maior número de nomes de animais durante um minuto. Relativamente à avaliação da fluência verbal fonémica, solicita-se a nomeação do máximo de palavras começadas pelas letras P, M e R, dispondo de um minuto para cada letra (Silva, 2010).

A pontuação obtida corresponde ao número de palavras evocadas em cada categoria, sendo introduzido na plataforma **neuropsi.up.pt**, que possibilita o conversão dos resultados em percentis de acordo com os dados normativos para a população portuguesa.

5.2.9 Figura Complexa de Rey

A Figura Complexa de Rey foi desenvolvida para avaliar a capacidade contrutiva, visuoespacial e a memória visual. Para além disso, avalia a capacidade de planeamento, organização, estratégias de resolução de problemas, função motora, perceptiva e memória episódica (Strauss et al., 2006).

Neste teste é solicitada ao paciente a cópia de uma figura e cerca de 3 minutos depois a respetiva reprodução de memória. A pontuação de cópia e de recordação diferida baseiam-se na precisão, que é analisada com através da exatidão e colocação das 18 unidades que compõem a figura e do tempo requerido para as respetivas execuções (Strauss et al., 2006).

A Figura Complexa de Rey tem sido utilizada em pacientes com lesões cerebrais traumáticas e possui alguma capacidade discriminativa da localização da lesão (Granacher, 2003). Estes fatores, contribuíram para a seleção da prova.

5.2.10 Hopkins Verbal Learning Test (HVLTR)

O HVLTR também faz parte do protocolo de avaliação Neuropsicológica da Clínica da Memória e possibilita uma avaliação breve da aprendizagem verbal e da memória.

O HVLTR engloba uma lista de doze nomes agrupados em três categorias semânticas alternadas (animais, pedras preciosas e habitações humanas). Na sua administração são realizados três ensaios para possibilitar a aprendizagem das palavras, em que os pacientes devem evocar o maior número de palavras. Cerca de 20 a 25 minutos depois, é solicitada a evocação diferida. Segue-se uma tarefa de reconhecimento diferido, em que se lê uma lista de palavras ao indivíduo para que identifique as previamente enunciadas (Strauss et al., 2006).

Assim, podemos calcular a pontuação total de recordação, a recordação diferida, a percentagem de retenção e um índice de reconhecimento discriminativo que são convertidas em pontuações T em função por médias de idade (Strauss et al., 2006). Foram utilizadas as normas obtidas para a população americana, uma vez que não está adaptado para a população portuguesa (Brandt & Benedict, 2001).

5.2.11 Ineco Frontal Screening (IFS)

O IFS consiste num teste breve de avaliação das funções executivas. Compreende oito subprovas, que se organizam em três grupos: inibição e alternância de resposta; capacidade de abstração e memória de trabalho (Torralva, Roca, Gleichgerricht, López, Manes, 2009).

A inibição e alternância de resposta é avaliada pelas subprovas: programação motora, instruções conflituosas, Go-No-Go e controlo inibitório verbal. Na subprova programação motora solicita-se ao indivíduo que execute as séries de Luria "punho, borda, palma" (3 pontos). Na subprova instruções conflituosas, é pedido ao indivíduo que bata uma vez na mesa quando o examinador bater duas vezes e para bater duas vezes quando o examinador bater uma (3 pontos). Na subprova Go-No-Go pede-se ao indivíduo para quando o examinador bater uma vez na mesa, bater também uma vez e quando o examinador bater duas vezes, não fazer nada (3 pontos). Na subprova controlo inibitório são lidas frases nas quais falta uma palavra. Numa primeira parte é pedido que complete o mais rapidamente possível a frase com a palavra omissa, depois deve completar com uma palavra sem relação com o conteúdo da frase (2 pontos) (Caldeira et al., 2011).

A capacidade de abstração é avaliada pela subprova de interpretação de provérbios, em que se solicita a explicação do significado (3 pontos) (Caldeira et al., 2011).

A memória de trabalho é avaliada através das subprovas: *digit span* inverso, memória de trabalho verbal e memória de trabalho espacial. Na primeira solicita-se a repetição de uma lista de números na ordem inversa à que lhe foi lida (a pontuação corresponde ao número do último item correto). Na segunda, é pedido para enunciar os meses do ano na ordem inversa (2 pontos). Na última, deve repetir na ordem inversa uma sequência espacial previamente apresentada (4 pontos) (Caldeira et al., 2011).

A pontuação total corresponde à soma das pontuações obtidas em cada subprova e varia entre 0 e 30 (Caldeira et al., 2011).

5.2.12 Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)

A BADS destina-se à avaliação de problemas da vida diária resultantes de síndrome disexecutiva²⁰ que estão, por norma associados a lesões do lobo frontal (Wilson, Alderman, Burgess, Esmilie, 1996).

A BADS apresenta boa validade ecológica, ou seja, compreende tarefas que simulam atividades do quotidiano (Strauss et al., 2006; Barbosa, Peixoto, Silveira, 2011), daí a opção por esta bateria.

A bateria compreende seis subescalas: Alteração de Regras que visa avaliar a capacidade para modificar um padrão de resposta previamente estabelecido; Programa de Ação relaciona-se com a resolução de problemas práticos; Procura da Chave que constituiu um teste de conceção de estratégias de ação para encontrar um objeto perdido; Julgamento Temporal que tem como propósito avaliar a capacidade de previsão ou estimativa do tempo de realização de várias tarefas; Mapa do Zoológico avalia a capacidade de planeamento da ação, através da elaboração de um percurso mediante determinadas regras; Teste Modificado dos Seis Elementos para avaliar a capacidade de planeamento, organização temporal de 6 tarefas e auto-monitorização do desempenho por um período de 10 minutos (Wilson et al., 1996; Barbosa et al., 2011).

Em cada subescala é calculado um resultado de perfil, que varia entre 0 e 4. O perfil total corresponde à soma dos perfis obtidos nas diferentes atividades e pode ser convertido numa pontuação estandardizada. Assim, é possível classificar a performance na BADS, com referência a três grupos etários (Wilson et al., 1996; Strauss et al., 2006).

²⁰ A síndrome disexecutiva refere-se às dificuldades evidenciadas por alguns indivíduos em focar-se numa tarefa e finalizá-la, em estabelecer novos repertórios comportamentais, em utilizar estratégias, na abstração de ideias, na antecipação das consequências do seu comportamento, o que origina maior impulsividade. Associa-se, ainda, a diminuição da produtividade e criatividade (Tirapu-Ustároz, Muñoz-Céspedes, Pelegrín-Valero, 2002).

5.2.13 Iowa Gambling Test (IGT)

O IGT consiste numa avaliação do processo de tomada de decisão que mimetiza situações da vida real com fatores de incerteza, obtendo recompensas ou punições. Esta prova é realizada com recurso a um *software* informático, em que são apresentados quatro baralhos de cartas, designados A, B, C e D. Neste teste o objetivo principal é obter lucro. Os indivíduos são solicitados a escolherem uma carta, de cada vez, dos baralhos. Podem escolher de qualquer um dos baralhos, sendo esta escolha influenciada pelas recompensas e punições. Se optarem pelos baralhos A e B recebem quantias de dinheiro mais elevadas, mas as punições são também mais elevadas; nos baralhos C e D as recompensas são inferiores, mas em compensação as punições são igualmente inferiores (Bechara, Damásio, Damásio, 2000).

No final são contabilizadas o número de escolhas vantajosas, correspondentes aos baralhos C e D e de escolhas desvantajosas dos baralhos A e B, por cada bloco de 20 cartas. O desempenho é analisado pela diferença entre o número de escolhas vantajosas e desvantajosas $[(C+D) - (A+B)]$ (Bechara et al., 2000).

O circuito associado ao processo de tomada de decisão envolve o CPFDL (para a memória de trabalho), o córtex cingulado posterior e a ínsula (para representação dos estados emocionais), o orbitofrontal mesial e o córtex pre-frontal ventromedial (para estabelecer a ligação entre os dois processos anteriores) e o estriado central e cingulado anterior/área motora suplementar (para a realização comportamental das decisões) (Li, Lu, D'Argembeau, Ng, Bechara, 2010). Deste modo, verificamos que as emoções exercem um papel fundamental no processo de tomada de decisão (Bechara et al., 2000).

5.2.14 Matrizes Progressivas de Raven (MPR)

As MPR possibilitam a avaliação geral da inteligência fluida. Existem três formas diferentes deste teste: as MPR *Standard*, as MPR Coloridas e as MPR Avançadas (Strauss et al., 2006).

Serão enfatizadas as MPR *Standard*, uma vez que são as mais adequadas para pessoas acima dos 11 anos de idade, com desenvolvimento cognitivo normal, em cujo raciocínio por analogia esteja desenvolvido. As MPR *Standard* compreendem 60 itens agrupados em 5 *sets* (A a E) de 12 itens. Nesta prova são apresentados problemas com padrões aos participantes, nos quais uma parte fora removida. A sua tarefa consiste em seleccionar a parte em falta, mediante um conjunto de 6 a 8 figuras. A complexidade aumenta gradualmente em cada *set* (Strauss et al., 2006).

No final são contabilizadas as respostas corretas e convertidas em percentis (Strauss et al., 2006).

Dada a importância da avaliação do funcionamento cognitivo geral após TCE para aferir a reserva cognitiva²¹ (Tsaousides & Gordon, 2009), foi seleccionada esta prova pois implica um reduzido consumo de tempo e apresenta bons indicadores psicométricos de validade (Strauss et al., 2006).

6. Resultados²²

6.1 BDI - II

A paciente obteve uma pontuação de 30/63, indicativa de Depressão Severa (Farinde, 2013). Revela pessimismo, perda de prazer, auto-criticismo, choro fácil, perda de energia, dificuldades de concentração e perda do interesse sexual. Realça dependência no processo de tomada de decisão, referindo que as decisões são maioritariamente tomadas pelo marido. De acordo com a mesma, os esquecimentos, reforçam a dependência do marido. Para além disso, refere insegurança, “tenho medo de tudo, andar de carro...sou incapaz de preparar festas...fico com medo que as coisas corram mal” (sic).

6.2 Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

R.M. obteve uma pontuação de 34/56, indicativa de ansiedade moderada a severa (Hamilton, 1959). Constatou-se predomínio de queixas somáticas.

6.3 IES-R

Os resultados obtidos pela paciente de 38/88 (Beck et al., 2008), são sugestivos de PSPT. Verificam-se pensamentos intrusivos (12/32), hipervigilância (13/32) e evitamento (13/24).

Dentro dos sintomas intrusivos destacam-se, sofrimento psicológico intenso e reações fisiológicas marcadas face à exposição a estímulos externos que se assemelhem a um aspecto do evento traumático.

Desde o evento traumático, relata evitamento persistente dos pensamentos, sentimentos e das situações associadas ao acidente como atravessar a rua.

Mostra-se incapaz de lembrar o evento traumático. Revela um estado emocional de medo persistente e crenças exageradas acerca do perigo de atravessar a estrada.

Demonstra hipervigilância e problemas de concentração.

A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e reflete-se na independência da paciente, uma vez que evita sair de casa sozinha. Pelo que, preenche os critérios de diagnóstico para PSPT do DSM-V.

²¹ A reserva cognitiva refere-se às capacidades pré-mórbidas preservadas e às forças cognitivas residuais.

²² A sùmula dos resultados encontra-se no anexo M

6.4 MoCa

No MoCa obteve um resultado de 17/30, que se situa significativamente abaixo da média, tendo em conta a idade e a escolaridade (Freitas et al., 2013). Constataram-se défices difusos em todas as áreas cognitivas avaliadas, à exceção da orientação.

6.5 Exame para Detecção de DCL e Quadros Demenciais

Pela análise dos resultados obtidos nesta prova, verificou-se que as seguintes áreas cognitivas se encontram preservadas: orientação auto-psíquica, linguagem, capacidades visuoespaciais, juízo crítico e impulsividade. Por outro lado, registaram-se défices na orientação temporal (4/5) e espacial (4/5); na memória verbal sem interferência (3/5) e com interferência (9/15); na atenção e concentração (4/9).

6.6 BSAM

Analisando os resultados obtidos na BSAM, verificamos que as seguintes áreas cognitivas se encontram preservadas: orientação pessoal (Percentil - P95), linguagem fluida (P10) (avaliada através da prova de séries automáticas em ordem direta). Por outro lado, apresenta défices na orientação de lugar (Pinferior) e no tempo (P30); na atenção imediata e vigilância (P10) (avaliada através da prova de ordem direta de Memória de Dígitos); na memória imediata auditiva (P30) (Memória de Dígitos - ordem inversa); na repetição verbal (P20-30) e evocação diferida (P20), apesar de ser capaz de responder adequadamente a questões (P70) (Memória Verbal de Textos); na memória remota (P30) (avaliada pelo teste de Informação); na memória visual imediata (P30); na memória de reprodução visual diferida (P30); na memorização de palavras (P40-50).

6.7 TMT

Considerando o tempo como referência, na parte A obteve um percentil de 2 e na parte B entre 3 e 5 (Cavaco et al., 2013). Completou sem erros o TMT Parte A, mas evidenciou comprometimento significativo da velocidade de processamento e reduzida velocidade de coordenação olho-mão. Na Parte B, verificou-se comprometimento significativo da atenção dividida e dificuldade de seguir uma linha de pensamento concetual complexa. Para além disso, revelou dificuldade no scan visual, na sequenciação visuoespacial, apresentando vários erros. No índice B-A obteve resultados abaixo da média normativa (P11-18), remetendo para défices executivos.

6.8 Fluência verbal semântica e fonémica

A paciente apresenta comprometimento significativo da fluência verbal semântica (P3-5) e da fluência fonémica (P19-28) (Silva, 2010).

6.9 Figura Complexa de Rey

Na Figura Complexa de Rey, revelou lentidão na execução. Iniciou os desenhos, quer na cópia, quer de memória, pelo contorno geral (P75). No entanto, revelou dificuldade de organização perceptivomotora e de atenção visual. Relativamente à riqueza e exatidão da reprodução por cópia, obteve resultados abaixo da média normativa (P30-40). Também manifestou comprometimento da memória visual imediata (P 1-10 na reprodução de memória) (Rey, 1988).

6.10 HVLTR

No HVLTR verificou-se um comprometimento moderado da recordação total (Pontuação T=32), da recordação retardada (T=28), da retenção (T=35) e do reconhecimento discriminativo (T=30) (Brandt & Benedict, 2001).

6.11 IFS

No IFS, a paciente obteve uma pontuação de 12.5/30, verificando-se comprometimento das funções executivas (Caldeira et al., 2011). Apresenta preservadas a programação motora e a memória de trabalho verbal. Por outro lado, registam-se défices na resposta a estímulos conflituosos (2/3); no controlo inibitório motor avaliado pela subprova go-no-go (1/3); na flexibilidade cognitiva aferida através da subprova dígitos inversos (2/6); na memória de trabalho espacial (1/4); na capacidade de abstração avaliada mediante a interpretação de provérbios (1,5/3); no controlo inibitório verbal avaliado pelo Teste Hayling (0/6).

6.12 BADS

R.M. apresenta uma pontuação deficitária na BADS, pois obteve um resultado de perfil de 6/24. Estes resultados confirmam a presença de perturbação do funcionamento executivo (Barbosa et al., 2011).

O seu desempenho nas diferentes atividades foi prejudicado pela reduzida velocidade de processamento, anteriormente referida.

A paciente apresenta capacidade para resolução de problemas práticos, avaliada através da subescala de Programa de Ação (resultado de perfil=3). No entanto, foi necessário fornecer ajuda na primeira etapa (remoção da tampa).

Na subprova Alteração da Regra, manifestou dificuldades de inibição de um padrão de resposta estabelecido (resultado de perfil=0).

Na subprova Procura da Chave, mostrou-se incapaz de conceber estratégias de ação para a procura do objeto perdido (resultado de perfil=0).

Quanto à subprova Juízo Temporal, demonstrou dificuldades de estimativa temporal e hesitação nas respostas (resultado de perfil=1).

Em relação à subprova Mapa do Zoológico, embora não tenha revelado impulsividade, manifestou dificuldade na elaboração e seguimento de um plano de ação (resultado de perfil=0).

Por fim, na subprova Teste Modificado dos Seis Elementos respondeu aos 3 conjuntos de tarefas, mas evidenciou dificuldades de planeamento, na memória de trabalho, na organização temporal de tarefas, na atenção concentrada e na monitorização do desempenho (resultado de perfil=2).

6.13 IGT

Os resultados obtidos no IGT são apresentados na figura 1. Pela análise dos mesmos,

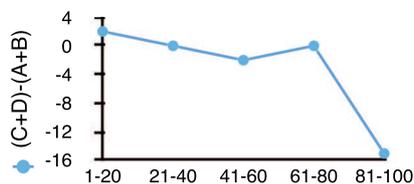


Figura 2 - Resultados obtidos pela paciente no IGT

constatamos que, ao contrário do esperado a paciente não aprendeu com as consequências das suas escolhas. Nas primeiras 20 cartas seleccionou mais “baralhos de baixo risco” do que de “baralhos de alto risco”. Na segunda e na quarta sequências seleccionou o mesmo número de cartas de ambos os baralhos. Na terceira e na quinta sequências seleccionou mais cartas dos

“baralhos de alto risco”. O seu desempenho declinou ao longo do teste, não se verificando aprendizagem.

R.M. demorou cerca de 40 minutos a concluir a prova, inicialmente tinha 2100 euros, tendo terminado com um total de 2600 euros.

Os resultados remetem para défices na capacidade de tomada de decisão, para os quais contribuíram as dificuldades atencionais (Gansler, Jerram, Vannorsdall, Schretlen, 2011) e na memória de trabalho (Levine et al., 2005), previamente relatadas.

6.14 MPR

Nas MPR, a R.M. obteve um resultado de 27/50, apurando-se um nível de Inteligência Normal Superior ($110 \leq QI < 120$), que reflete a capacidade de desenvolvimento de um raciocínio analógico. Estes resultados divergem dos anteriores e podem ser justificados pela maior ponderação das respostas, uma vez que a paciente demorou 1 hora e 9 minutos a completar a prova.

7. Símula dos resultados

R.M. revela orientação autopsíquica, mas evidencia défices na orientação espacial e temporal.

Apresenta PSPT, em comorbidade com sintomatologia depressivo-ansiosa. Verificou-se que a PSPT tinha o papel preponderante nas consequências funcionais em termos das atividades de lazer, domésticas e ocupacionais. Estes problemas eram exacerbados pelos défices cognitivos.

A capacidade de linguagem expressiva, a compreensão, a repetição, a nomeação, a leitura e a escrita encontram-se preservadas.

Em termos do discurso não apresenta alterações na articulação (disartria), revela um volume verbal e prosódia²³ adequados. No entanto, o débito do discurso é reduzido.

No funcionamento cognitivo global obteve resultados abaixo da média.

Revelou défices nas capacidades visuoespaciais, no entanto, estas dificuldades apenas foram evidentes na Figura Complexa de Rey, talvez por implicar capacidade de organização e elaboração de estratégias de ação como a segmentação dos elementos.

Na avaliação dos processos mnésicos, evidenciou comprometimento da memória verbal imediata e diferida, da memória visual imediata e de reprodução diferida, da memória remota, bem como dificuldades de aprendizagem auditivo-verbal. A memória a longo-prazo, tanto semântica, como episódica parecem estar mantidas.

No que concerne ao funcionamento executivo, apresentou um desempenho global deficitário. De acordo com os resultados obtidos, a capacidade de inibição (e.g. subprova de Alteração de Regra da BADS; subprova GO-NO-GO e Teste de Hayling do IFS); a flexibilidade cognitiva (e.g. subprova de dígitos inversos do IFS); a memória de trabalho espacial, a capacidade de planeamento (e.g. subprova Mapa do Zoológico da BADS); a organização e estimativa temporal, a atenção concentrada e auto-monitorização (e.g. Teste Modificado dos Seis Elementos da BADS); a capacidade de elaboração de estratégias de ação (e.g. subprova de Procura de Chave da BADS); a fluência verbal; assim como a capacidade de tomada de decisões (e.g. IGT) encontram-se comprometidas.

As capacidades atencionais, particularmente a atenção dividida e a atenção concentrada estão afetadas. Importa destacar que a paciente apresenta reduzida velocidade de processamento.

Apurou-se um nível de Inteligência Normal Superior. Este resultado é incongruente com os anteriores, dada a importância das funções executivas, particularmente da memória de trabalho, para a inteligência fluida.

8. Discussão - Análise Concetual

A informação constante no processo clínico da paciente remete para TCE moderado, com fratura frontal, contusão temporal direita e suspeita de Epilepsia. Em termos psicopatológicos apresenta sintomatologia compatível com PSPT.

²³ Prosódia - variação do ritmo da fala e da entoação em função do significado transmitido (Kolb, 2009)

R.M. refere perda imediata mas transitória da consciência, devido ao impacto, com amnésia para o acidente. Estes sintomas remetem-nos para a ocorrência de concussão, que tem sido considerada um fator de risco para o desenvolvimento de epilepsia pós-traumática (Crowe, 2012; Hernández, Levisohn, Naritoku, 2004).

Os danos primários da lesão traumática podem ser focais e difusos, podendo desenvolver-se hematomas no local de impacto e contusão para o lado oposto do cérebro através de um processo de golpe-contragolpe (Crowe, 2012). A combinação de forças físicas e mecânicas após este processo provocam lacerações, principalmente no córtex frontal, áreas temporo-polar e occipital do cérebro devido ao impacto contra a base do crânio (Zappalà, Schotten, Eslinger, 2011).

Nos TCE leves a moderados, as forças traumáticas tendem a localizar-se nas regiões orbitofrontal e temporal polar que inclui a amígdala e o hipocampo anterior. As principais manifestações clínicas resultantes das lesões das conexões fronto-temporais incluem: desintegração da personalidade, alteração dos mecanismos de coping e comportamento impulsivo (Zappalà et al., 2011).

As lesões orbitofrontais têm sido associadas a comportamento desinibido, irritabilidade, infantilidade, teimosia, a comportamento agressivo e abusivo (Zappalà et al., 2011), bem como dificuldade em responder a estímulos sociais de forma empática (Lehr, 2004).

Lesões no circuito pré-frontal dorsolateral comprometem o funcionamento executivo. Sendo que, os pacientes tendem a evidenciar dificuldades de organização comportamental, na resolução de problemas complexos (Lehr, 2004), falta de insight, assim como défices na memória de trabalho, no raciocínio abstrato e nas capacidades linguísticas e visuoespaciais (Zappalà et al., 2011). Os défices previamente referidos são congruentes com os apresentados pela paciente.

O comportamento motivado é mediado pelo circuito cingulado anterior (Lehr, 2004), cuja afetação tende a originar principalmente apatia (Moris, 2010). O acometimento desta e outras regiões mediais e subcorticais frontais pode repercutir-se, ainda, em desinteresse, letargia, falta de iniciativa, abulia e estado pseudo-depressivo ou amotivacional (Zappalà et al., 2011).

Nos casos mais severos de TCE, os pacientes são mais propensos a desenvolverem abulia e síndrome disexecutiva, dada a extensão da lesão às regiões mediais frontais corticais e subcorticais e convexidade dorsolateral (Zappalà et al., 2011).

As lesões temporais direitas relacionam-se com défices na memória não-verbal, no processamento de certos aspetos da música, no reconhecimento de faces e expressões faciais (Kolb & Whishaw, 2009). As contusões temporais associam-se a sintomas comportamentais como letargia, agitação e agressividade (Label, 2008).

A gravidade e localização da lesão inicial assume um papel preponderante nos resultados a longo-prazo da lesão cerebral, nomeadamente em termos comportamentais e emocionais. Estes fatores interagem com aspetos individuais de cada paciente, pelo que a lesão, o substrato neuronal e as características psicológicas únicas de cada um influenciam os seus resultados (Crowe, 2012).

Os pacientes podem desenvolver diversas perturbações psiquiátricas, como depressão, psicopatia, PSPT e ansiedade generalizada (Crowe, 2012).

Apesar de a literatura sustentar que os pacientes com TCE mais severos têm um risco diminuído de desenvolverem PSPT (Zatzick et al., 2010), no caso da paciente verificou-se TCE moderado em comorbilidade com PSPT.

Uma das propostas explicativas para o desenvolvimento de PSPT após TCE é do medo condicionado, de acordo com a qual a excitação simpática extrema durante o evento traumático pode conduzir à libertação de neurotransmissores como a adrenalina, que medeia a sobreconsolidação das memórias traumáticas. Assim, lembranças posteriores do evento podem causar medo. A experiência de condicionamento pode ocorrer mesmo quando o estado de consciência está diminuído, o que explica o desenvolvimento de medo condicionado após TCE severo. Outra explicação é a reconstrução de memórias do que terá acontecido durante o prejuízo da consciência, de um modo traumático (Bryant, 2011).

Na PSPT, as alterações nos níveis de norepinefrina, serotonina e cortisol em diferentes regiões cerebrais contribuem para os sintomas e défices neurocognitivos. A elevação dos níveis de norepinefrina no córtex pré-frontal compromete o seu funcionamento, repercutindo-se em termos executivos e na diminuição do controlo inibitório da amígdala. Assim, verifica-se aumento do comportamento de medo (Vasterling & Brailey, 2005). O stress também induz a elevação dos níveis de glucocorticóides que são suscetíveis de prejudicar a memória de trabalho e aumentar os níveis de catecolaminas. As catecolaminas, por sua vez, aumentam os níveis de norepinefrina e dopamina que interfere no medo condicionado (Nemeroff, 2011). A diminuição da capacidade inibitória do córtex pré-frontal, associada aos níveis elevados de cortisol e redução dos níveis de serotonina fazem com que a amígdala permaneça ativada. A ativação da amígdala perante um funcionamento pré-frontal deficitário, afeta a capacidade de discriminação de ameaças e promove a hipervigilância (Vasterling & Brailey, 2005).

Também o córtex cingulado anterior e o hipocampo desempenham um papel importante na mediação da resposta de medo. Alguns estudos têm reportado redução do volume hipocampal e consequentes défices na memória verbal em indivíduos com PSPT, bem como alterações na resposta de stress e respetiva extinção. A redução do volume do córtex cingulado anterior compromete a extinção das respostas de medo (Nemeroff, 2011).

Na PSPT, os défices cognitivos são limitados a domínios específicos, como atenção e memória. As funções mnésicas e atencionais dependentes do controlo executivo, nomeadamente inibição, memória de trabalho e interferência são as mais afetadas (Vasterling, & Brailey, 2005).

Deste modo, verificamos que, em termos do funcionamento neuropsicológico os défices atencionais, na memória de trabalho, no funcionamento executivo e na memória episódica, bem como as anomalias nas regiões pré-frontais e temporais são sobreponíveis nas duas patologias (Vasterling & Brailey, 2005).

9. Funcionamento Neuropsicológico e Semiologia Clínica

9.1 Estado Mental

R.M. manteve uma apresentação cuidada e um comportamento cooperante.

Revelou lentificação psicomotora.

Inicialmente o humor da paciente era depressivo-ansioso, verificando-se uma evolução positiva ao longo do acompanhamento.

Tem um pensamento organizado e não manifesta alterações do conteúdo do pensamento.

O seu discurso é lógico e coerente, com prosódia e qualidade apropriadas. No entanto, o débito do mesmo é reduzido.

Evidenciou orientação autopsíquica, contudo, constataram-se défices na orientação alopsíquica, relativamente ao tempo e ao espaço.

9.2 Funções Percetivas Posteriores

O processamento visual cortical é da responsabilidade das áreas visuais primárias e de associação do lobo occipital, responsáveis pelo reconhecimento da forma, cor e movimento dos objetos. Para o processamento visual, contribuem, ainda outras regiões cerebrais do lobo parietal e temporal. O reconhecimento do objeto implica um fluxo de informação ventral com projeções da área visual primária para o lobo temporal. A análise do movimento visual e localização espacial do objeto, implicam um fluxo de informação dorsal com projeções do córtex estriado para o lobo parietal (Kolb, 2009). R.M. não revela agnosia para objetos²⁴.

As regiões somatossensoriais do lobo parietal estão relacionadas com as funções táteis (Kolb, 2009). A paciente não evidenciou sinais de astereognosia²⁵, o que remete para a integridade das referidas regiões.

A negligência visual, auditiva e somestésica do lado do corpo ou do espaço oposto ao da lesão consiste numa desordem perceptiva designada negligência espacial unilateral. Está associada a

²⁴ Agnosia para objetos: incapacidade para reconhecer objetos.

²⁵ Astereognosia: incapacidade para reconhecer a natureza dos objetos pelo tato.

lesões do sulco intraparietal direito e do giro angular direito. Também pode ser observada em pacientes com lesões do lobo frontal e do córtex cingulado, assim como em estruturas subcorticais como o colículo superior e o hipotálamo lateral (Kolb, 2009). R.M. não apresentou sinais de negligência espacial.

O lobo temporal assume o processamento auditivo central. A lesão das regiões auditivas do lobo temporal esquerdo produzem défices no reconhecimento da linguagem e no direito no reconhecimento da música. Também afetam a localização espacial da informação auditiva, que implica um fluxo de informação para áreas parietais posteriores (Kolb, 2009). Não se observaram défices no reconhecimento e localização espacial da linguagem e da música, remetendo para a integridade destas áreas cerebrais.

9.3 Praxias Motoras

A apraxia diz respeito a uma perturbação do movimento, não causada por fraqueza, incapacidade de se mover, tónus ou postura anormal, deterioração intelectual, má compreensão ou tremor (Kolb, 2009).

A apraxia ideomotora refere-se à incapacidade para copiar movimentos, relacionada com lesões profundas do lobo parietal inferior e do giro supramarginal que destoem as fibras que ligam regiões do cérebro posteriores com regiões frontais (Osiurak & Le Gall, 2012). A paciente mostrou-se capaz de copiar movimentos.

A apraxia ideatória está associada ao comprometimento da pantomina e uso de ferramentas, geralmente, devido a lesões corticais posteriores esquerdas (Osiurak & Le Gall, 2012). R.M. demonstrou capacidade para o uso de ferramentas, pelo que, aparentemente as áreas cerebrais responsáveis por esta função estão íntegras.

As capacidades visuoespaciais consistem na capacidade para reunir os elementos de um objeto multidimensional, respeitar as suas orientações e relações espaciais. O comprometimento destas capacidades é facilmente avaliado nos desenhos livres e por cópia, nos quais se constata dificuldades não explicadas pela reduzida acuidade visual ou problemas motores. Podem relacionar-se com: lesões parietais esquerdas, ocasionando simplificação e diminuição do número de ângulos; lesões parietais direitas que podem associar-se a predominância esquerda dos distúrbios devido a heminegligência, distorção espacial, preservação da complexidade geral e manutenção do número de ângulos; lesões frontais são mais evidentes no desenho de figuras complexas e no planeamento da ação motora, registando-se melhorias quando se decompõe o desenho em partes sucessivas (Dupuy & Godfroy, 2013). Na cópia de desenho de uma casa e no desenho do relógio, a paciente obteve um

bom desempenho. Na Figura Complexa de Rey, que implica planeamento da ação motora, com decomposição do desenho em partes revelou défices consistentes com afetação frontal.

9.4 Linguagem

As bases neuroanatômicas da linguagem estão amplamente distribuídas pelo córtex cerebral, principalmente no hemisfério cerebral esquerdo. O córtex frontal assume um papel fundamental na produção da linguagem, enquanto os lobos temporal, parietal e occipital estão envolvidos na compreensão da linguagem (Marrón, Alisente, Izaguirre, Rodríguez, 2011).

Os hemisférios cerebrais apresentam relativa assimetria no que concerne à linguagem. O hemisfério direito relaciona-se com a prosódia e a pragmática. O hemisfério esquerdo é preponderante para a produção e compreensão da linguagem, sendo neste que se localizam duas das principais áreas cerebrais responsáveis pela linguagem: a área de Broca e a área de Wernicke (Kolb & Whishaw, 2009).

A área de Broca exerce um papel fundamental na programação motora da fala e da escrita, na articulação e na produção da fala (Marrón et al., 2011).

A área de Wernicke é responsável pela compreensão fonológica e semântica da linguagem oral e escrita (Marrón et al., 2011).

Para além disso, existem outras estruturas cerebrais implicadas na linguagem, entre as quais, as áreas auditivas do lobo temporal, as áreas visuais do lobo occipital, a área pré-frontal, as circunvoluções parietais supramarginal e angular (Marrón et al., 2011).

A área pré-frontal, mais propriamente a área cingulada anterior e dorsolateral, estão implicadas na planificação do que queremos dizer oralmente ou escrever, no desenvolvimento dos programas linguísticos, na recuperação do léxico e adequação do conteúdo semântico, assim como na intenção e motivação para comunicar (Marrón et al., 2011).

A circunvolução supramarginal é responsável pela integração da informação sensorial, imprescindível para a compreensão da leitura e da escrita e a circunvolução angular constitui o centro da leitura (Marrón et al., 2011).

A paciente apresenta mantidas a linguagem expressiva, compreensiva, a escrita, a leitura, bem como a prosódia do discurso, o que remete para a integridade das áreas cerebrais anteriormente referidas. No entanto, por vezes, evidenciava dificuldades na recuperação do léxico, o que pode ser justificado pela baixa escolaridade ou comprometimento da área pré-frontal.

9.5 Função mnésica

A memória é das funções cognitivas mais severamente afetadas no TCE devido à localização preferencial das lesões nos lobos temporal e frontal, implicados no armazenamento e recuperação de

informações. O conceito de memória não é unitário, uma vez que existem diferentes tipos de memória e diferentes etapas no processo de memorização: a codificação, o armazenamento ou consolidação e a recuperação (Marrón et al., 2011).

As informações captadas através dos órgãos dos sentidos são armazenadas na memória sensorial, podendo ser convertidas em memória de trabalho e, posteriormente, consolidadas em memória de longo prazo (Pereira, Reis, Magalhães, 2003).

A memória de trabalho depende do funcionamento do córtex pré-frontal e do córtex parietal, em que as informações são retidas por um curto período de tempo (Pereira et al., 2003; Marrón et al., 2011). Engloba três subsistemas: o circuito fonológico ou articulatório responsável pelo armazenamento da informação verbal; a agenda visuoespacial encarregue do armazenamento e manipulação da informação visual e espacial; e o executivo central (CPFDL) que planifica, organiza e controla as atividades dos outros subsistemas (Pereira et al., 2003; Marrón et al., 2011). Verificaram-se défices na memória de trabalho espacial.

A memória de longo prazo depende, sobretudo, do funcionamento do lobo temporal e pode ser declarativa ou procedimental. A primeira refere-se ao conhecimento geral e pessoal que pode ser expresso pela linguagem e pelo seu carácter consciente também pode ser designada explícita. A segunda armazena informação relacionada com procedimentos, capacidades motoras e repertórios comportamentais, resulta da aprendizagem sem esforço consciente, daí a designação implícita (Marrón et al., 2011).

A memória explícita engloba a memória episódica para factos relacionados com a nossa vida passada e a memória semântica está associada ao conhecimento do significado de palavras, dos objetos, de conceções teóricas, entre outros (Marrón et al., 2011). A memória a longo-prazo, tanto semântica como episódica parecem estar mantidas.

Podemos diferenciar, ainda, a memória verbal associada a uma ativação preferencial do lobo temporal esquerdo e a memória visual em que se observa uma ativação temporal bilateral para estímulos concretos e predominantemente direita para estímulos abstratos (Pereira et al., 2003). A paciente revelou comprometimento da memória verbal imediata e diferida, da memória visual imediata e de reprodução diferida.

9.6 Funções Executivas e Atenção

As funções executivas dizem respeito a cognições complexas de resolução de problemas, de modificação de comportamento, de geração de estratégias e de sequenciação de ações complexas (Barbosa et al., 2011). Estas funções são coordenadas pelo lobo frontal, mais propriamente pelo

córtex pré-frontal e respectivos circuitos dorsolateral, orbitofrontal e cíngulo anterior (Daffner & Searl, 2008).

O circuito dorsolateral está envolvido na organização da resposta comportamental para resolver problemas complexos, como a aprendizagem de novas informações e cópia de figuras complexas; na ativação de memórias remotas ou informações recentemente aprendidas; na mudança e manutenção dos comportamentos apropriados; na utilização de capacidades verbais para guiar o comportamento. Pelo que, as lesões desta região podem ter como consequências: dificuldade em desenvolver estratégias organizacionais, refletindo-se na incapacidade de organizar o material a aprender e segmentar desenhos; interpretação concreta de conceitos abstratos e provérbios; comportamentos de imitação e utilização; pobre performance go-no-go; dificuldade de inibição; dificuldade na alternância de respostas e dissociação verbal-manual com desempenho deficitário nas series de Luria (Mega & Cummings, 2001); impersistência cognitiva; diminuição do auto-cuidado; défices no julgamento, planeamento, insight (Duffy & Campbell, 2001).

Para além disso, o CPFDL desempenha um papel fundamental na memória de trabalho, sendo que o CPFDL direito está envolvido na memória de trabalho espacial e o esquerdo na memória de trabalho verbal (Daffner & Searl, 2008).

Os défices apresentados pela paciente são consistentes com a disfunção do CPFDL.

A lesão do córtex orbitofrontal medial está associada a mudanças na personalidade como falta de energia e anedonia; mudança neurovegetativas como mudanças alimentares e disfunção do ritmo circadiano; perturbações do humor como depressão e perturbação obsessivo-compulsiva. A lesão do cortex orbitofrontal lateral pode conduzir a mudanças na personalidade como irritabilidade, impulsividade e familiaridade indevida; dependência comportamental, refletindo-se em comportamentos de utilização e imitação; alterações comportamentais como mania e labilidade (Mega & Cummings, 2001). A paciente e o marido não destacam alterações da personalidade.

A reduzida espontaneidade na fala apresenta como locus principal lesão orbitofrontal. Os défices evidenciados em termos da fluência verbal, podem ser justificados pela afetação frontal registada no estudo de neuroimagem (Kolb, 2009).

O circuito cíngulo anterior está implicado na iniciação do comportamento e motivação, recebendo múltiplas aferências, nomeadamente do córtex pré-frontal lateral, enviando referências para os sistemas musculares, oculomotor e vocal no sentido de facilitar a ação. Pelo que traduz o input motivacional e cognitivo num output comportamental voluntário (Daffner & Searl, 2008). A disfunção deste circuito pode refletir-se em indiferença à dor e na resposta inibitória. O córtex cíngulo anterior suporta a auto-monitorização da performance através da antecipação das consequências, implicando avaliação contínua do comportamento e dos resultados futuros do mesmo

(Daffner & Searl, 2008). A paciente demonstrou dificuldade de auto-monitorização do desempenho, particularmente no Teste Modificado dos Seis Elementos (BADS).

A dificuldade na tomada de decisões, evidenciada no Iowa tem sido associada a lesões no córtex pré-frontal ventromedial, sugerindo que os indivíduos com lesão nestas regiões manifestam insensibilidade para as consequências das suas escolhas, sendo guiados por perspectivas imediatas. Ao contrário do que acontece com os controlos normais que desenvolvem uma resposta de condutância elétrica da pele prévia à escolha das cartas, os pacientes com lesões ventromediais não exibem este padrão. Numa perspetiva do marcador somático, estes indivíduos não ativam sinais que possam vir a funcionar como marcadores na distinção entre escolhas boas ou más. Assim, sem este viés inconsciente que guia a tomada de decisão comportamental, o conhecimento consciente não seria suficiente para assegurar o comportamento vantajoso (Tranel, 2002).

Em termos atencionais verifica-se uma ativação cerebral diferencial tendo em conta as tarefas realizadas. O córtex parietal posterior é responsável por desativar, mover ou desencadear a atenção. O córtex occipitotemporal é ativado pela atenção para a cor e forma. A atenção dividida²⁶ é mediada por estruturas cerebrais como o CPFDL e a região cingulada anterior. A atenção seletiva²⁷ implica a atividade do colículo superior e do córtex orbitofrontal (Kolb, 2009). R. M. demonstrou défices na atenção dividida e na atenção seletiva.

9.7 Alterações do Comportamento e do Humor

Em termos comportamentais, são destacados três síndromes principais associados à disfunção do lobo frontal: de desinibição, de desorganização e de apatia. A síndrome de desinibição relaciona-se com a alteração do funcionamento do córtex orbitofrontal e caracteriza-se por desinibição comportamental, impulsividade, comportamentos sociais inapropriados. O compromisso do funcionamento dorsolateral tende a desencadear uma síndrome de desorganização, que se caracteriza por: inflexibilidade, dificuldade de auto-monitorização, entre outros. A síndrome de apatia é desencadeada pela disfunção mediofrontal, salientando-se falta de motivação, de intencionalidade comportamental e inatenção comportamental severa (Granacher, 2003).

Mais uma vez, os sintomas da doente são consistentes com a alteração do funcionamento pré-frontal dorsolateral, o que pode ser justificado pela fratura frontal na sequência do TCE.

O córtex pré-frontal dorsolateral (CPFDL) também tem um papel crítico na depressão, dado que a disfunção desta estrutura compromete a regulação dos afetos negativos (Koenigs & Grafman, 2009)

²⁶ Atenção dividida: envolve um processo de resposta simultânea a um duplo estímulo (Lima, 2005).

²⁷ Atenção seletiva: capacidade do indivíduo para privilegiar um estímulo, em detrimento de outros (Lima, 2005).

Para além disso, a paciente apresenta PSPT, cujos substratos neuroanatômicos, como anteriormente referido, englobam as regiões pré-frontais e temporais.

A ansiedade evidenciada pela paciente e relatada na avaliação não é melhor explicada pelos sintomas de PSPT. Apesar de a ansiedade generalizada estar associada à disfunção da amígdala e do córtex pré-frontal medial (Shin & Liberzon, 2009), que se localizam em regiões acometidas pelo TCE, de acordo com a informação recolhida junto da paciente revelara ansiedade pré-mórbida. Assim, os seus mecanismos de coping podem ter sido excedidos, exacerbando a sintomatologia ansiosa.

9.8 Funcionamento intelectual

A inteligência fluida²⁸ implica uma rede de regiões cerebrais principalmente dentro do hemisfério direito relacionadas com: o processamento da linguagem (como a área de Broca e o giro temporal superior direito); o processamento espacial (como o córtex parietal inferior direito e superior); o mecanismo de processamento (como o córtex somatosensorial direito e motor primário); a memória de trabalho (como o CPFDL direito, o córtex parietal inferior direito e superior e o giro temporal superior direito). Também estão envolvidos: a região anterior e dorsal do fascículo arqueado que conecta lobo temporal, parietal e regiões frontais inferiores; o fascículo fronto-occipital superior que conecta o CPFDL e o polar frontal com o lobo parietal superior; o fascículo uncinado que liga o córtex temporal anterior e amígdala com as regiões orbitofrontal e frontopolar. Os circuitos fronto-parietais assumem um papel central na inteligência humana e podem estar lateralizados, sendo que o hemisfério esquerdo está envolvido na inteligência geral e o hemisfério direito na inteligência fluida. As competências específicas da memória de trabalho são importantes para a inteligência fluida e partilham mecanismos neuronais similares (Barbey, Colom, Paul, Grafman, 2014).

Tendo em conta os resultados obtidos pela imagiologia e na avaliação neuropsicológica, seria de esperar que a paciente evidenciasse compromisso da capacidade de inteligência fluida. Considerando o seu desempenho nas MPR e o facto de a inteligência fluida estar associada principalmente ao hemisfério direito, as lesões frontais parecem circunscritas ao hemisfério esquerdo. Outra hipótese explicativa é terem ocorrido mecanismos de neuroplasticidade²⁹.

Verifica-se que os défices apresentados pela paciente na avaliação neuropsicológica são congruentes com as áreas cerebrais acometidas pelo TCE. Embora em termos frontais, os défices se relacionem principalmente com as regiões pré-frontais.

²⁸ A inteligência fluida consiste na capacidade para resolver problemas novos, independentemente do conhecimento previamente adquirido e é fundamental para o comportamento adaptativo e tomada de decisão direccionada para objetivos (Barbey et al., 2014).

²⁹ A neuroplasticidade refere-se às alterações estruturais e funcionais do cérebro pelo treino e experiência.

10. Indicações Terapêuticas

Tendo em conta os resultados da avaliação, considerou-se que a paciente beneficiaria de psicoterapia para o tratamento da PSPT, bem como de reabilitação neuropsicológica. Dada a aproximação do final do estágio e o maior impacto na independência e qualidade de vida da paciente dos sintomas emocionais e sociais, priorizou-se a Psicoterapia. No entanto, elaborou-se uma Proposta de Intervenção Neuropsicológica ajustada à paciente.

10.1 Psicoterapia

O *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* [Australian Centre for Posttraumatic Mental Health](2013) recomenda como melhor tratamento para a PSPT a Terapia Cognitivo-Comportamental focada no trauma.

Esta terapia inclui psicoeducação, estratégias para lidar com os sintomas, exposição e reestruturação cognitiva. Consiste numa intervenção breve e estruturada que se baseia nas teorias cognitivas e comportamental, com o intuito de operar melhorias em termos das sequelas emocionais, cognitivas e comportamentais do trauma. Compreende, ainda, abordagem de estratégias de gestão da ansiedade e prevenção de recaídas (ACPMH, 2013).

Para além dos TCE, a depressão apresenta, muitas vezes, comorbilidade com PSPT nos sobreviventes de acidentes de viação, podendo conduzir a uma apresentação clínica mais severa (ACPMH, 2013).

R. M. revela amnésia da situação, evitamento, sintomatologia depressivo-ansiosa. A opção pela intervenção na PSPT e não nas respectivas comorbilidades, deve-se ao facto de o trauma ser o aspeto central. Constatou-se dificuldade por parte da paciente em reportar-se ao momento actual na avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva, o que se repercutiu numa sobrevalorização da mesma.

A intervenção decorreu ao longo de 7 sessões, com periodicidade semanal. A R.M. foi assídua e pontual. As sessões foram estruturadas tendo em conta as Guidelines do ACPMH e os Guia para o Clínico e Manual do Paciente de Andrews et al. (2003).

A primeira etapa da intervenção psicológica foi direccionada para a Psicoeducação acerca da PSPT. Segundo Andrews et al. (2006), a Psicoeducação favorece a credibilidade do terapeuta e a criação de uma aliança terapêutica, ao mesmo tempo que possibilita uma melhor compreensão das reacções emocionais ao trauma. Mais importante, confere credibilidade à história da paciente através da abordagem dos principais sintomas associados. Importa salientar que a Psicoeducação teve por base um fluxo de informação bidirecional, em que a paciente teve um papel ativo, como a recuperação exige. Assim, abordou-se o conceito de PSPT e de trauma, obtendo as informações

personais da paciente, enquadrando os conhecimentos técnicos nas vivências comportamentais, emocionais e cognitivas únicas da mesma. O que permitiu o desenvolvimento da tríade cognitivo-comportamental, na qual a intervenção se baseou.

Constatou-se que, embora a paciente não tenha memórias do sucedido, o atravessar uma estrada, provoca sintomas físicos como sudorese, coração acelerado e tensão muscular; evitando fazê-lo. Este evitamento repercutiu-se na sua autonomia, auto-estima e capacidade de tomar decisões. Tornou-se insegura e, uma parte do quotidiano que, até então, era fácil passou a ser vista como uma ameaça. De acordo com a mesma, o estado de alerta tem-se refletido na sua capacidade de concentração, levando mais tempo a executar as tarefas do dia-a-dia.

A Psicoeducação forneceu as bases para o desenvolvimento de estratégias fisiológicas, cognitivas e comportamentais para lidar com os sintomas.

Quanto a estratégias fisiológicas trabalhou-se o controlo da respiração (Andrews et al., 2006).

Em termos comportamentais, procurou-se estruturar o quotidiano da paciente e aumentar o envolvimento em atividades agradáveis para evitar o isolamento (Andrews et al., 2006).

As estratégias cognitivas visam conferir à paciente algum controlo sobre as cognições intrusivas (Andrews et al., 2006). Após ter verificado preferência pelo relaxamento de Jacobson, em detrimento do relaxamento de Schultz, excluíram-se as estratégias de imaginação. Optou-se por abordar estratégias de distração mental. A paciente mostrou preferência pela técnica de fluência verbal semântica de animais, que passou a utilizar sistematicamente quando tinha de atravessar a rua.

Alertou-se para o impacto do nível prévio de stress no modo como enfrenta o evento. Para lidar melhor com a ansiedade e impedir a respetiva escalada, apresentaram-se as Unidades Subjetivas de Desconforto (USD). Ao medir o stress, torna-se mais capaz de lidar com os seus sentimentos e pensamentos e controlá-los (ACPMH, 2013). Embora a paciente revelasse alguma dificuldade em reportar-se aos valores das USD, em parte devido aos défices cognitivos, começou a monitorizar o nível de stress.

De forma a atender às necessidades terapêuticas da paciente e propiciar um papel tão ativo quanto possível, procedeu-se à elaboração de uma lista de objetivos que gostaria de alcançar com a Psicoterapia e de uma lista de situações temidas. Verificou-se que o seu principal objetivo consistia em tornar-se mais autónoma e independente, sendo as situações mais temidas e evitadas (por gradação crescente do medo) "andar de carro, atravessar na passadeira, caminhar em locais sem passeios, atravessar em locais sem passadeira" (sic).

Explicou-se a importância da exposição com recurso à metáfora da ingestão de uma comida calórica. Após a ingestão de uma refeição calórica, quando, por fim, somos capazes de a digerir, sentimos um alívio. O mesmo acontece com o evento traumático que, por não ter sido bem digerido,

ocasionou pensamentos intrusivos. A exposição tem sido amplamente recomendada como um tratamento efetivo na PSPT e baseia-se no princípio fundamental da habituação. De acordo com este princípio, o contacto com os estímulos ansiogénicos durante um período de tempo suficiente reduzirá inevitavelmente a ansiedade (ACPMH, 2013).

Realizaram-se duas sessões de exposição com recurso a imagens e vídeos associados à situação traumática, considerando a gradação formulada pela paciente. A exposição seguiu a seguinte estrutura: relaxamento inicial, confronto, monitorização dos níveis de stress através das USD, confronto com situação até a ansiedade diminuir, relaxamento (ACPMH, 2013).

Utilizando as estratégias, a paciente salienta melhorias significativas, “o meu marido viu-me a atravessar a rua e disse - nem pareces a mesma” (sic). Refere maior ativação fisiológica unicamente em estradas mais movimentadas. Relata passeios com as amigas e ida a uma consulta médica sem o marido a acompanhar. A intervenção na componente traumática, gradualmente possibilitou que se torna-se mais autónoma, reduzindo a sintomatologia depressivo-ansiosa.

Apesar das repercussões positivas da exposição, também evocou pensamentos negativos, nomeadamente acerca da vulnerabilidade e insegurança, os quais tendem a ser exagerados. Prosseguiu-se com a reestruturação cognitiva, que se baseia na identificação dos pensamentos e memórias distorcidos da experiência traumática, crenças desadaptativas e comportamentos desenvolvidos (ACPMH, 2013).

Fez-se o levantamento das evidências de ser novamente atropelada, refletindo-se acerca da não repetição de situações similares à traumática e abordaram-se alternativas de pensamento. Assim, foi possível alcançar uma visão mais equilibrada da situação.

Dada a possibilidade de recaídas, forneceram-se algumas estratégias para a ajudar a lidar com eventuais dificuldades futuras e sinais de alerta que podem precipitar uma recaída.

Realizou-se uma abordagem retrospectiva acerca das competências que a tornaram mais capaz de enfrentar as situações temidas. Foi delineado um plano para uma melhor adaptação, que englobou estratégias comportamentais como contactar uma amiga que, refere ser positiva; estratégias físicas como o controlo da respiração e o relaxamento muscular; estratégias cognitivas de distração do pensamento.

10.2 Reabilitação Neuropsicológica

A reabilitação cognitiva diz respeito ao conjunto de intervenções destinadas a melhorar a capacidade para a execução de tarefas cognitivas, através do treino de capacidades previamente aprendidas e ensino de estratégias compensatórias (Tsaousides & Gordon, 2009).

A reabilitação neuropsicológica visa a melhoria dos défices cognitivos, emocionais, psicossociais e comportamentais causados por uma lesão cerebral, revelando-se uma intervenção mais abrangente. Neste sentido, deve ser tido em conta que os problemas emocionais e comportamentais podem exacerbar os défices cognitivos e reduzir a eficácia das intervenções. Pelo que, deve ser preconizada uma abordagem holística (Wilson, 2008). Assim, embora tenha sido realizada psicoterapia para a sintomatologia de PSPT, seria fundamental dar continuidade ao suporte emocional.

Os programas de reabilitação neuropsicológica devem basear-se, sobretudo, nos problemas na vida real identificados pelos pacientes e pela família. Assim sendo, os objetivos da reabilitação a curto e a longo-prazo devem ser previamente definidos de forma razoável com ambos. Desta forma, é possível aumentar a motivação e, ao mesmo tempo, prevenir a generalização das dificuldades (Wilson, 2008; Ponsford, 2004).

A reabilitação cognitiva compreende três princípios fundamentais: a compensação, a substituição e a restituição (Wilson, 2008).

As estratégias compensatórias consistem em “formas alternativas que permitem que os indivíduos atinjam um objetivo desejado quando uma função cerebral não está a funcionar de forma eficaz” (Wilson, 2008, p.56).

A substituição refere-se à reorganização anatómica ou adaptação funcional que se verifica quando as funções de uma área cerebral lesada são assumidas por uma região cerebral homóloga no outro hemisfério ou outra estrutura cerebral que, geralmente, não está implicada nesse comportamento (Dixon & Bäckman, 1999).

A restituição refere-se ao restauro da função perdida até ao nível pré-mórbido, o que apenas é possível se a lesão cerebral for incompleta (Glisky, 2004) ou circunscrita e compreende a prescrição de treinos funcionais específicos com diferentes graus de complexidade (Haase & Lacerda, 2004).

A reabilitação cognitiva tem-se mostrado eficaz em indivíduos com lesões leves a graves e em qualquer momento pós-lesão, constituindo um tratamento de escolha para comprometimento cognitivo (Tsaousides & Gordon, 2009).

De acordo com Tsaousides e Gordon (2009), os programas de reabilitação cognitiva no TCE, por norma, destinam-se à melhoria da atenção, da memória e do funcionamento executivo.

Na reabilitação dos défices atencionais é fundamental a educação acerca dos fatores que contribuem para estas dificuldades, a abordagem das modificações ambientais e estratégias de compensação. Podem ser utilizadas estratégias como: redução das distrações, evitar multidões, controlar a fadiga, reduzir as interrupções, dividir as tarefas em etapas (Mateer, 2000).

As estratégias de compensação mnésica são das mais eficazes na melhoria da qualidade de vida de doentes com TCE e compreendem a utilização de ajudas externas como diários, agendas e computadores (Wilson, Evans, Williams, 2008).

Na reabilitação da memória, também é importante a facilitação de novas aprendizagens, através do uso de mnemónicas, recuperação diferida de informação ou aprendizagem sem erro (Wilson et al., 2008).

As mnemónicas envolvem a manipulação mental do material a aprender e favorecem a organização, armazenamento e recuperação de informações. Por exemplo, os indivíduos utilizam diferentes formas de memorizar os dias de cada mês (Wilson et al., 2008).

Outra estratégia consiste na apresentação de informações, seguida de recuperação imediata e diferida em intervalos de tempo gradualmente superiores (Wilson et al., 2008).

A aprendizagem sem erro é um método de ensino, no qual os indivíduos são impedidos, na medida do possível, de cometer erros, para evitar frustração. Assim, são apresentadas as informações corretas, para minimizar a possibilidade de erro (Wilson et al., 2008).

A modificação do ambiente também sido sugerida para pessoas com défices cognitivos graves e generalizados, para conferir independência (Wilson et al., 2008).

Segundo Evans (2008), não existem evidências que comprovem que as funções executivas e atencionais podem ser restauradas, contudo tem sido demonstrado que as ajudas externas são benéficas.

As ajudas externas, anteriormente referidas, também são úteis para a reabilitação de défices na organização e planeamento. O registo escrito nas agendas, computadores ou outros pode prevenir a impulsividade; auxilia indivíduos com défices na memória de trabalho e reduzida velocidade de processamento; ao mesmo tempo que permite o levantamento de soluções para os diferentes problemas que vão surgindo e análise das respetivas repercussões. A elaboração de um modelo de resolução de problemas favorece uma abordagem sistemática fundamental em situações novas (Evans, 2008). Este modelo deve contemplar: identificação do problema, determinação de objetivos e metas, identificação das potenciais estratégias a utilizar, comparação entre as mesmas, priorização de estratégias de acordo com a probabilidade de sucesso, análise de alternativas, execução, auto-monitorização da ação e análise retrospectiva (Lasprilla & Rodríguez, 2008).

Nos défices de sequenciação de tarefas, a conceção de listas de verificação mostra-se efetiva (Evans, 2008).

Dada a dificuldade da paciente em manter o foco atencional, poderia ser eficaz a utilização de lembretes com um alerta externo como um ruído repentino, uma vez que ocasiona uma resposta

de orientação automática. Assim, seria auxiliada a realizar as tarefas no momento programado (Evans, 2008).

Na reabilitação dos problemas na iniciação e sequenciação do comportamento pode utilizar-se como estratégia a relação de diferentes condutas entre si, por exemplo, ensinar a paciente a tomar a medicação todas as noites após lavar os dentes. A repetição simultânea destes comportamentos, permitirá a respetiva associação espontânea (Lasprilla & Rodríguez, 2008).

Tendo em conta os défices de planeamento evidenciados pela paciente, poderia beneficiar da redação dos passos necessários para levar a cabo determinadas atividades. Por exemplo, inicialmente poderia programar as suas compras e refeições semanais, progredindo para atividades mais complexas, como organização de uma festa (estes exemplos baseiam-se nas dificuldades enunciadas pela paciente). O planeamento eficaz implica a formulação de objetivos e etapas para a execução da atividade, ordenação destas etapas, antecipação de eventuais problemas e elaboração de planos alternativos. Este planeamento melhora a gestão do tempo (Spikman, Boelen, Lamberts, Brouwer, Fasotti, 2010). Após treinar os exercícios na reabilitação, poderia iniciá-los na vida real (Lasprilla & Rodríguez, 2008).

Embora a paciente não tivesse evidenciado impulsividade, dadas as dificuldades em focar a atenção, o treino do processo de interiorização de auto-instruções, facilitaria a auto-regulação dos comportamentos (Lasprilla & Rodríguez, 2008) e poderia repercutir-se em melhorias na atenção concentrada (Evans, 2008).

Os ganhos funcionais relacionam-se com o número de sessões de reabilitação, mas as funções cognitivas não requerem o mesmo número de sessões para a respetiva recuperação. O treino deve ser consistente e progressivo e só deve ser dada alta quando as melhorias cognitivas estiverem consolidadas (León-Carrión, Domínguez-Morales, Martín, Leon-Dominguez, 2012).

Os familiares são potenciais parceiros no processo de reabilitação, uma vez que constituem importantes fontes de apoio. Assim, urge a necessidade de compreender as dificuldades enfrentadas pelos membros da família, no sentido de estarem mais capazes de ajudar o indivíduo com TCE a alcançar resultados positivos. As famílias podem facilitar a generalização das estratégias, nomeadamente compensatórias, para as atividades da vida diária (Sander, 2014).

11. Reflexão Crítica acerca do estudo de caso

O facto de ter optado pela Terapia Cognitivo-Comportamental pode parecer controverso, na medida em que numa perspetiva neuropsicológica era plausível que os défices cognitivos e alterações neurobiológicas associadas ao TCE comprometessem o resultado do tratamento. Contudo, de acordo com Vasterling, Verfaellie e Sullivan (2009), não existem evidências de que o TCE e

défices associados se reflitam no tratamento da PTSD. Outros investigadores defendem que os pacientes que sofreram TCE, sobretudo devido aos défices executivos podem beneficiar desta terapia para PSPT, dada a sua elevada estruturação (Soo & Tate, 2007).

Para além disso, a extinção do medo condicionado pode ser conseguida através da exposição, mesmo quando os pacientes não conseguem recordar as memórias do evento traumático (Bryant, 2011).

1. Identificação

D. C. tem 51 anos, informação obtida no registo clínico, uma vez que o paciente desconhece quer a sua idade, quer a sua data de nascimento, “não sei, tenho para aí 51 ou 52 anos” (sic). É divorciado e encontra-se em união de facto. Tem quatro filhos, dois de cada relacionamento. Vive com a companheira, os seus dois filhos deste relacionamento e duas filhas da companheira.

No que concerne a habilitações académicas, completou o quarto ano de escolaridade, encontrando-se à data das consultas desempregado.

Era empresário no ramo têxtil-lar, tendo falido em 2008 por dificuldades de gestão subsequentes a problema de saúde, que obrigou à suspensão da atividade durante dois anos. Depois desempenhou funções de vendedor de uma fábrica de calçado, "ao fim do dia trazia os sapatos todos que levava...durou nem um ano e despediram-me" (sic).

Desde 2009 que não auferir rendimentos, requereu este ano pedido de reforma por não se considerar capaz para exercer qualquer atividade profissional.

2. Motivo/Pedido

Foi encaminhado por Psiquiatria a 14 de Abril de 2014, a fim de ser submetido a avaliação neuropsicológica.

No pedido constam as seguintes informações clínicas: doente com antecedentes de TCE em 2006, com alterações secundárias da personalidade, queixas de falta de memória com incapacidade laboral, erros na rotina, marcada impulsividade, tendência à agressividade e cefaleias refratárias.

As principais queixas do doente focam-se no domínio cognitivo, emocional, alterações da personalidade e comportamentais. Segundo a informação fornecida pelo paciente e pela companheira, estes sintomas surgiram após acidente de viação em que sofreu TCE e exacerbaram-se após o divórcio.

Em termos cognitivos, refere défices mnésicos “esqueço o ontem... troco os dias” (sic); na orientação alopsíquica; e comprometimento executivo com dificuldades de planeamento, de resolução de problemas e tomada de decisões, "deixei de ter capacidade para fazer negócios" (sic). Salienta, ainda, comportamentos de utilização “não posso ter o meu telemóvel comigo, porque se vir um telemóvel ligo e não quero dizer nada” (sic).

Relativamente à compreensão da linguagem e à fala espontânea não destaca défices. O seu discurso é lógico e coerente.

Verifica-se um prejuízo funcional significativo nas atividades da vida diária, "se a C. (Companheira) não disser - vai tomar banho eu não tomo, sou capaz de ficar meses sem tomar...ela é que diz faz a barba...se não me der de comer, não como" (sic).

Quanto às alterações emocionais e da personalidade, salienta "desde que tive o acidente fico contente quando cai um avião...se morrer um cão fico triste, se morrer uma pessoa fico contente...a um cão não, mas às pessoas quero fazer mal...tenho processos em tribunal...ia bater a um GNR" (sic). Refere, ainda, "eu era brincalhão...depois do acidente..." (sic). A nível comportamental são evidentes dificuldades de controlo dos impulsos e agressividade.

Em períodos de estabilidade, o paciente consegue um melhor ajustamento social "no outro dia fui ter com um Sr. para comprar uma casa, ele disse que era muito cara e eu disse que tinha dinheiro...ele só notou a diferença em mim na roupa, mas pensou que estava de fato de treino por ter andado a brincar com o meu filho...C. nem acredita que o homem não percebeu que não estou bem...agora está sempre a ligar para ir ver a casa" (sic).

Apresenta alterações perceptivas "vejo coisas a subir a parede...uma vez uma voz disse-me para me atirar da varanda" (sic).

Segundo o paciente estes sintomas surgiram após ter sofrido acidente de viação, do qual resultou TCE e exacerbaram-se depois do divórcio.

Para além disso, refere algias generalizadas na coluna vertebral, também acometida aquando do acidente de viação; bem como cefaleias.

D.C. não apresenta défice motores, auditivos, nem visuais.

Não tivera antecedentes neuropsiquiátricos até ao acidente, relatando boa funcionalidade geral. Salienta sintomatologia depressivo-ansiosa com abulia, apatia, anedonia, labilidade emocional, fadiga e falta de apetite. Manifesta baixa auto-estima e dificuldades de aceitação da sua nova situação familiar, económica e social, afirmando "olho ao espelho e não sou eu...não sou nada" (sic). Revela sensibilidade interpessoal, referindo que se estiver em ambientes com muitas pessoas perde o equilíbrio e "as pessoas passam rápido, bato com a cabeça nas montras" (sic).

Não apresenta ideação suicida, mas refere "quando os meus pais falecerem mato-me" (sic).

Não tem uma boa higiene do sono, mesmo cumprindo a terapêutica medicamentosa. Refere pesadelos e agitação noturna, já que na sua maioria se encontra a "matar pessoas" (sic).

A companheira restringe-lhe o acesso a bebidas alcoólicas "se vir álcool (bebidas alcoólicas) bebo até ao fim das garrafas" (sic).

De acordo com o mesmo, não tem hábitos tabágicos.

No que diz respeito a atividades de lazer, refere não ser capaz de sair sozinho, "se tiver dinheiro, dou-o todo aos pedintes e toxicod dependentes" (sic). Para além disso, relata não ter recursos

monetários para passear, nem ir ao café, preferindo ficar em casa. Por vezes, visita a madrinha, com quem mantém uma relação próxima.

Refere reduzido convívio social e reduzido suporte social.

Salienta que a companheira tem de o acompanhar às consultas, mas permanecer no carro "se ela não me trouxer, vou no carro para outro sítio, mas ela não pode vir comigo à consulta porque se alguém lhe fizer mal... olhar para ela ou disser alguma coisa eu bato...se ela contar à Dra alguma coisa que eu não me lembro eu berro" (sic). Para além disso, solicitou o agendamento das consultas no período da manhã, uma vez que "de tarde às vezes não sou eu...fico pior" (sic).

3. Comentário ao pedido

As informações transmitidas pelo paciente e pela companheira foram congruentes.

Ambos destacam queixas cognitivas, de predomínio mnésico e executivo, comportamentais de dificuldade de controlo dos impulsos, emocionais e da personalidade.

Em termos emocionais, verifica-se ambivalência entre a indiferença afetiva e emoções fortes, que o levam a ter uma postura defensiva para proteger a companheira.

A sua personalidade é pautada pela instabilidade emocional, irritabilidade, tensão, reduzido auto-controlo, dificuldade em lidar com o stress, melancolia, frustração fácil e culpabilidade.

Quanto a sintomas físicos, refere algias na coluna, com recurso frequente aos serviços de urgência hospitalar e cefaleias generalizadas.

Tendo em conta os dados obtidos na primeira consulta, coloca-se a hipótese de diagnóstico Perturbação da Personalidade. Sendo necessário realizar avaliação neuropsicológica para comprovar ou infirmar.

4. Anamnese

4.1 História Clínica

No que concerne a antecedentes médico-clínicos, destaca TCE e cirurgia à coluna após acidente de viação em 2006. Não recorreu de imediato a qualquer serviço hospitalar, contudo, no dia seguinte viu-se obrigado a fazê-lo devido a cefaleias difusas e dores na coluna. Segundo o mesmo, esteve alguns meses confinado a uma cadeira de rodas, tendo realizado fisioterapia durante dois anos. Neste período, refere ter recebido acompanhamento em clínicas privadas, nas quais realizou diversos exames médicos. Contudo, "a minha mulher queimou tudo quando me pôs fora de casa" (sic).

No processo clínico apenas consta o pedido de encaminhamento de Medicina Geral e Familiar para Psiquiatria.

Quanto a antecedentes familiares, refere que a sua mãe sofre de patologia neuropsiquiátrica que não sabe especificar, aparentemente depressivo-ansiosa. De acordo com o paciente, esta

sintomatologia tornou-se evidente após o seu divórcio e exacerbou-se durante o período em que este regressou à casa dos pais.

Não tivera doenças neuropsiquiátricas até ao acidente, relatando boa funcionalidade geral. Salienta, apenas, dificuldades de aprendizagem associadas a desinteresse pelos estudos. Após o divórcio destaca abuso de álcool. Iniciou acompanhamento em Psiquiatria em 2014.

No Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é a primeira vez que é assistido em Psicologia. No entanto, refere consulta de psicologia anterior, em data que não sabe especificar numa clínica privada “fui na primeira consulta e disse como eu sou, o que eu faço...a Dra sabe, ele começou logo a dizer-me que não podia fazer essas coisas...já não queria ir lá outra vez, mas fui...na segunda consulta ele estava com um homem que parecia um segurança, grande...estava com medo... eu disse para ele sair, como ele não não saiu, fui embora e não fui lá mais” (sic).

Encontra-se medicado com Valproato, Sertralina³⁰, Amitriptilina³¹, Lorazepam³², Paracetamol C+Tiocolquicosido³³, Tramadol³⁴, Zolpidem³⁵, Diclofenac³⁶, Diazepam³⁷, Brotizolam³⁸, Alprazolam³⁹. A companheira responsabiliza-se por lhe dar a medicação, uma vez que refere não estar capaz de organizar e memorizar os medicamentos que deve tomar nos diferentes períodos do dia, “se for sozinho tomar, tomo todos de uma vez” (sic). Esta informação é corroborada pela companheira.

4.2 Exames Complementares de Diagnóstico

Como referido anteriormente, o paciente não dispõe dos exames médicos realizados aquando do TCE.

No CHAA realizou TAC Craneo Encefálico a 3 de Outubro de 2014 para análise de sequelas de TCE em 2006 e por queixas de cefaleias holocranianas. De acordo com a nota clínica de imagiologia, “o parenquima encefálico supra e infratentorial não apresentam alterações relevantes,

³⁰ Ver nota de rodapé 14.

³¹ Amitriptilina: medicamento antidepressivo tricíclico indicado para o tratamento de depressão e síndromes de dor crónica (Caramona et al., 2012).

³² Lorazepam: constitui uma benzodiazepina indicada para o tratamento da ansiedade e sintomas ansiosos, bem como de insónias (tratamento a curto prazo) (Caramona et al., 2012).

³³ Paracetamol C+Tiocolquicosido: o tiocolquicosido está indicado para o relaxamento muscular e da espasticidade associada a diferentes lesões do SNC, como TCE, tendo utilidade clínica duvidosa. Esta associação com o analgésico e antipirético paracetamol não é recomendada (Caramona et al., 2012).

³⁴ Tramadol: pertence ao conjunto dos analgésicos opiáceos, sendo indicado para a dor moderada a grave (Caramona et al., 2012).

³⁵ Zolpidem: indicado para o tratamento da insónia a curto-prazo (Caramona et al., 2012).

³⁶ Diclofenac: anti-inflamatório indicado para a dor ligeira a moderada e inflamação em doenças reumáticas e outras afecções músculo-esqueléticas (Caramona et al., 2012).

³⁷ Diazepam: benzodiazepina indicada para o tratamento da ansiedade e sintomas ansiosos; como relaxante muscular e anticonvulsivante (Caramona et al., 2012).

³⁸ Brotizolam: benzodiazepina indicada como hipnótico (indutor do sono) (Caramona et al., 2012).

³⁹ Alprazolam: benzodiazepina indicada para o tratamento da ansiedade e sintomas ansiosos e ataques de pânico.

nomeadamente sugestivas de edema, de lesões vasculares ou de sequelas de contusões. Não há indícios de hemorragias, nem de lesões ocupantes de espaço intra ou extra-axiais. Refere-se ligeira configuração plagiocéfálica do crânio. Normal topografia das amígdalas cerebelosas. Sulcos do córtex e sistema ventrículo-cisternas com morfologia e amplitude adequadas ao escalão etário. Seios perinasais, células mastoideias e cavidades antro-timpânicas livres”.

4.3 História e Dinâmica Familiar

D. C. esteve casado durante mais de 20 anos. Deste casamento teve duas filhas gémeas com cerca de 20 anos (não recorda a idade das mesmas).

O casamento terminou devido a relação extra-conjugal que manteve com funcionária de uma loja em que ia vender calçado e sucessiva gravidez inesperada. Refere ter ficado de imediato arrependido, “quero ser preso para ser castigado pelo mal que fiz à minha mulher” (sic) e culpa a companheira pelo divórcio "digo - a culpa é tua, mas a C. não tem culpa" (sic). Após contar à sua esposa esta terminou o relacionamento. D.C. não quis fazer partilhas equitativas, como forma também de se auto-castigar e por culpar o dinheiro pelo divórcio "as pessoas só se zangam por causa do dinheiro, tenho ódio ao dinheiro, rasgo o dinheiro que vir" (sic). Durante um mês dormiu na sua carrinha (“andava fugido” - sic), passando grande parte do tempo alcoolizado.

Desde então, mantém uma relação de distanciamento com as filhas “elas têm vergonha de mim, a minha mulher se souber que elas estão comigo fica má com elas, então estou menos vezes com elas para ela não se zangar” (sic).

Segundo a companheira, “quando o conheci pareceu uma pessoa normal, mas passado alguns meses comecei a verificar algumas perturbações e um pouco de agressividade, que foi aumentando durante estes anos (...) esteve um a dois meses a viver na sua carinha em sítio incerto (...) decidi para o ajudar a passar essa fase, ficar a viver na minha casa. Foi aí que comecei a ver certas alterações (...) ver um avião cair, afundar um barco ele ficava normal, e por vezes mostrava-se contente” (sic). Apesar de não ter oportunidade de estar com a companheira, nas comunicações por telefone e carta, constatou-se sobrecarga emocional da companheira que assume o papel de cuidadora. Neste sentido, foi aconselhada a solicitar encaminhamento para Psiquiatria junto do seu médico de família.

Desconhece a idade da companheira, referindo ter cerca de 27/28 anos. A companheira tem duas filhas adolescentes de relacionamentos anteriores. D.C., na primeira consulta, salientou que tinha um filho com a companheira de 4 anos, posteriormente aludiu a mais uma filha com 3 anos.

Refere não ter paciência para as crianças, verificando-se maior proximidade afetiva do filho.

Segundo o mesmo, a Segurança Social ia retirar-lhes a guarda das crianças “há algum tempo queriam levar os meninos...estavam sempre a ir lá a casa...eu corri com elas, disse-lhes para não aparecerem mais e elas não voltaram” (sic).

Apesar de residir há 4 anos com a companheira, com a qual manteve relação extra-conjugal refere “estou com ela, mas gosto da minha mulher” (sic), negando a paternidade dos filhos fruto desta relação (“não sou o pai” - sic). A própria maneira como se refere à ex-mulher como “minha mulher” (sic) e à companheira, chamando-a pelo nome, demonstra o afeto diferencial e remete para a dificuldade de aceitação da perda afetiva.

Ao mesmo tempo, mostra-se protetor com a sua companheira e preocupado com o facto de considerar que está a prejudicar a vida por sua causa, uma vez que a família dela cortou os laços após união de facto. Neste momento, esta apenas mantém contacto com uma irmã emigrada em França.

Mantém uma relação instável pautada por ambivalência afetiva. Relata episódios de agressividade com a companheira, “tive um sonho que andava a matar pessoas...parti o candeeiro... empurrei-a e pus-lhe as mãos no pescoço...a C. não dorme comigo agora, tem medo” (sic). Salienta que não é capaz de a agredir fisicamente, mas que a ofende com as palavras que profere “digo que ela não é a minha mulher, que a minha mulher é a outra e que eles não são meus filhos, que só tenho duas filhas” (sic). Por outro lado, refere “a minha mulher queria de volta, mas eu não quero deixar o meu filho” (sic).

D.C. relata diminuição da libido, destacando compreensão por parte da companheira.

De acordo com o paciente, a família teve dificuldades em aceitar o divórcio, tendo-se afastado. Desconhece quantos irmãos tem e respetivas idades “tenho muitos, 4 ou 5...estão muitos no estrangeiro...tenho uma irmã cá...ninguém quer estar perto” (sic). Mostra-se preocupado com a falta de suporte social, mas por outro lado isola-se “não quero que digam coitado, por isso isole-me” (sic).

Salienta que alguns amigos continuam a procurá-lo, mas evita-os “quase ninguém sabe o que aconteceu (divórcio)...se os vir na rua meto o gorro mais para baixo e faço de conta” (sic).

4.4 História Escolar, Laboral e Ocupacional

D. C. completou o quarto ano de escolaridade, tendo posteriormente abandonado os estudos por dificuldades de aprendizagem e desmotivação. Para além disso, refere mau comportamento “às vezes era violento, partia lousas” (sic).

Completou o serviço militar e durante alguns anos foi jogador de futebol. Depois não recorda que outras atividades profissionais terá desempenhado.

Após ter casado montou uma empresa do ramo têxtil-lar. As dificuldades de gestão que se sucederam ao acidente, culminaram na falência da empresa. Depois trabalhou cerca de um ano como vendedor de calçado, mas refere que não já não tinha capacidade para persuadir as pessoas, nem a mesma agilidade mental, tendo sido despedido.

Desde então, não voltou a desempenhar nenhuma atividade profissional

Com a ajuda da companheira, tem procurado emprego em diversas empresas, mas naquelas em que o conheciam “não me querem pelos meus problemas ou não acreditam que precise de trabalho” (sic). Numa empresa em que não o conheciam conseguiu emprego, contudo só trabalhou uma manhã, dado que colocou um colega em perigo por se ter distraído numa máquina. Também refere agressão verbal e ameaças de agressões físicas aos responsáveis das empresas quando não dão resposta imediata ou recusam emprego.

Mostra-se preocupado com a situação financeira da companheira “eu fiquei com a máquinas da empresa, mas ela não sabe trabalhar...eu até posso trabalhar um dia, mas depois não sou eu a seguir” (sic).

Não auferir qualquer rendimento, tendo recorrido à Segurança Social para solicitar a reforma.

Não tem interesse em envolver-se em atividades sociais ou de lazer, salientando não ter capacidade de sair sozinho. Esporadicamente toma café com o pai. O isolamento, em parte, é explicado pela dificuldade em aceitar o seu novo estatuto económico, "tinha uma casa com piscina, 6 carros, a empresa...ia de férias...toda a gente me tratava diferente...há muita gente que não sabe que me divorciei...se passar alguém conhecido tento pôr mais o gorro e fazer de conta que não vejo, não quero que tenham pena de mim...tenho vergonha...eu ia de férias...os meninos nunca viram a praia" (sic). Ocupa os dias a ver conteúdos televisivos infantis.

5. Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica assume-se como um recurso essencial, na medida em que as alterações cerebrais podem associar-se a um funcionamento cognitivo quase normal, da mesma forma que indivíduos sem lesões cerebrais detetáveis nos estudos de imagem podem revelar défices cognitivos e funcionais substanciais (Harvey, 2012).

A avaliação decorreu ao longo de oito consultas, entre os dias 4 de Setembro e 19 de Dezembro. O elevado número de sessões de avaliação deveu-se à necessidade do paciente de expressão emocional, bem como à fadiga mental.

O paciente mostrou-se assíduo, embora não pontual.

5.1 Estado Mental e Comportamento durante o Processo de Avaliação

D.C. aquando da marcação da consulta contactou o CHAA para solicitar o atendimento por um profissional do sexo masculino, não tendo sido possível aceder ao seu pedido. Compareceu a todas as consultas sozinho. Inicialmente aguardava nos corredores, mas depois para não ser confrontado com outras pessoas começou a esperar nas escadas de acesso ao DPSM. Numa das consultas em que não foi chamado de imediato, foi encontrado a ir-se embora, pois outras pessoas ocupavam as escadas.

Estabeleceu-se o primeiro contacto com D.C. no corredor, não se denotando alterações motoras, nem posturais.

Tem uma apresentação bizarra, usando o mesmo gorro ao longo das consultas, mesmo em dias de temperaturas elevadas. Quanto ao vestuário, usou um vestuário desportivo em todas as consultas, exceto na última em que vinha com uma indumentária clássica. Verificaram-se reduzidos cuidados de higiene. A idade aparente é superior à idade real.

Apresentou-se vigíl.

Mostrou-se cooperante, mantendo contacto ocular fixo. Importa destacar que, ao longo das diferentes sessões, se procurou desenvolver uma aliança terapêutica, baseada na comunicação e compreensão empática.

Não evidenciou sinais de agitação psicomotora.

O humor do paciente era depressivo, a sua expressão facial era triste e a sua mímica pobre.

Revela pobreza e alterações do conteúdo do pensamento.

O seu discurso é lógico e coerente. No entanto, o débito e a prosódia do mesmo são reduzidos.

Relatou alucinações visuais e auditivas.

Demonstra défices na orientação auto e alopsíquica.

Em termos cognitivos verificaram-se défices mnésicos e executivos.

5.2 Avaliação Instrumental⁴⁰

5.2.1 MoCa⁴¹

5.2.2 Exame para Detecção de DCL e quadros Demenciais¹¹

5.2.3 BSAM¹¹

5.2.4 HVL¹¹

5.2.5 IFS¹¹

⁴⁰ A sùmula dos resultados encontra-se no anexo N.

⁴¹ As descrições destes instrumentos podem ser consultadas no estudo de caso anterior, entre as páginas 23 e 29

5.2.6 BADS¹¹

5.2.7 Inventário de Personalidade NEO-Revisto (NEO-PI-R)

O NEO-PI-R consiste num instrumento de avaliação da personalidade que se baseia no modelo de cinco fatores: Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência. Estes domínios possibilitam uma compreensão global da personalidade em termos do estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional dos indivíduos (Costa & McCrae, 2000).

Neste sentido, o domínio Neuroticismo avalia a adaptação vs instabilidade emocional; a Extroversão relaciona-se com a quantidade e intensidade das interações pessoais, o nível de atividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria; a Abertura à Experiência refere-se à procura proativa, tolerância e exploração do não-familiar; a Amabilidade relaciona-se com a qualidade da orientação interpessoal; e a Conscienciosidade avalia a organização, persistência e motivação comportamental direcionada para um objetivo (Costa & McCrae, 2000).

Cada um dos cinco fatores, é operacionalizado através de 6 facetas, que possibilitam uma análise mais fina de traços específicos (Costa & McCrae, 2000).

O inventário compreende um total de 240 afirmações, sobre as quais o indivíduo é solicitado a manifestar o seu nível de concordância numa escala de Lickert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo”, 3 a “indiferente”, 4 a “concordo” e 5 a “concordo fortemente” (Costa & McCrae, 2000).

A pontuação total de cada faceta é calculada pela soma dos 8 itens que as compõem. A pontuação total de cada fator obtém-se pela soma das facetas correspondentes. As pontuações totais de facetas e fatores são convertidas em percentis (Costa & McCrae, 2000).

A utilização deste inventário, prende-se com o facto de apresentar bons indicadores psicométricos de fidelidade e validade (Costa & McCrae, 2000; Goldstein, Beers, Hersen, 2004).

6. Resultados

6.1 MoCa

No MoCa obteve um resultado de 13/30, que se situa abaixo da média, tendo em conta a idade e a escolaridade (Freitas et al., 2013), verificando-se défices difusos.

6.2 Exame para Detecção de DCL e quadros Demenciais

D.C. apresenta preservadas as seguintes áreas cognitivas: a linguagem, a praxis ideomotora, o juízo crítico e a impersistência. Por outro lado, revelou défices na orientação espacial (4/5), autopsíquica (4/5) e temporal (3/5); na capacidade de planeamento, organização visuoespacial e

memória episódica (cópia desenho do relógio - 6/10); na memória verbal sem interferência (3/5) e com interferência (9/15); na atenção e concentração (3/9); na capacidade visuoespacial (2/3).

6.3 BSAM

Analisando os resultados obtidos na BSAM, verificamos que a memória visual imediata, (P50) se encontra preservada. Por outro lado, apresenta défices na orientação pessoal (PInferior), de lugar (PInferior) e no tempo (PInferior); na atenção imediata e vigilância (P10) (avaliada através da prova de ordem direta de Memória de Dígitos); na memória imediata auditiva (Memória de Dígitos - ordem inversa) (PInferior); na capacidade de linguagem fluida (avaliada através da prova de séries automáticas em ordem direta) (PInferior); na memória verbal, repetição verbal (P10) e evocação diferida (P10-20) (Memória Verbal de Textos); na memória remota (P40) (avaliada pelo teste de informação); na memória visual diferida (PInferior) e na aprendizagem de palavras (P10).

6.4 HVL

No HVL-R constataram-se défices graves da recordação total (Pontuação $T \leq 20$) e da recordação retardada (Pontuação $T \leq 20$). Na retenção e no reconhecimento discriminativo revelou défices moderados (Brandt & Benedict, 2001).

6.5 IFS

No IFS, o paciente obteve uma pontuação de 7/30, verificando-se comprometimento das funções executivas (Caldeira et al., 2011). Apresenta preservada a capacidade de programação motora. No entanto, registam-se défices na resposta a instruções conflituosas (0/3), no controlo inibitório motor (0/3), na flexibilidade cognitiva (2/6), na memória de trabalho verbal (0/2), na memória de trabalho espacial (1/4), na capacidade de abstração (1/3) e no controlo inibitório verbal (0/6).

6.6 BADS

D.C. apresenta uma pontuação deficitária na BADS, dado que obteve um resultado de perfil de 4/24. Assim, confirma-se a perturbação do funcionamento executivo (Barbosa et al., 2011).

Na subprova Alteração da Regra, evidenciou dificuldades de inibição de um padrão de resposta estabelecido (resultado de perfil=0).

No que respeita à subprova Programa de Ação, demonstrou dificuldade de resolução de problemas práticos (resultado de perfil=0). Sendo que, mesmo com ajuda, não foi capaz de concluir nenhuma das etapas.

Na subprova Procura da Chave, constatou-se reduzida iniciativa, o que se refletiu na demora para concluir a tarefa. Mesmo assim, mostrou-se incapaz de conceber estratégias de ação para a procura do objeto perdido (resultado de perfil=0).

Quanto à subprova Juízo Temporal, demonstrou dificuldades de estimativa temporal (resultado de perfil=0).

Em relação à subprova Mapa do Zoológico, manifestou dificuldade na elaboração e seguimento de um plano de ação (resultado de perfil=2).

Por último, na subprova Teste Modificado dos Seis Elementos respondeu aos 3 conjuntos de tarefas, mas evidenciou défices na memória de trabalho, na organização temporal de tarefas, na atenção concentrada e na monitorização do desempenho (resultado de perfil=2).

6.7 NEO-PI-R

Tendo em conta as suas características demográficas, D.C. apresenta resultados acima da média no fator Neuroticismo (P60) e abaixo da média nos fatores Extroversão (P1), Abertura à Experiência (P3), Amabilidade (P20) e Conscienciosidade (P1).

A obtenção de resultados elevados no fator Neuroticismo sugere tendência para a descompensação emocional, bem como respostas de *coping* desadequadas. O que permite identificar D.C. como preocupado, nervoso, com sentimentos de incompetência e afetos negativos como tristeza, embaraço, raiva e culpabilidade. Estas emoções interferem na sua capacidade de adaptação, repercutindo-se na dificuldade de controlo dos impulsos.

Nas facetas do Neuroticismo registaram-se resultados acima da média na Ansiedade, na Hostilidade e na Depressão. Por outro lado, comprovaram-se resultados abaixo da média nas facetas Auto-Consciência, Impulsividade e Vulnerabilidade.

Na faceta Ansiedade (P80), apesar de o paciente negar medo, o que exclui a presença de fobias, tende a evidenciar apreensão, tensão e preocupação.

D.C. experiencia raiva para consigo mesmo pelo facto de ter tido um relacionamento extra-conjugal, bem como para com os empresários com quem trabalhava que lhe ficaram a dever dinheiro. Mostra-se frustrado e amargurado com as mudanças operadas na sua vida após o acidente e divórcio, particularmente com a perda do estatuto socioeconómico e até mesmo com as mudanças que destaca na sua personalidade. Estes fatores associados ao facto de ficar facilmente frustrado, tornando-se agressivo física e verbalmente, justificam os resultados elevados na faceta Hostilidade (P99).

Na faceta Depressão (P60), denota-se reduzida esperança, culpabilidade pela vergonha e tristeza da família do casamento anterior e pela família da companheira a ter abandonado. Mostra-se triste, abatido, melancólico e sozinho.

Na faceta Auto-Consciência (P20), verifica-se que o paciente não revela boas aptidões sociais, embora previamente ao acidente destaque uma convivência social saudável. Ao contrário do que seria de esperar nesta faceta, tendo em conta que obteve resultados baixos, D.C. não se sente seguro, nem à vontade nas situações sociais, evitando, sobretudo, o convívio com amigos em comum com a ex-mulher.

Na faceta Impulsividade (P20), os resultados não são congruentes com o comportamento observado, nem com as atitudes relatadas por este e pela companheira. Assim, apesar de obter pontuações baixas na faceta, constata-se dificuldade de resistir às tentações e reduzida tolerância à frustração.

Na faceta Vulnerabilidade (P25), os resultados também não expressam o comportamento real do paciente. Isto pode dever-se ao facto de, por vezes, D.C. se reportar ao período temporal anterior à lesão melancolicamente. Ao contrário do que seria de esperar em indivíduos com pontuações baixas nesta faceta, o paciente é incapaz de lidar com a tensão.

No que concerne ao fator Extroversão, o paciente realça mudanças mais acentuadas. Assim, antes do acidente, refere que apreciava o convívio com os amigos, era ativo e conversador. Características estas fundamentais para a sua atividade profissional que passava pelas vendas. Atualmente, mantém-se reservado, distante, preferindo estar sozinho.

Os resultados nas facetas de Extroversão encontram-se todos abaixo da média, exceto a Gregaridade e a Assertividade que se encontram acima da média.

Quanto ao Acolhimento Caloroso (P1) revela-se frio e distante. Esta frieza é evidente na relação com os filhos da segunda relação, aos quais diz não ser seu pai e na relação com a companheira a quem realça que preferia estar com a ex-mulher.

Os resultados obtidos na faceta Gregaridade (P70) não são congruentes com os previamente expostos e, mais uma vez, remetem para a dificuldade em reportar-se ao momento presente. Neste sentido, ao contrário dos indivíduos com pontuações elevadas nesta faceta, mostra-se solitário e evita multidões.

Na faceta Assertividade (P90) também não obtém resultados compatíveis com o seu comportamento. Embora procure transparecer dominância, não se mostra confiante, nem decidido e até prefere não dar nas vistas. No entanto, refere que, por vezes, tem força de vontade.

Mantém um reduzido nível de Atividade (P1), não tem pressa e é vagaroso.

Na faceta Procura de Excitação (P1), apura-se evitamento de sobre-estimulação.

D.C. demonstra reduzida satisfação com a vida, mostrando-se pouco entusiasta e sério, o que pode justificar as pontuações baixas na faceta Emoções Positivas (P1).

No fator Abertura à Experiência, revelou-se convencional, apresentando resultados abaixo da média em todas as facetas, exceto na faceta Valores, em que obtém resultados dentro da média.

Na faceta Fantasia (P3), manifesta preferência pelo pensamento realista.

Quanto à faceta Estética (P5), é pouco sensível à beleza e não aprecia arte.

Em relação aos sentimentos (P20), revela reduzida empatia e dá pouca importância aos diferentes estados emocionais.

Manifesta preferência pelo familiar, o que justifica as pontuações baixas na faceta Ação (P1).

No que concerne à faceta Ideias (P30), não aprecia desafios intelectuais e tem curiosidade intelectual limitada.

Na faceta Valores (P50), revelou-se não conformista.

Relativamente ao fator Amabilidade, o paciente mostrou-se pouco simpático com os outros, pouco cooperativo, vingativo e irritável. Estas características têm um impacto negativo na sua auto-imagem.

O paciente tende a suspeitar das boas intenções dos outros, tendo resultados baixos na Confiança (P30).

Na faceta Retidão (P50), mostra-se franco e frontal.

Na faceta Altruísmo (P10), tende a ser mais centrado em si próprio, sendo que a generosidade previamente relatada para com os toxicodependentes e pedintes não tem por base a preocupação com os outros, mas constitui uma tentativa latente de compensar o mal que entende ter feito à família.

O paciente é agressivo, contestador e não se coíbe de se manifestar irritado, daí obter pontuações baixas na faceta Complacência (P25).

Na faceta Modéstia (P10), embora obtenha pontuações baixas é pouco preocupado consigo.

Os resultados na faceta Sensibilidade (P60), aparentemente contrastam com os previamente descritos, mas podem ser justificados pela tendência a ser guiado pelos sentimentos quando toma decisões.

Relativamente ao fator Conscienciosidade, manifesta reduzida organização e força de vontade. O paciente obteve resultados abaixo da média em todas as facetas deste fator.

D.C. revela fraca opinião acerca das suas aptidões, considerando-se incapaz. Os resultados baixos na faceta Competência (P1) relacionam-se com a baixa auto-estima evidenciada.

Na faceta Ordem (P10), demonstra incapacidade para se organizar, mesmo em tarefas mais simples.

O paciente tem dificuldade em cumprir obrigações morais e princípios éticos, daí ter pontuações baixas na Obediência ao Dever (P1).

Na faceta Esforço de Realização (P1), embora demonstre ambição, não tem objetivos de vida claros e não se mostra diligente.

Na faceta Auto-Disciplina (P20), verifica-se que desiste face à frustração, refletindo baixo auto-controlo.

Na faceta Deliberação (P30), salienta espontaneidade, não ponderando antes de agir.

7. Súmula dos Resultados

D.C. apresenta défices na orientação auto e alopsíquica, tanto na primeira sessão, como nas subsequentes.

A capacidade de linguagem expressiva, a compreensão, a repetição, a nomeação, a leitura e a escrita encontram-se preservadas.

Em termos do discurso não apresenta alterações articulatórias e revela um volume verbal adequado. No entanto, o débito e a prosódia do discurso são reduzidos.

No funcionamento cognitivo global obteve resultados abaixo da média.

Revelou défices nas capacidades visuoespaciais, no entanto, estas dificuldades foram mais evidentes na cópia de cubo tridimensional e no desenho do relógio, provavelmente por implicarem capacidade de organização, planeamento e elaboração de estratégias de ação.

Na avaliação dos processos mnésicos, evidenciou comprometimento da memória verbal imediata e diferida, da memória visual de reprodução diferida, da memória remota, bem como dificuldades de aprendizagem auditivo/verbal. A memória a longo-prazo, semântica parece estar mantida. No entanto, revela compromisso da memória episódica.

No que diz respeito ao funcionamento executivo, apresentou um desempenho global deficitário. De acordo com os resultados obtidos, a capacidade de inibição, a capacidade de resolução de problemas práticos, a flexibilidade cognitiva, a memória de trabalho espacial, a memória de trabalho verbal, a capacidade de planeamento, a organização e estimativa temporal, a auto-monitorização e a capacidade de elaboração de estratégias de ação encontram-se comprometidas.

As capacidades atencionais, particularmente, a atenção concentrada e o *shift* atencional estão afetadas.

Na avaliação da personalidade constataram-se resultados acima da média no fator Neuroticismo e nas respetivas facetas Ansiedade, Hostilidade e Depressão. Os resultados abaixo da média nas facetas Auto-Consciência, Impulsividade e Vulnerabilidade, não são congruentes com o comportamento observado, nem com os relatos do paciente e da companheira. Nas facetas

Acolhimento Caloroso e Emoções Positivas do fator Extroversão; Confiança e complacência do fator Amabilidade; Competência, Obediência ao Dever, Auto-disciplina e Deliberação obtém resultados abaixo da média. Estes resultados são congruentes com os obtidos por doentes com Perturbação de Personalidade Borderline (Samuel & Widiger, 2008).

8. Discussão/Análise Concetual

Na informação clínica de Psiquiatria e Medicina Geral e Familiar é salientada a ocorrência de TCE. No entanto, na imagiologia cerebral não são destacadas alterações relevantes.

As lesões cerebrais traumáticas, frequentemente, resultam de forças de aceleração e desaceleração que são aplicadas sobre o cérebro. Devido a estas forças, comuns em acidentes de viação, desencadeiam-se forças de cisalhamento sobre as fibras de substância branca do córtex que produzem a lesão axonal difusa (Uomoto, 2004).

Apesar de não serem visíveis na imagiologia convencional, a maioria das vítimas de TCE sofre lesões leves a moderadas da substância branca, interrupção dos tratos de substância branca, assim como desconexão entre os mesmos no lobo frontal (Zappala, Schotten, Eslinger, 2011).

As principais áreas cerebrais suscetíveis a lesão axonal difusa são o tronco cerebral, os hemisférios cerebrais e o corpo caloso. Estas lesões podem resultar na disfunção de múltiplas áreas do córtex, pelo que não existe um perfil neuropsicológico comum. Para além disso, pelo facto de existirem numerosos circuitos associados ao lobo frontal, uma lesão ao longo dos mesmos pode resultar em síndromes neurocomportamentais. Desta forma, a lesão não tem necessariamente de se localizar no lobo frontal para produzir défices consistentes com a sua afetação (Uomoto, 2004). As lesões axonais difusas, também, são prevalentes em torno do cíngulo, tendendo a comprometer o armazenamento e recuperação de informação (Uomoto, 2004).

As lesões na substância branca podem interromper a transmissão de informações entre áreas cerebrais e têm sido associadas às sequelas cognitivas e comportamentais dos TCE (Zappala et al., 2011; Riggio & Wong, 2009).

Nos TCE leves a moderados, as forças traumáticas tendem a localizar-se nas zonas orbitofrontal e temporal polar que incluem a amígdala e o hipocampo anterior, regiões estas conectadas através do fascículo uncinado. O fascículo uncinado é um trato bilateral implicado na memória, inibição e processamento emocional. Assim, a afetação das conexões fronto-temporais ocasiona sintomas comportamentais, cognitivos e afetivos, dentro dos quais desintegração da personalidade, distúrbio dos mecanismos de coping e comportamento impulsivo. Também são comuns défices atencionais e executivos (Zappala et al., 2011). Desta forma, verificamos que a divisão entre síndromes do lobo frontal pode não ser tão exata, pois a afetação pode não se restringir

a um dos territórios dorsolateral, orbito-frontal e medial (Zappala et al., 2011), mas envolver as conexões com outras regiões cerebrais.

As manifestações comportamentais decorrentes de TCE podem dever-se a perturbações psiquiátricas, serem secundárias aos problemas cognitivos ou a lesões estruturais. Colocando um desafio para os clínicos, no sentido de perceberem se os sintomas estavam presentes antes da lesão e se a lesão foi a causa primária ou apenas os exacerbou (Riggio & Wong, 2009).

As alterações afetivas e comportamentais após TCE podem expressar-se através de alterações da personalidade, particularmente impulsividade e irritabilidade que podem originar inadequação verbal ou física (Riggio & Wong, 2009).

A agressão também tem sido reportada como um sintoma comportamental do TCE. Sendo que, os fatores de risco para agressão incluem lesão cerebral frontal, perturbação afetiva ou da personalidade pré-mórbida e abuso de substâncias ou álcool (Riggio & Wong, 2009).

9. Funcionamento Neuropsicológico e Semiologia Clínica

9.1. Estado Mental

Ao longo do processo de avaliação, o paciente manteve uma apresentação pouco cuidada e um comportamento cooperante.

Não revelou alterações na atividade psicomotora.

Evidenciou compromisso da orientação auto e alopsíquica.

9.2 Funções Percetivas Posteriores⁴²

D.C. não revela agnosia para objetos, remetendo para a integridade das áreas responsáveis pelo processamento visual cortical descritas no estudo de caso anterior.

O paciente não apresenta sinais de negligência espacial, pelo que as áreas cerebrais associadas parecem estar preservadas.

Não se observaram défices no reconhecimento e localização espacial da linguagem e da música, remetendo para a integridade das áreas cerebrais implicadas no processamento auditivo central.

9.3 Praxias Motoras

O paciente não evidenciou sinais de apraxia ideomotora, nem ideatória, pelo que, aparentemente as áreas cerebrais responsáveis por estas funções estão íntegras.

Os défices nas capacidades visuoestrutivas são congruentes com disfunção frontal, dado que são melhor explicados por dificuldades de organização e de planeamento.

⁴² No Estudo de Caso anterior podem ser consultadas as regiões cerebrais implicadas nas diferentes funções cognitivas.

9.4 Linguagem

O paciente apresenta mantidas a linguagem expressiva, compreensiva, a escrita, a leitura, bem como a prosódia do discurso, o que sugere a integridade das áreas cerebrais responsáveis por estas funções cognitivas. No entanto, evidenciou dificuldades na recuperação do léxico. Estas dificuldades são melhor explicadas pela baixa escolaridade e/ou comprometimento da área pré-frontal, do que por dificuldades de nomeação.

9.5 Função mnésica

D.C. revelou défices na memória de trabalho verbal e espacial, que dependem da integridade do córtex pré-frontal e do cortex parietal (Pereira et al., 2003; Marrón et al., 2011).

No que concerne à memória de longo prazo, aparentemente a memória implícita e a componente semântica da memória explícita encontram-se mantidas. No entanto, D.C. revelou dificuldade de recuperação de memórias episódicas, função comumente associadas córtex pré-frontal inferior; bem como na respetiva consolidação dependente de estruturas do lobo temporal medial (Glisky, 2004).

A dificuldade em formar memórias relatada pelo paciente, também pode ser explicada pela suscetibilidade do fornix a lesão axonal difusa, o qual está implicado no Circuito de Papez e cuja afetação ocasiona amnésia anterógrada (Thomas, Koumellis, Dineen, 2011).

O paciente revelou comprometimento da memória verbal imediata e diferida e da memória visual de reprodução diferida que dependem da integridade do lobo temporal (Pereira et al., 2003).

9.7 Funções Executivas e Atenção

D.C. revela dificuldades na resolução de problemas, na aprendizagem de novas informações, na ativação de memórias remotas e informações recentemente aprendidas, na organização, na interpretação de provérbios, na inibição de respostas, na alternância de respostas, no planeamento; bem como comportamentos de utilização, pobre performance go-no-go e diminuição do auto-cuidado, consistentes com a afetação do córtex pré-frontal dorsolateral (Duffy & Campbell, 2001; Mega & Cummings, 2001; Daffner & Searl, 2008).

Para além disso, refere mudanças na personalidade, falta de energia, anedonia, irritabilidade, impulsividade, labilidade emocional, comportamentos sociais inapropriados, compatíveis com disfunção orbitofrontal (Granacher, 2003; Mega & Cummings, 2001).

Também se verificam reduzida motivação e dificuldades de auto-monitorização, que têm sido associadas a disfunção do circuito cingulado anterior (Daffner & Searl, 2008).

Os défices na atenção concentrada e no *shift* atencional podem resultar de alterações no córtex frontal e parietal (Kolb, 2009).

9.8 Alterações do Comportamento, Humor e Personalidade

As alterações na personalidade podem dever-se a exacerbação de traços anteriores à lesão ou consistirem em mudanças nos padrões de comportamento que podem estar associadas ao aumento da frequência de respostas imprevisíveis aos estímulos ambientais (Zappala et al., 2011).

Embora o paciente saliente alterações da personalidade subsequentes ao TCE, pautadas pela instabilidade nos relacionamentos interpessoais e na auto-imagem, podem ser identificados alguns sinais de perturbação da personalidade pré-mórbidos.

O abandono precoce dos estudos, enquanto todos os seus irmãos permaneceram a estudar e o envolvimento frequente em confrontos físicos com colegas, remetem-nos para impulsividade. A necessidade referida de ter convidados em sua casa durante o tempo em que permaneceu casado, as múltiplas ofertas financeiras e outras que relata ter feito aos amigos e família, sugerem temor de abandono.

Aparentemente, com o TCE estes traços de personalidade ter-se-ão tornado mais evidentes. O paciente envolveu-se num relacionamento instável e intenso após o primeiro ou segundo encontro. A percepção iminente de separação e rejeição por parte da ex-mulher conduziu a mudanças profundas na sua auto-imagem e comportamento. Assim, D.C. deixou de idealizar a amante para desvalorizá-la. A desilusão face ao abandono da esposa, refletiu-se no abuso de álcool e em gastos financeiros irresponsáveis. Manifesta instabilidade afetiva, com períodos de raiva e desejo de vingança. Estas expressões de raiva tendem a ser sucedidas de vergonha e culpa. Em períodos de maior stress, revela alucinações auditivas e visuais. Não se sente seguro nas relações interpessoais, o que se reflete nas verbalizações hóstis de que fica contente perante mortes de pessoas (Associação Psiquiátrica Americana [DSM-V], 20013).

A instabilidade nos relacionamentos interpessoais, a impulsividade, os episódios de raiva inapropriada e descontrolada e os distúrbios da identidade associados à instabilidade da auto-imagem (“às vezes não sou eu” - sic) são congruentes com o diagnóstico de Perturbação de personalidade Borderline (DSM-V, 2013).

A Perturbação de Personalidade Borderline tem sido associada à disfuncionalidade do circuito fronto-límbico que envolve o córtex cingulado anterior, o córtex orbitofrontal, CPFDL, o hipocampo e a amígdala (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus, 2004).

Para além disso, verificaram-se falta de motivação, apatia, comportamentos sociais inapropriados, anedonia, características da personalidade apresentadas por pacientes com disfunção do lobo frontal (Zappala et al., 2011). Estas alterações da personalidade e os défices cognitivos sugerem a presença de síndrome disexecutiva.

Os dados da avaliação neuropsicológica são sugestivos de Perturbação da Personalidade Borderline e síndrome disexecutiva. A imagiologia cerebral convencional apresenta reduzida sensibilidade para alterações menos severas causadas por lesões traumáticas, assim como para a localização de alterações na substância branca nas conexões do lobo frontal (Zappala et al., 2011). Neste sentido, os défices encontrados podem dever-se à ocorrência de lesão axonal difusa nas conexões fronto-temporais não detetados no exame realizado.

10. Proposta de Intervenção

O paciente apresenta défices nas funções executivas e dificuldades de regulação comportamental, compatíveis com a disfunção do lobo frontal. Assim, as intervenções mais adequadas seriam reabilitação neuropsicológica e/ou intervenção comportamental. As alterações comportamentais e sociais são consideradas pelo paciente e companheira as consequências mais problemáticas do TCE, dificultando a integração familiar e social. Daí considerarmos que a abordagem mais adequada seria a intervenção comportamental, combinada com estratégias de modificação ambiental, utilizadas na reabilitação neuropsicológica. Para além disso, o paciente apresenta um comportamento agressivo que impede a participação em atividades de reabilitação em grupo; bem como reduzida motivação para a reabilitação individual.

Não foi realizada intervenção, uma vez que a avaliação neuropsicológica coincidiu com a etapa final do estágio. No entanto, elaborou-se uma proposta de intervenção comportamental.

10.1 Intervenção Comportamental

A perturbação comportamental associada ao TCE pode exacerbar as dificuldades apresentadas pelos pacientes no quotidiano, como trabalho, vida doméstica, capacidade de conduzir e gerir as finanças (Evans, 2008).

No âmbito da intervenção comportamental após TCE têm-se sido destacadas duas abordagens: Análise Comportamental Aplicada (ACA) e Suporte de Comportamentos Positivos (SCP) (Ylvisaker et al., 2007).

A ACA enfatiza a gestão dos comportamentos através da manipulação deliberada das consequências (gestão de contingências) e baseia-se no pressuposto de que a frequência dos comportamentos varia em função do carácter positivo ou negativo das suas consequências. Dentro dos procedimentos de intervenção incluem-se: reforço positivo que consiste na utilização de recompensas para fomentar um comportamento desejado; reforço diferencial de comportamentos positivos ou de redução de comportamentos negativos; reforço negativo, que se baseia na remoção de condições aversivas após um determinado comportamento; extinção de resposta, ignorando os comportamentos negativos ou interrompendo a recompensa; punição que se refere à atribuição de

consequências desagradáveis para comportamentos desadequados, através de estratégias de custo de resposta, como a perda de pontos por comportamentos negativos; e contratos comportamentais. Privilegia o uso de recompensas externas como alimentos e pontos, que não estão relacionados de forma lógica com o comportamento (Ylvisaker et al., 2007; Beatty, 2004).

Os problemas de memória apresentados pelo paciente são suscetíveis de interferir no programa, uma vez pode não recordar que comportamento desencadeou a recompensa ou então ficar satisfeito com as recompensas, pelo que o sistema de reforço deve ser cuidadosamente planeado. A utilização de um sistema de pontos favorece a monitorização do desempenho e dos progressos obtidos (Beatty, 2004).

O SCP tem como foco principal a mudança comportamental através da manipulação dos antecedentes. Assim, será possível adquirir um repertório comportamental que favoreça o sucesso nos contextos sociais. Neste tipo de intervenção são utilizadas estratégias como: envolvimento em atividades com significado para o paciente; criação de dinâmicas positivas antes de tarefas difíceis (como atividades da preferência do indivíduo ou cujo sucesso é garantido); estruturação ambiental; organização de rotinas através de materiais externos para garantir a orientação para as tarefas e o cumprimento de horários; garantia de aprendizagem sem erro com suportes adequados. Nesta abordagem não são negligenciadas as consequências, procurando-se desencadear recompensas naturais e lógicas, como por exemplo, teve um comportamento adequado durante a procura de emprego e foi contratado (Ylvisaker et al., 2007; Beatty, 2004).

De acordo com Ylvisaker et al. (2007), ambos os tratamentos são indicados para distúrbios comportamentais após TCE.

No caso de D.C., o SCP ou uma combinação dos dois tipos de intervenção parecem mais adequados, visto que os défices mnésicos podem comprometer o sucesso da utilização de recompensas (Beatty, 2004).

Pacientes após TCE que apresentam disfunção das funções associadas ao lobo frontal, tendem a revelar reduzida motivação para a mudança dos seus comportamentos sociais. As dificuldades de aprendizagem e de auto-regulação também podem condicionar a transferência de capacidades para o quotidiano. D.C. poderia beneficiar da realização de *role plays* em que fosse ajudado a interpretar o comportamento dos outros, bem como sinais não-verbais (Beatty, 2004).

O planeamento da intervenção deve ser feito com o paciente de forma a aumentar a sua motivação, definindo os comportamentos que devem ser modificados, os comportamentos alternativos, os tipos e formas de recompensa. Urge a necessidade de reconhecer o que contribuiu para estes comportamentos problemáticos, como a fadiga, a baixa auto-estima. No caso do paciente, os comportamentos desajustados como a agressividade têm, muitas vezes, como antecedentes

barulho excessivo e presença de muitas pessoas no mesmo local. Na elaboração das recompensas devem ser consideradas as suas preferências. Dentro das recompensas primárias incluem-se o encorajamento e a atenção. As recompensas secundárias incluem a atribuição de pontos que podem ser trocados por passeios ou aumento do tempo de certas atividades da preferência do paciente. A punição ou perda de privilégios apenas deve ser utilizada quando as outras estratégias já foram exaustivamente utilizadas e o comportamento desadaptativo põe o indivíduo em risco. É fundamental a consistência na implementação do programa, pelo que a família deve ter um papel proativo (Beatty, 2004).

De acordo com Evans (2008), indivíduos com défices executivos graves ou que apresentem défices executivos combinados com outras dificuldades, podem necessitar de modificação do seu ambiente físico ou social. Neste sentido, sugere uma abordagem de modificação ambiental baseada na educação dos familiares acerca das dificuldades executivas, de forma a capacitá-los para compreenderem melhor os problemas resultantes da síndrome disexecutiva. Assim, poderiam modificar o seu próprio comportamento em relação ao paciente, diminuindo as respostas negativas face a problemas como a dificuldade de iniciação, vulgarmente confundida com preguiça. A estruturação do ambiente por parte dos familiares, também auxilia na moldagem e modificação comportamental do paciente.

11. Reflexão crítica acerca do estudo de caso

O estudo de caso foi particularmente desafiante, uma vez que implicou grande reflexão pessoal. Aquando da atribuição do caso foi-me dito que na primeira consulta deveria ser acompanhada pela orientadora de estágio no contacto inicial e que seria conveniente deixar a porta aberta, uma vez que o paciente já tivera agredido dois médicos. Se por um lado, esta situação me pode eventualmente ter protegido, desencadeou alguns pré-conceitos que tive de elaborar de forma a que não interferissem na relação terapêutica. Foi importante no primeiro contacto ter reconhecido as manifestações contratransferenciais de medo, para que pudesse transformá-las em empatia. Só assim fui capaz de fechar a porta do gabinete. Nas restantes consultas a orientadora de estágio não interveio, nem esteve presente. Deste modo, foi possível estabelecer uma boa relação terapêutica, sendo que na penúltima consulta o paciente revelou que já tivera desistido de acompanhamento psicológico com outro colega por este ter ficado com “medo de si”, mas desta vez gostaria de ter mais uma consulta.

Procurei adoptar uma visão holística, tentando proceder a uma avaliação qualitativa, mais do que à elaboração de um perfil neuropsicológico.

A principal limitação deveu-se à dificuldade na obtenção de informações por parte do paciente, devido aos défices mnésicos e ao desconhecimento da companheira do seu passado.

VI - Reflexão Pessoal

A minha experiência enquanto estagiária pode ser descrita como intensa, embora gratificante. Permitiu-me descobrir novas preferências como pelo acompanhamento de idosos, que durante toda a licenciatura julguei que seria um ponto fraco meu. Com esta população adquiri sabedoria popular que, metaforicamente me possibilitou aceder a muitas das suas crenças e facilitou a criação da relação terapêutica. Também receava a abordagem à população infanto-juvenil, sobretudo o confronto na sessão de educação parental protocolada. Dado que esta população constitui os meus principais focos de atuação, considero ter sido capaz de desenvolver estratégias de atuação profícuas, desmistificando os meus receios.

Para o sucesso do estágio contribuiu o acolhimento excepcional no DPSM, sobretudo das orientadoras.

A principal dificuldade encontrada prendeu-se com o reduzido número de gabinetes, contudo, considero que os recursos disponíveis foram bem geridos pelas orientadoras.

Um dos aspetos positivos do estágio no DPSM que gostaria de salientar, consiste na autonomia que nos é conferida. Só assim foi possível o confronto direto com os nossos receios e a ultrapassagem da insegurança inicial.

A intervenção em grupo foi fundamental para a aquisição de competências comunicacionais e de gestão grupal, permitindo-me observar as peculiaridades de cada um dos grupos, crianças e idosos e quais as melhores estratégias para dinamizar cada um deles.

A oportunidade que me foi dada para acompanhar uma doente durante o internamento, favoreceu a compreensão das dinâmicas do mesmo e as vantagens de ter consultas diárias em termos de análise clínica.

Para além de permitir a articulação entre a teoria previamente aprendida e a prática clínica, o estágio foi crucial para perceber a importância da escuta ativa na construção de uma boa relação terapêutica. Depreendendo a importância de não me cingir à interpretação dos resultados dos testes, enquadrando-os com os aspetos afetivos e emocionais, com a história individual e com os comportamentos observados; de modo a obter uma compreensão mais abrangente e fidedigna de cada caso.

As expectativas relativamente ao estágio foram largamente superadas e a diversidade de casos proporcionou o desenvolvimento pessoal e de uma identidade individual enquanto profissional, pautada pela abordagem eclética, sem descorar as relações cérebro-comportamento.

Embora tenha sido confrontada com algumas situações mais difíceis de gerir, o gosto pela atividade desempenhada e a determinação, suplantaram as angústias. O balanço do período de estágio é o melhor possível.

VII - Bibliografia

- Adair, C. E., McKendry, R., Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., & Starfield, B. H. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 327, 1219-1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Anderson, N. B. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist Association*. 61 (1), 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Ardila, A. (1995). Directions of research in cross-cultural neuropsychology. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 17(1), 143-150.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5^a ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). Australian Guidelines for the treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: ACPMH
- Barbey, A. K., Colom, R., Paul, E. J., & Grafman, J. (2014). Architecture of fluid intelligence and working memory revealed by lesion mapping. *Brain Structure and Function*. 219(2), 485-494.
- Barbosa, F., Peixoto, B. & Silveira, C. (2011). Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADs): dados normativos portugueses e indicadores psicométricos. *Saúde Mental*. 13 (6), 21-27
- Beatty, C. (2004). Interventions for Behavioral Problems after Brain Injury. *Perception & Reality, ResCare*
- Bechara, A., Damásio, H. & Damásio, A. R. (2000). Emocionada, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*. 10, 295-307
- Beck, J. G., Grant, DeMond M. J., Read, P., Clapp, J. D., Coffey, ... Palyo, S. A. (2008). The impact of event scale-revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal Anxiety Disorders*, 22(2), 187-198. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.007
- Brandt, J. & Benedict, R. (2001). Hopkins Verbal Learning Test-Revised: Professional Manual. Florida: PAR
- Bryant, R. (2011). Post-traumatic stress disorder vs traumatic brain injury. *Dialogues Clinical Neuroscience*. 13:251-262.
- Caçador, V. M. (2013). Funcionamento sexual e qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa
- Cacho, J., Garcia-Garcia, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., Lantada, N. (1999). Clock Drawing Test. *Rev Neurol*. 28 (7), 646-655
- Caldeira, M.J., Baeta, E. & Peixoto, B. (2011). Preliminary validation of the Portuguese version of the INECO Frontal Screening. *Journal of Neurology*. 258 (Suppl 1):S71
- Campos, R.C. & Gonçalves B. (2011). Adaptação do Inventário de Depressão de Beck II para a população portuguesa. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica. 880-887. Lisboa, Portugal
- Caramona, M., Esteves, A. P., Gonçalves, J., Macedo, T., Mendonça, J., Osswald, W.,... Teixeira, A. A. (2012). Prontuário Terapêutico 11, 2013. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Ministério da Saúde: Lisboa.
- Carone, D., & Bush, S. S. (2012). Mild traumatic brain injury: Symptom validity assessment and malingering. New York: Springer Publishing Company.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., ... & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the portuguese population. *Archives of clinical neuropsychology*. acs115. doi:10.1093/arclin/acs115
- Cologna, A. J. (2011). Citostomia. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 44(1): 57-62
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology*. Psychology Press.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2000). Manual Profissional: NEO PI-R, Inventário de Personalidade NEO Revisto (1^a ed). Lisboa: Cegoc

- Crowe, S. F. (2012). *The behavioural and emotional complications of traumatic brain injury*. New York: Psychology Press
- Dekker, P. A. & World Health Organization. (2002). *Epilepsy: a manual for medical and clinical officers in Africa*. Geneva: WHO
- Dixon, R. A., & Bäckman, L. (1999). Principles of compensation in cognitive neurorehabilitation. In Stuss, D. T., Winocur, G. & Robertson, I. H. (Eds.), *Cognitive neurorehabilitation* (pp.59-72). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Duffy, J. D. & Campbell, J. J. (2001). Regional Prefrontal Syndromes: A Theoretical and Clinical Overview. In Salloway, S. P., Malloy, P. F. & Duffy, J. D. (Eds), *The Frontal Lobes and Neuropsychiatric Illness* (pp. 113-123). London: American Psychiatry Publishing
- Dupuy, D. & Godfroy, O. (2013). Disorders of visuoconstrutive ability. In Godefroy, O. (Ed). *The Behavioral and Cognitive Neurology of Stroke* (pp.193-201). New York: Cambridge
- Evans, J. J. (2008). Executive and Attentional Problems. In Tyerman, A. & King, N. S. (Eds). *Psychological Approaches to Rehabilitation after Traumatic Brain Injury* (pp.193-223). Oxford:Blackwell Publishing
- Farinde, A. (2013). The Beck Depression Inventory. *The Pharma Innovation Journal*. 2 (1); 56-62
- Freitas, S., Alves, L., Simões, M.R. & Santana, I. (2013). Importância do Rastreo Cognitivo na População Idosa. *Revista Eletrónica de Psicologia, Educação e Saúde*. 1 (3), 4-24
- Gansler, D. A., Jerram, M. W., Vannorsdall, T. D., & Schretlen, D. J. (2011). Does the Iowa Gambling Task measure executive function?. *Archives of clinical neuropsychology*, 26(8), 706-717.
- Glisky, E. L. (2004). Disorders of Memory. In Ponsford, J. (Eds). *Cognitive and Behavioral Rehabilitation: From Neurobiology to Clinical Practice* (pp. 100-128). New York: Guilford Press
- Goldstein, G., Beers, S. R., & Hersen, M. (2004). *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Granacher, R. P. (2003). *Traumatic Brain Injury: Methods for Clinical and Forensic Neuropsychiatric Assessment*. London: CRC Press
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 32:50–55.
- Harvey, P. D. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 14(1), 91–99.
- Haase, V. G. & Lacerda, S. S. (2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia da SBP*. 12 (1), 28– 42
- Hernández, T. D., Levisohn, P. M. & Naritoku, D. K. (2004). Posttraumatic Epilepsy and Neurorehabilitation. In Ashley, M. J. (Ed.), *Traumatic Brain Injury: Rehabilitation, Treatment, and Case Management* (pp.27-47). New York: CRC Press.
- Koenigs, M., & Grafman, J. (2009). The functional neuroanatomy of depression: Distinct roles for ventromedial and dorsolateral prefrontal cortex. *Behavioural Brain Research*, 201(2), 239–

243. doi:10.1016/j.bbr.2009.03.004

- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2009). *Fundamentals of human neuropsychology*. New York: Worth Publishers
- Kuczynski, B., & Kolakowsky-Hayner, S. A. (2011). Impersistence. In Encyclopedia of Clinical Neuropsychology (pp. 1301-1301). New York: Springer. ISO 690
- Label, L. S. (2008). Sequelae of Head Injuries. In Gray, R. N. & Gordy, L. J. (Eds.), *Attorneys' Textbook of Medicine*. New York: Matthew Bender
- Lasprilla, J. C., & Rodríguez, M. A. (2008). Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en Caso de Patología Cerebral. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8 (1), 159-178
- Lehr, R. P. (2004). Therapy, Neuroplasticity and Rehabilitation. In Ashley, M. J. (Ed.), *Traumatic Brain Injury: Rehabilitation, Treatment, and Case Management* (pp. 303-313). New York: CRC Press
- León-Carrión, J., Domínguez-Morales, M.R., Martín, J. M., Leon-Dominguez, U. (2012). Recovery of Cognitive Function During Comprehensive Rehabilitation After Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 44: 505–511
- Levine, B., Black, S. E., Cheung, G., Campbell, A., O'Toole, C., & Schwartz, M. L. (2005). Gambling task performance in traumatic brain injury: relationships to injury severity, atrophy, lesion location, and cognitive and psychosocial outcome. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 18(1), 45-54.
- Lezak, M. D. (Ed.). (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford university press.
- Li, X., Lu, Z.L., D'Argembeau, A., Ng, M. & Bechara, A. (2010). The Iowa gambling task in fMRI images. *Human brain maligno*. 31(3), 410-423
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*. 364: 453–61
- Lima, R. F. (2005). Compreendendo os mecanismos atencionais. *Ciências e Cognição*. 6, 113-122
- Maier, W., Buller, R., Philipp, M., Heuser, I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 14(1):61–8.
- Marrón, E. M., Alisente, J. L. B., Izaguirre, N. G., & Rodríguez, B. G. (2011). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Barcelona: Editorial UOC
- Mateer, C. A. (2000). Attention. In Raskin, S. A. & Mateer, C. A. (Eds), *Neuropsychological Management of Mild Traumatic Brain Injury* (pp. 73-92). New York: Oxford
- Mega, M. S. & Cummings, J. L. (2001). Frontal Subcortical Circuits: Anatomy and Function. In Salloway, S. P., Malloy, P. F. & Duffy, J. D. (Eds), *The Frontal Lobes and Neuropsychiatric Illness* (pp. 7-14). London: American Psychiatry Publishing
- Moura, O., Simões, M.R. & Pereira, M. (2013). Fluência verbal semântica e fonémica em crianças: funções cognitivas e análise temporal. *Análise Psicológica*. 12 (2), 167-177
- Moris, T. (2010). Traumatic Brain Injury. In Armstrong, C. L. & Morrow, L. (Ed.), *Handbook of*

- Medical Neuropsychology: Applications of Cognitive Neuroscience* (pp.17-32). New York: Springer
- Mozaz, M. J. (1992). Ideational and Ideomotor Apraxia: a qualitative analysis. *Behavioral Neurology*. 5, 11-17
- Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 13(3), 263–278.
- NIH Consensus Statement Online. (1981). Computed Tomographic Scanning of the Brain. 4(2):1-7.
- O’Donovan, A., Halford, W. K. & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*. 46; 101–112
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A Textbook*. New York: McGraw-Hill International
- Osiurak, F., & Le Gall, D. (2012). Apraxia: clinical types, theoretical models, and evaluation. In Heinbockel, T. (Eds), *Neuroscience* (pp.69-92). Croácia: Intech
- Pereira, J. R., Reis, A. M. & Magalhães, Z. (2003). Neuroanatomia Funcional: Anatomia das áreas activáveis nos usuais paradigmas em ressonância magnética funcional. *Acta Médica Portuguesa*. 16, 107-116
- Plante, T. G. (2010). *Contemporary clinical psychology*. John Wiley & Sons.
<http://www.apa.org/divisions/div12/aboutcp.html>
- Ponsford, J. (2004). Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury and Cerebrovascular Accident. In Ponsford, J. (Eds). *Cognitive and Behavioral Rehabilitation: From Neurobiology to Clinical Practice*, (pp. 301-344). New York: Guilford Press
- Report of the Division 40/INS Joint Task Force on Education, Accreditation, and Credentialing (1984). *Division 40 Newsletter*, 2(2), 3-8.
- Rey, A. (1988). *Figura Complexa de Rey*. Manual (1ª ed.). Lisboa, Cegoc-TEA
- Riggio, S. & Wong, M. (2009). Neurobehavioral Sequelae of Traumatic Brain Injury. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 76:163–172. DOI:10.1002/msj.20097
- Roe, R. A. (2002). What makes a competent psychologist?. *European Psychologist*. 7(3), 192.
- Samuel, D. B. & Widiger, T. A. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five- Factor Model and *DSM-IV-TR* Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychology*. 28(8): 1326–1342. doi:10.1016/j.cpr.2008.07.002
- Sanchez-Cubillo, I., Perianez, J. A., Adrover-Roig, D., Rodriguez-Sanchez, J. M., Rios-Lago, M., Tirapu, J., & Barcelo, F. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 15(03), 438-450.
- Sander, A. M. (2014). Treating and Collaborating With Family Caregivers in the Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury. In Sherer, M. & Sander, A. M. *Handbook on the Neuropsychology of Traumatic Brain Injury* (pp.271-282). New York: Springer
- Santos, J. S., Sankarankutty, A. K., Júnior, W. S., Kemp, R., Módena, J. L., Júnior, J. E.,... Júnior, S. (2008). Colecistectomia: aspetos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 41 (4): 449-64

- Schretlen, D. Bobholz, J. H. & Brandt, J. (1996). Development and Psychometric Properties of the Brief Test of Attention. *The Clinical Neuropsychologist*. 10(1). 80-89
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2009). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 35(1), 169-191.
- Silva, M. M. (2010). Funções cognitivas e adesão terapêutica numa amostra de doentes internadas num serviço de Psiquiatria. Tese de Mestrado. Coimbra. Instituto Superior Miguel Torga: escola superior de altos estudos
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (Eds.). (2001). Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach. New York: Guilford Press.
- Soo, C., & Tate, R. (2007). Psychological treatment for anxiety in people with TBI. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD005239.
- Spikman, J. M., Boelen, D. H., Lamberts, K. F., Brouwer, W. H., & Fasotti, L. (2010). Effects of a multifaceted treatment program for executive dysfunction after acquired brain injury on indications of executive functioning in daily life. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(01), 118-129.
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Teixeira, J. A. C. (2008). Ética e qualidade na formação contínua de psicólogos. *Análise Psicológica*. 26(1), 161-164.
- Teplan, M. (2002). Fundamentals of EEG measurement. *Measurement science review*. 2(2), 1-11.
- Thomas, A.G., Koumellis, P. & Dineen, R. A. (2011). The fornix in health and disease: an imaging review. *Radiographics*. 31(4). 1107-21. doi: 10.1148/rg.314105729.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Muñoz-Céspedes, J. M. & Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol*. 34 (7): 673-685
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P. & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A Brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 15(5), 1-10
- Tranel, D. (2002). Emotion, Decision Making, and the Ventromedial Prefrontal Cortex. In Stuss, D. T. & Knight, R. T. (Eds), *Principles of Frontal Lobe Function* (pp. 338-353). New York: Oxford.
- Tsal, Y., Shalev, L. & Mevorach, C. (2005). The Diversity of Attention Deficits in ADHD: The Prevalence of Four Cognitive Factors in ADHD Versus Controls. *Journal of Learning Disabilities*. 38 (2), 142-157
- Tsaousides, T., & Gordon, W. A. (2009). Cognitive rehabilitation following traumatic brain injury: assessment to treatment. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*. 76(2), 173-181.
- Uomoto, J. M. (2004). The Contribution of the Neuropsychological Evaluation to Traumatic Brain Injury Rehabilitation. In Ashley, M. J. (Ed.), *Traumatic Brain Injury: Rehabilitation, Treatment, and Case Management* (pp. 582-607). New York, CRC Press

- Vasterling, J. J. & Brailey, K. (2005). Neuropsychological Findings in Adults with PTSD. In Vasterling, J. J. & Brewin (Eds), *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive and clinical perspectives* (178-207). New York: Oxford
- Vasterling, J. J., Verfaellie, M. & Sullivan, K. D. (2009). Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder in returning veterans: Perspectives from cognitive neuroscience. *Clinical Psychology Review*. 674–684. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.004
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*. 12(2), 63–70.
- Wang, R. Y., Bodamer, O. A., Watson, M. S., & Wilcox, W. R. (2011). Lysosomal storage diseases: diagnostic confirmation and management of presymptomatic individuals. *Genetics in Medicine*. 13(5), 457-484.
- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Esmilie, H. & Evans, J., J. (1996). Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome. Suffolk: Thames Valley Test Company
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*. 4, 141-62. 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212
- Wilson, B. A., Evans, J. J. & Williams, W. U. (2008). Memory Problems. Tyerman, A. & King, N. S. (Eds). *Psychological Approaches to Rehabilitation after Traumatic Brain Injury* Blackwell Publishing, 136-165
- Ylvisaker, M., Turkstra, L., Coelho, C., Yorkston, K., Kennedy, M., Sohlberg, M., Avery, J. (2007). Behavioural interventions for children and adults with behaviour disorders after TBI: A systematic review of the evidence. *Brain Injury*. 21(8): 769–805. DOI: 10.1080/02699050701482470
- Zappalà, G., Schotten, M. T. & Eslinger, P. J. (2011). Traumatic brain injury and the frontal lobes: What can we gain with diffusion tensor imaging?. *Cortex*. 1-10. doi:10.1016/j.cortex.2011.06.020
- Zatzick, D. F., Rivara, F. P., Jurkovich, G. J., Hoge, C. W., Wang, J., Fan, M. Y., ... & Mackenzie, E. J. (2010). Multisite investigation of traumatic brain injuries, posttraumatic stress disorder, and self-reported health and cognitive impairments. *Archives of general psychiatry*. 67(12), 1291-1300.

Lista de anexos

Anexo A: Estudo de Caso E.P.

Anexo B: Cronograma das atividades realizadas durante o Estágio

Anexo C: Documentação da ação de formação

Anexo D: Projeto de investigação “Utilidade do Fototest na Avaliação Neurocognitiva da Esclerose Múltipla”

Anexo E: Projeto de investigação “Programa Breve de Intervenção na Esclerose Múltipla”

Anexo F: Comprovativo de apresentação de poster no I Simpósio Europeu de Neuropsicologia do Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto

Anexo G: Manual de Avaliação e Intervenção na Esclerose Múltipla

Anexo H: Protocolo de Avaliação na Dislexia

Anexo I: Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry

Anexo J: Comprovativo de apresentação de poster no X Congresso Nacional de Psiquiatria

Anexo L: Tabela descritiva dos casos clínicos acompanhados

Anexo M: Súmula dos resultados de R.M.

Anexo N: Súmula dos resultados de D.C.

Anexo O: Comprovativo de Co-Formação “Educação Terapêutica na Esclerose Múltipla”

Anexo P: Comprovativo de Participação em Ação de Formação “Suicídio, um problema de Saúde Pública: maior compreensão para melhor intervenção

Anexo Q: Comprovativo de Participação em Ação de Formação “Diabetes Mellitus Tipo 1 - Um Programa de Intervenção em Adolescentes”

Anexo R: Comprovativo de Participação em Ação de Formação “Avaliação e Intervenção na Perturbação de Ansiedade Generalizada”

Anexo S: Comprovativo de Participação em Ação de Formação “Avaliação e Intervenção na Perturbação de Humor: Distímia”

Anexo T: Comprovativo de Participação em Ação de Formação “Manual de avaliação e intervenção em pacientes com Défice Cognitivo Ligeiro e em cuidadores informais”

CD anexo

1. Poster apresentado no I Simpósio Europeu de Neuropsicologia do Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto
2. Poster apresentado no X Congresso Nacional de Psiquiatria
3. Caderno de Estimulação da Atenção direccionado para crianças no ensino primário
4. Caderno de Estimulação da Atenção direccionado para crianças no ensino básico
5. Caderno de Reabilitação Cognitiva

ANEXO A

Índice de Abreviaturas Adicionais

<i>SCL-90-R</i>	<i>Symptom Checklist-90 – Revised</i>
<i>NEO-FFI</i>	Inventário de Personalidade de Cinco Fatores
<i>EDI-2</i>	Inventário dos Distúrbios Alimentares

1. Identificação

E. P. tem 41 anos. É de nacionalidade brasileira, encontrando-se a residir em Portugal há cerca de dezasseis anos. É a primeira filha de uma fratria de 3. Mantém um relacionamento amoroso com um homem de 33 anos de idade. Tem dois filhos de um relacionamento anterior, que vivem com os seus pais no Brasil.

Completo o equivalente ao 12^a ano português (3^a série), durante a avaliação e acompanhamento/intervenção não desempenhara qualquer atividade profissional.

2. Motivo/Pedido

A paciente foi encaminhada para avaliação neuropsicológica durante internamento de Psiquiatria.

Relata comportamentos regressivos, como uso de chupeta “eu chupava chupeta há muito tempo... desde criança, mesmo deitando pimenta...tinha de a ter sempre para olhar para ela...só parei com a chupeta durante a gravidez do meu filho mais velho” e objeto transicional⁴³ “também cheiro o lençol para dormir” (sic) e gosto pela visualização de desenhos animados (“vejo o pica-pau amarelo na Record” - sic). Justifica o primeiro comportamento pela calma transmitida. Quando emigrou para Portugal não trouxe a chupeta, “comprei a chupeta ao fim de 5 anos” (sic).

Neste momento tem duas chupetas, “uma para chupar outra para cheirar, é a maior” (sic). Como no internamento a impediram de utilizar chupeta, comprou uma garrafa de água com tetina.

Queixa-se de humor distímico e abulia.

Salienta ideação suicida e comportamentos autodestrutivos recorrentes (“tenho de morar sempre no rés-do-chão senão tenho vontade de me atirar” - sic).

Apresenta dificuldade de controlo dos impulsos e baixa tolerância à frustração (“tenho de resolver as coisas na hora, não sei esperar para amanhã...eu morde logo”-sic), relatando diversos episódios de conduta agressiva, contra colegas, filha de colega, com o filho mais novo e “dei duas facadas ao meu ex...tentei envenenar o pai dos meus filhos” (sic).

Refere tricotilomania⁴⁴, com perda de cabelo significativa durante o internamento para histerectomia.

Segundo a mesma, apresenta medo de contaminação há cerca de um ano, o qual tenta suprimir através de comportamentos repetidos como “passo 4 vezes a esfregona no chão por dia...

⁴³ Objetos transicional: objetos utilizados no período de transição da dependência completa para a autonomia, que representam substitutos do cuidador quando ausente (Fulgencio, 2011).

⁴⁴ Tricotilomania: perturbação que se define pelo arrancar de fios do próprio cabelo.

passo álcool nos puxadores da porta para desinfetar... lixívia na sanita quando o meu namorado vai à casa de banho” (sic).

Refere ataques de pânico inesperados, com desconforto intenso, palpitações, sensação de falta de ar e desmaio e sudorese. Destaca preocupação persistente de sofrer ataques de pânico, evitando situações não familiares.

Salienta fobia de deglutição, procurando reduzir o tamanho dos alimentos a ingerir, mastigando-os prolongadamente; claustrofobia e escotofobia⁴⁵. Também realça sofrer de hidrofobia, evitando lavar a cabeça durante o banho e mergulhar na praia e piscinas. Segundo a mesma, esta fobia surgiu após quase afogamento de um dos seus filhos.

Em termos cognitivos realça défices mnésicos, mais proeminentes no último ano.

Quanto a queixas generalizadas, refere cefaleias difusas.

E.P. relata não ter uma boa higiene do sono devido a insónias e despertares noturnos.

Apresenta défices visuais corrigidos.

Relativamente à alimentação, destacam-se comportamentos purgativos, como toma de laxantes e indução do vómito; e distorção da imagem corporal. A insatisfação com a imagem corporal e o estereótipo referido por ser brasileira, refletem-se numa baixa auto-estima.

Salienta consumo ocasional de bebidas alcoólicas e interrupção de hábitos tabágicos desde internamento psiquiátrico.

Ocupa-se da visualização de desenhos animados, no computador e com a escrita de cartas para os familiares (cujo o conteúdo também é regressivo “escrevo o nome de todos e que os amo” - sic).

3. Comentário ao Pedido

A paciente destaca queixas do foro psicopatológico, comportamental e cognitivo, embora as últimas sejam menos enfatizadas.

Relativamente a sintomas físicos não diretamente associados aos ataques de pânico, refere cefaleias.

Na primeira consulta, coloca-se a hipótese de diagnóstico de Perturbação da Personalidade, em comorbilidade com Perturbação de Pânico, Fobias Específicas, Tricotilomania, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação do Comportamento Alimentar não Especificada.

⁴⁵ Escotofobia: medo do escuro.

4. Anamnese

4.1 História Clínica

No que concerne a antecedentes médico-clínicos, refere cirurgia para remoção de tumor mamário aos 17 anos; Depressão após a primeira gravidez reativa a problema de saúde do filho; dengue; comportamentos compatíveis com perturbação do comportamento alimentar iniciados há 2 anos no Brasil quando contraiu dengue pela segunda vez. Em 28 de Agosto de 2011 sofreu TCE na sequência de acidente de viação.

Realizou histerectomia devido a tumor, que obrigou a internamento de 3 meses, com alta a 25/06/13. Refere agravamento da sintomatologia depressiva e alterações do comportamento alimentar após internamento prolongado. Desde então, recebe acompanhamento psiquiátrico. Participou na primeira sessão de grupo de Perturbações Afetivas, mas não voltou a comparecer.

Desconhece antecedentes neuropsiquiátricos familiares.

Refere que os principais marcos desenvolvimentos ocorreram dentro do período esperado, à exceção do abandono da chupeta.

No DPSM é a primeira vez que é assistida em Psicologia.

Encontra-se medicada com Alprazolam⁴⁶® 1 mg (1 comprimido de manhã, 1 ao almoço e 1 ao jantar). Realça auto-gestão medicamentosa.

4.2 Exames Complementares de Diagnóstico

Realizou TAC Craneo Encefálico em 28 de Agosto de 2011 para averiguar as sequelas de TCE. De acordo com o relatório de imagiologia, não evidencia “alterações valorizáveis da densidade ou da morfologia do parênquima encefálico, designadamente que sugiram lesão traumática. Não se observam colecções hemáticas extra-axiais. Vias de circulação de líquido com configuração e dimensões normais. Normalidade da charneira nervosa occipito-vertebral. Sem hemossínus ou hemotímpano. Não se individualizam traços de fractura. Hematoma epicraniano parietal direito. Sem evidência de lesão traumática endocraniana aguda”.

4.3 História e Dinâmica Familiar

A paciente é a primeira filha de uma fratria de 3 e tem 3 meios-irmãos, uma de relação anterior da mãe e dois de relação extra-conjugal do pai. Provém de uma família humilde, o seu pai é contabilista e a sua mãe doméstica.

E.P. refere vinculação insegura com a figura materna e ausência da figura paterna, retratando episódios traumáticos de violência por parte da mãe “a minha mãe batia muito...para comer, só comia arroz e feijão...gostava mais dos meus irmãos...reclamava de tudo o que eu fazia e esperava

⁴⁶ Ver nota de rodapé 39, página 54.

pelo meu pai para dizer” (sic). Apesar de salientar que o pai era pouco presente, destaca maior proximidade afetiva do mesmo, “é protetor” (sic). De acordo com a E.P., a mãe manifestara reduzida disponibilidade afetiva que atribui ao alcoolismo e ao facto de ter criado todos os irmãos por ser a

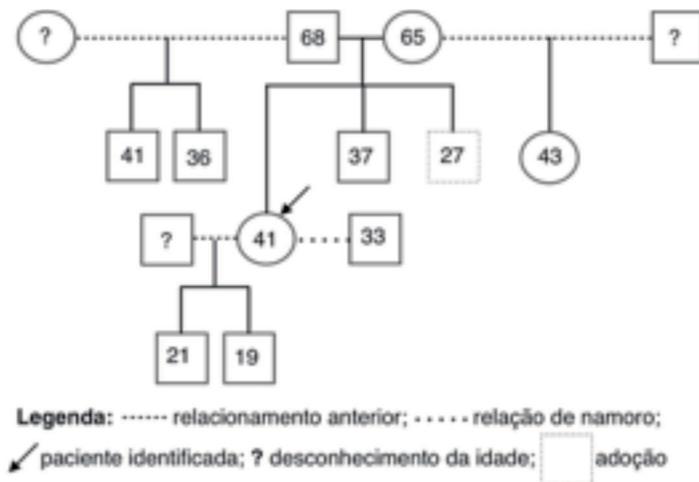


Figura 2. Genograma Familiar

mais velha, após falecimento da progenitora (também alcoólica).

Relata que a sua primeira relação amorosa foi aos 17 anos, tendo iniciado a vida sexual com 18 anos “engravidei logo” (sic). Sofreu um aborto aos 5 meses de gravidez de uma menina. Segundo a mesma, teve dois filhos deste relacionamento, que vivem no Brasil com os seus pais. O primeiro filho foi registado pelos seus pais, uma vez que o namorado

era atleta profissional e se encontrara numa localidade distante. Para além disso, refere que este não tencionara perfilhar a criança, pois tivera engravidado mais duas amigas suas na mesma altura. Após o nascimento do filho, foi morar com a sogra (“era uma segunda mãe - sic), mantendo disfuncionalidade na relação com o namorado “eu separava-me dele, mas ele ia-me buscar...não estava apaixonada...tentei envenená-lo duas vezes” (sic). O segundo filho não foi desejado, manifestando culpabilidade por esse motivo “tomei um envelope anticoncepcional...tentei matá-lo” (sic).

Dada a disfuncionalidade na relação com o namorado, regressou a casa dos pais, “a casa é muito pequena, os homens dormem no segundo andar e as mulheres no primeiro” (sic).

Mais tarde, refere relacionamento com um professor do seu filho mais velho, com quem morou durante 5 anos (os filhos ficaram a residir com os seus pais). Este tornou-se violento, culminando no fim do relacionamento.

Em Portugal manteve união de facto com o empresário durante 2 anos e 8 meses (iniciados 15 dias após a sua chegada), que terminou por questões de violência doméstica.

Salienta um bom relacionamento com os filhos, mas mostra-se angustiada por sentir que mantêm maior proximidade da sua mãe, sendo que o filho mais novo dorme com a mãe da paciente.

Há cerca de 4 anos, conheceu o atual namorado. Refere um bom relacionamento, caracterizando-o como “calmo...tratou-se com um psicólogo” (sic). Este inicialmente trabalhava numa escola de condução, agora desempenha funções de Engenheiro Eletrotécnico no Porto, o que

implica que esta passe grande parte do tempo sozinha. A relação do casal é instável, sendo que o namorado salienta dificuldades em lidar com a instabilidade emocional da paciente.

Refere diminuição da libido após histerectomia, que o namorado diz compreender.

Mantém reduzido contacto com a família do namorado, dado considerar que é estigmatizada pelo facto de ser brasileira.

E.P. até ao internamento refere residir com o namorado. No entanto, esta informação não foi corroborada pelo mesmo. Este relata ter alugado um apartamento para a E.P. na mesma localidade da residência dos seus pais, onde habita. De acordo com o mesmo, não reside com a E.P., uma vez que esta não quer responsabilizar-se por cuidar das suas roupas e alimentação. Durante o período de internamento, o namorado entregou o apartamento onde a E.P. residia. A justificação dada por E.P. aos profissionais de saúde acerca do sucedido foi diferente. Assim, à Psicóloga referiu que o namorado se encontrara a procurar uma residência perto do seu local de trabalho ou noutra cidade onde esta dispõe de uma rede social mais alargada. Por outro lado, aos Psiquiatras salientou que o namorado pensou que o internamento seria mais prolongado, então optou por entregar o apartamento. No dia em que teve alta, fez uma reserva num hotel mas como, segundo a mesma, o namorado não pudera vir ter consigo nesse dia, foi viver para casa de outra paciente que tivera conhecido no internamento. Inicialmente mantivera um bom relacionamento com a colega e respetiva família (marido e filha). O seu namorado cooperava nas despesas e visitava-a ao fim de semana. Aquando do último contacto com E.P., esta referiu ter-se mudado para uma residencial para estar mais perto do Hospital. No entanto, esta mudança aparentemente deveu-se a problemas relacionais com a colega.

4.4 História Escolar, Laboral e Ocupacional

E. P. estudou até aos 19 anos, tendo completado a 3ª série (correspondente ao 12º ano Português). Reprovou 2 vezes na 3ª série, por apresentar um comportamento desadequado que culminou em diversas suspensões.

Na sua terra natal desempenhou funções de Auxiliar de Enfermagem, servente num restaurante, auxiliar numa ótica, *baby-sitter* e “garota de programa” (sic), que corresponde a acompanhante de luxo.

Refere ter sido vítima de Tráfico Humano. No Brasil ofereceram-lhe trabalho num bar em Portugal, chegada ao destino (28 anos) relata exploração sexual para pagar o valor da passagem aérea “fui stripper numa casa de alterne, saía com clientes e era acompanhante de luxo” (sic). Cerca de 15 dias após a sua chegada “um cliente empresário pagou a minha liberdade” (sic). Manteve união de

facto com o mesmo e trabalhou na sua empresa como Diretora de Vendas, enviando dinheiro para os seus filhos.

Terminado o relacionamento, por questões de violência doméstica, relata ter voltado a prostituir-se, “nem gosto de lembrar aquela vida...na segunda casa da noite (onde estive 6 meses) prendiam-me” (sic). Denunciou os infratores e refere ter ido para uma casa de alterne no Porto, “depois trabalhava pela net, no site e atendia no apartamento” (sic).

Há cerca de 4 anos, conheceu o atual namorado e abandonou o trabalho sexual. Aquando da avaliação contava com o apoio financeiro do mesmo.

No que concerne a atividades sociais, E.P. refere que se restringem a saídas ao fim de semana com o namorado para jantar fora e ir à discoteca. No entanto, salienta menor motivação para sair.

5. Avaliação (Neuro)psicológica

A avaliação decorreu durante o período de internamento de uma semana e englobou mais três consultas entre os dias 4 de Setembro e 2 de Outubro.

A paciente não foi assídua, tendo-lhe sido dada alta por faltas.

5.1 Estado Mental e Comportamento durante o Processo de Avaliação

A paciente foi acompanhada durante o internamento como anteriormente referido. Numa das consultas subsequentes foi solicitada a presença do namorado, com o intuito de perceber a dinâmica relacional.

Estabeleceu-se o primeiro contacto com E.P. na sala de estar do internamento, não se denotando alterações motoras, nem posturais.

Tem uma apresentação cuidada, com vestuário adequado à situação de consulta e a idade aparente é compatível com a idade real. Apresenta baixo peso.

Mostrou-se cooperante, mantendo o contacto ocular.

Não apresentou alterações psicomotoras.

A sua mímica é pouco expressiva e o seu humor depressivo e ansioso.

Tem um pensamento organizado e não manifesta alterações do conteúdo do pensamento.

O seu discurso é lógico e coerente, com prosódia e qualidade apropriadas.

Revela alucinações auditivas (“ouço chamarem por mim” sic).

Evidenciou orientação auto e alopsíquica.

Em termos cognitivos verificaram-se défices sobretudo, atencionais e mnésicos.

5.2 Avaliação Instrumental

5.2.1 MoCa⁴⁷

5.2.2 Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R)

O SCL-90-R é um inventário multidimensional de sintomas psicopatológicos, constituído por 90 afirmações que o indivíduo deve responder numa escala de Lickert de 0 a 4, em função da gravidade do sintoma (0 - nunca; 1 - pouco; 2 - moderadamente; 3 - bastante; 4 - extremamente) (Goodheart, Clopton, Robert-McComb, 2011).

Avalia 9 fatores/dimensões psicopatológicos: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóia e psicoticismo (Goodheart et al., 2011).

Os resultados obtidos em cada dimensão são calculados pela soma da pontuação nos itens correspondentes, dividida pela soma do número de itens respondidos na escala (Goodheart et al., 2011). As médias dos resultados das escalas são transformadas em pontuações T, de acordo com os dados da normalização portuguesa de Batista (1993). Para além das 9 dimensões podem ser calculados 3 índices globais: o Índice de Gravidade dos sintomas que se refere ao número de sintomas e respetiva intensidade, correspondendo à soma do total obtido em todas as escalas dividido pelo número de itens; o Total de Sintomas Positivos que reflecte o número de sintomas presentes e é calculado pela soma dos totais das escalas clínicas (não divididos), cujos itens tenha nota superior a zero; Índice de Sintomas Positivos refere-se à medida de intensidade ajustada para o número de sintomas presentes, calculada pelo soma do número de itens com nota superior a zero, dividida pelo valor encontrado no Total de Sintomas Positivos (Batista, 1993).

Este instrumento é ideal para screening psicopatológico, tendo sido seleccionado pela brevidade e avaliação multidimensional (Goodheart et al., 2011).

5.2.3 BDI-II⁴⁶

5.2.4 Inventário dos Distúrbios Alimentares (EDI-2)⁴⁸

O EDI-2 é um instrumento de avaliação das atitudes, comportamentos e características psicológicas relacionados com a alimentação e a forma corporal, comuns às perturbações do comportamento alimentar (Sousa, 2012).

Foi seleccionado por apresentar bons indicadores de validade e fidelidade e constituir uma avaliação completa das alterações psicológicas e do comportamento alimentar associadas à anorexia e bulimia (Sousa, 2012).

⁴⁷ As descrições destes instrumentos podem ser consultadas no primeiro estudo de caso, entre as páginas 23 e 29

⁴⁸ Versão de Pocinho, M. (2000). *Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar: um contributo para o estudo das suas relações*. Dissertação de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga – ESAE

O inventário é composto por 91 itens organizados em 11 subescalas. Destas subescalas, três reportam-se a atitudes e comportamentos relacionados com a comida e a forma corporal, são elas: Tendência para Emagrecer, Bulimia e Insatisfação Corporal (Sousa, 2012).

A subescala Tendência para Emagrecer avalia a preocupação com o peso, a subescala Bulimia reporta-se à tendência para ingestão compulsiva e comportamento compensatória; a Insatisfação Corporal analisa o desagrado com certas partes do corpo (Sousa, 2012).

As restantes subescalas relacionam-se com características psicológicas clinicamente relevantes para o diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar: Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança Interpessoal, Consciência Interoctiva, Medo da Maturidade, Ascetismo, Regulação dos Impulso e Medos Sociais (Sousa, 2012).

A subescala Ineficácia avalia sentimentos de inadequação e insegurança; a subescala Perfeccionismo direciona-se para a análise de padrões de comportamentos irrealistas; a subescala Desconfiança Interpessoal relaciona-se com o evitamento de relações íntimas; a subescala Consciência Interoctiva reporta-se à apreensão acerca das emoções; a subescala Ascetismo avalia atitudes austeras orientadas para objetivos; a subescala Regulação dos Impulsos relaciona-se com a impulsividade e irritabilidade; e a subescala Medos Sociais avalia a insegurança em sociedade (Sousa, 2012; Carmo, 2006).

Os indivíduos devem indicar numa escala com 5 níveis de resposta a frequência com que determinadas situações ocorrem (3 - Sempre; 2 - Normalmente; 1 - Regularmente; Às vezes - 0; Raramente - 0; Nunca - 0 (Sousa, 2012).

Os resultados obtidos em cada subescala são calculados pela soma da pontuação obtidas nos itens correspondentes e devem ser interpretados de acordo com a população-alvo, não existindo pontos de corte (Sousa, 2012).

5.2.5 Inventário de Personalidade de Cinco Fatores (NEO-FFI)

O NEO-FFI é uma versão reduzida do NEO-PI-R. É constituído por 60 itens, 12 itens relativos a cada uma das 5 dimensões da personalidade avaliadas (neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade e conscienciosidade). Os indivíduos são solicitados a responder com base numa escala de Lickert de 5 pontos.

A opção por este inventário, em detrimento da versão mais reduzida prendeu-se com o facto de, apesar de não permitir obter informações relativas às facetas como o NEO-PI-R, ser um instrumento breve e fiável para medir as cinco dimensões da personalidade (Magalhães et al., 2014).

6. Resultados

6.1 MoCa

No MoCa obteve um resultado de 17/30, que se situa abaixo da média, tendo em conta a idade e a escolaridade (Freitas et al., 2013). Constataram-se défices difusos em todas as áreas cognitivas avaliadas, à exceção da orientação e da nomeação.

6.2 SCL-90-R

No SCL-90-R revelou mal estar resultante da percepção de disfunções do corpo (subescala Somatização); pensamentos, impulsos e ações persistentes e aos quais não é capaz de resistir (Obsessão do Comportamento); sentimentos de inferioridade e embaraço nas relações com os outros, particularmente nas comparações com os outros, associado ao estigma que a própria sente pela atividade que desempenhou e por ser brasileira (Sensibilidade Interpessoal); humor disfórico, perda de interesse, isolamento, falta de motivação, diminuição de energia, perda de objetivos e ideação auto-destrutiva (Depressão); agitação, nervosismo, tensão e ataques de pânico (Ansiedade); agressividade, raiva e irritabilidade (Hostilidade); medo persistente e irracional de estar em locais fechados e de água, com comportamentos de evitamento, sendo que não toma banho completo se sozinha (Ansiedade Fóbica); hostilidade, desconfiança e egocentrismo (Ideação Paranóide); isolamento interpessoal (Psicoticismo) (Batista, 1993).

Obteve um Índice de Gravidade dos Sintomas (IGS=2.7); um Total de Sintomas Positivos (TSP=218/332) e um Índice de Sintomas Positivos (ISP=0.38) elevados.

6.3 BDI-II

A paciente obteve uma pontuação de 20/63, indicativa de depressão moderada (Farinde, 2013).

6.4 EDI - 2

No EDI-2 evidenciou preocupação com o peso, a dieta e medo de engordar (subescala Tendência para Emagrecer - 15/18); insatisfação com certas partes do corpo (Insatisfação Corporal - 12/27); auto-depreciação associada a baixa auto-estima, embora não se verifiquem sentimentos de inadequação e insegurança (Ineficácia - 5/30); dificuldade de expressão emocional e evitamento moderado de relações íntimas (Desconfiança Interpessoal - 10/21); apreensão acerca das emoções, bem como dificuldade para reconhecer e responder de forma adequada aos estados emocionais (Consciência Interoceptiva - 22/30); austeridade, tendência a procurar a virtude através do controlo das necessidades corporais (Ascetismo - 15/25); dificuldade na regulação dos mesmos e irritabilidade, particularmente a hostilidade e irritação (Impulsividade - 15/30). Em termos da subescala Medos Sociais (14/24), percebe as relações sociais como não satisfatórias, verificando-se moderada insegurança social. Não salienta sintomatologia compatível com o diagnóstico de bulimia (3/18), como pensamentos incontroláveis sobre a comida. No entanto, referiu

ingestão compulsiva de alimentos esporádica. Não são evidentes padrões de comportamento irreais (Perfeccionismo - 9/18). Na subescala Medo da Maturidade (5/24), não se verifica desejo de ficar sempre criança, talvez porque não usufruiu de uma vinculação segura.

5.2.5 NEO-FFI



Figura 4 - Resultados obtidos pela paciente no NEO-FFI

Analisando os resultados obtidos no NEO-FFI, a paciente revela elevado Neuroticismo, verificando-se propensão para a descompensação emocional, insegurança, baixa tolerância à frustração, sentimentos de inferioridade e tendência a ceder aos seus desejos.

No domínio Extroversão, constatou-se reduzida orientação para a relação interpessoal.

No domínio Abertura à Experiência revelou imaginação, espírito aberto e reduzida empatia, Não aprecia desafios intelectuais.

Na dimensão Amabilidade mostrou frontalidade e altruísmo na relação com os outros. No entanto, realçou tendência a ser guiada por sentimentos ao tomar atitudes, revelando-se contestadora e agressiva.

No domínio Conscienciosidade sente-se incapaz, revelando baixa auto-estima. Tende a ser pouco responsável e a evidenciar reduzida planificação, sendo espontânea.

6. Símula dos resultados

E.P. revela orientação autopsíquica e alopsíquica.

A capacidade de linguagem expressiva, a compreensão, a repetição, a nomeação, a leitura e a escrita encontram-se preservadas.

Em termos do discurso não apresenta alterações na articulação (disartria), revela um volume verbal e prosódia adequados.

No funcionamento cognitivo global obteve resultados abaixo da média.

Em termos psicopatológicos obteve revelou resultados elevados em todas os domínios avaliados, constando-se um Índice Geral de Sintomas e um Índice de Sintomas Positivos Elevados.

Apresenta, ainda, sintomatologia depressiva moderada.

Evidencia preocupação com o peso, a dieta e medo de engordar, insatisfação com certas partes do corpo, auto-depreciação associada a baixa auto-estima, dificuldade de expressão emocional e evitamento moderado de relações íntimas, dificuldade para reconhecer e responder de forma adequada aos estados emocionais, dificuldade na regulação dos impulsos e irritabilidade.

Na avaliação da Personalidade destacam-se resultados elevados no fator Neuroticismo.

A paciente revela um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais pautados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; na auto-imagem e nos afetos; bem como marcada impulsividade que se faz sentir em diversas áreas, nomeadamente na alimentação. Apresenta ideiação suicida e comportamentos autodestrutivos recorrentes. Estes sintomas surgiram no início da idade adulta e estão presentes nos diversos contextos. Tendo em conta os critérios definidos pelo DSM-V, o quadro clínico é sugestivo de Perturbação de Personalidade Borderline.

O Neuroticismo constitui o fator que permite distinguir melhor entre pacientes com Perturbação de Personalidade Borderline e sem esse diagnóstico (Morey & Zanarini, 2000).

Resultados elevados no fator Neuroticismo constituem um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas associados a perturbações do comportamento alimentar (Carmo, 2006). No caso da paciente verifica-se Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação, uma vez que revela medo de ganhar peso e ingestão compulsiva e comportamentos purgativos ocasionais, não preenchendo os critérios para Anorexia, nem Bulimia.

Manifesta ansiedade fóbica, constatando-se quatro fobias específicas distintas: Escotofobia, Hidrofobia, Claustrofobia e Fobia de Deglutição. Salienta evitamento persistente dos estímulos fóbicos, prolongando-se há mais de 6 meses. A ansiedade é desproporcional às situações e causa sofrimento clinicamente significativo, com impacto no funcionamento. A paciente não dorme com a luz apagada, não lava a cabeça sozinha em casa, evita locais fechados e reduz o tamanho dos alimentos a ingerir (inclusive durante algum tempo comeu unicamente papas).

Apresenta sintomatologia compatível com Perturbação de pânico como palpitações, sensação de falta de ar e desmaio e sudorese.

Revela tricotilomania, com perda de cabelo visível, comprovada por fotografias.

Manifesta obsessões do comportamento sugestivas de Perturbação Obsessivo-Compulsiva com obsessão pela contaminação e compulsões de limpeza.

7. Discussão e Análise Concetual

A paciente revela sintomatologia compatível com um amplo espectro de perturbações que vão desde Perturbação da Personalidade Borderline, a Perturbação de Pânico, Fobias Específicas, Tricotilomania, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação do Comportamento Alimentar não Especificada.

A comorbilidade entre perturbações de ansiedade e humor do eixo I do DSM é frequente na Perturbação de Personalidade Borderline. No entanto, geralmente, nenhuma das perturbações de ansiedade e humor têm início anterior ao da Perturbação de Personalidade Borderline e não constituem preditores da severidade dos seus sintomas (Dell & O'Neil, 2011).

De acordo com Meares (2012), as perturbações depressivas, de pânico, obsessivo-compulsivas, fobias e perturbações do comportamento alimentar são frequentemente diagnosticadas em pacientes com perturbação de personalidade borderline. Tem sido sugerido que a existência de um trauma, nomeadamente emocional, pode predispor à ligação entre Perturbação de Personalidade Borderline e perturbações do eixo I. Quando se verificam estas comorbilidades com perturbações do eixo I, o foco da intervenção deve ser a Perturbação de Personalidade (Meares, 2012).

As relações precoces mãe-criança são fundamentais para a modulação das emoções e têm sido associada ao desenvolvimento de perturbações de personalidade, sendo um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologia (Mosquera, Gonzalez, Leeds, 2014).

Atendendo à teoria de Klein, o facto de manter um objeto transicional, que simboliza outro objeto, como a figura maternal, aparentemente constitui uma defesa contra a angústia derivada das relações objetais (Fulgencio, 2011).

A utilização de objetos transicionais durante a idade adulta tem sido associada à propensão para o desenvolvimento de Perturbação de Personalidade Borderline, a traumas durante a infância, combinados com falta de cuidado materno e conduzindo à dificuldade no estabelecimento de relações saudáveis em adultos. Pelo que a dependência emocional de objetos transicionais na idade adulta pode ser um indicador de Perturbação de Personalidade Borderline (DPhil & Wilson-Murphy, 2012).

A vinculação insegura consiste num marcador fenotípico da vulnerabilidade para o desenvolvimento de Perturbação de Personalidade Borderline (Agrawal, Gunderson, Holmes, Lyons-Ruth, 2004). A paciente relata uma vinculação insegura associada entre outros fatores a alcoolismo materno.

A vinculação insegura pode conduzir a uma percepção da imagem corporal como menos atrativa, a envolvimento sexual mais precoce, a um maior número de parceiros ao longo da vida, maior infidelidade e mais precauções sexuais, como o uso de preservativo (Bogaert & Sadava, 2002)

Numa perspetiva freudiana as relações precoces condicionaram a sua capacidade de obtenção de prazer (Galvan, 2012). Neste sentido, denotamos uma vontade latente na paciente de voltar a prostituir-se, uma vez que não obtém prazer nas relações genitais que, por outro lado, lhe possibilitam a descarga da energia pulsional. Isto pode explicar, o facto de a maior descompensação da mesma ter sido desencadeada após histerectomia com alterações no aspeto físico importantes.

A paciente não foi capaz de construir uma identidade que favorecesse a integração do amor e da agressividade. Desenvolvendo-se o que na teoria de Winnicott pode ser entendido como um falso si-mesmo, o qual procura substituir a função materna para proteger o verdadeiro si-mesmo. O

verdadeiro si-mesmo constituirá a fonte de impulsos pessoais. Assim, nas relações estabelecidas enquanto prostituta podia agir de acordo com o verdadeiro si-mesmo (Galvan, 2012).

Após se ter envolvido numa relação mais duradoura, viu-se obrigada a utilizar a defesa oculta do falso si-mesmo, que tornou a sua vida vazia e mais propensa a sintomatologia ansiosa e depressiva. A chupeta consiste no elo de ligação entre o falso si-mesmo e o verdadeiro si-mesmo, dado que se associa à substituição da figura materna (do que esta lhe propiciava de bom), ao mesmo tempo que possibilita a descarga pulsional (Galvan, 2012).

8. Intervenção

A paciente não revelou assiduidade, o que impediu a realização de uma intervenção estruturada. No entanto, ao longo das sessões de avaliação foram utilizadas algumas técnicas de intervenção, sobretudo baseadas no Modelo Cognitivo-Comportamental. Embora considerasse que a abordagem psicodinâmica seria mais congruente com a formulação do problema da paciente, esta não demonstra capacidade de introspeção e evita o confronto com sentimentos e emoções geradas pela revivência de eventos da sua vida.

A ativação comportamental consiste num conjunto de processos que visam aumentar a atividade dos indivíduos, bem como o acesso a situações de reforço, repercutindo-se no humor. Constitui uma boa técnica para fases iniciais do acompanhamento. Esta intervenção é eficaz no humor deprimido, por outro lado, nos sintomas de ansiedade pode ocorrer evitamento devido ao receio de uma consequência negativa (Arntz & and Genderen, 2009; Cully & Teten, 2008). Assim, a ativação comportamental foi combinada com técnicas de relaxamento para aumentar o conforto e controlo por parte da paciente. Dada a reduzida estruturação das rotinas de E.P. e o isolamento revelado, considerou-se que poderia ser uma técnica profícua. Fez-se um levantamento de atividades agradáveis para a paciente, destacando-se a prática de atividade física no ginásio. A prática regular de exercício físico poderia reverter o isolamento, aumentar a auto-estima da paciente, assim como a auto-confiança. E.P. também revelou gosto pela área de estética e por adquirir mais conhecimentos neste âmbito. Contudo, a paciente não se mostrou disponível para desenvolver um plano de ação, elucidando múltiplas barreiras ao envolvimento nas atividades como o barulho da música nos ginásios e o facto de não saber se iria para o Brasil e poder ter de desistir. Abordaram-se atividades alternativas, mas quando se partia para a elaboração do plano de ação não se mostrava determinada, colocando entraves.

Verificou-se que apresenta distorções cognitivas, sobretudo de pensamento tudo/nada, pelo que tende a ver as situações num extremo ou outro, em vez de num contínuo. Para além disso, revela distorção no raciocínio emocional, tendendo a ignorar os factos contrários ao seu sentimento (Cully

& Teten, 2008). Após a identificação destes pensamentos disfuncionais, explicou-se o seu impacto em termos da tríade cognitiva. Procuraram-se evidências que sustentassem o pensamento e que o rebatessem. A paciente mostrou-se incapaz de discernir e elaborar argumentos contrários ao pensamento disfuncional. Por exemplo, E.P. esteve cerca de três vezes com os pais do namorado, tendo-os evitado, desde então, devido a considerar que a estereotipizam por ser brasileira. Não salienta evidências que o comprovem, exceto que falaram pouco consigo, associando este facto a não gostarem de si. Por outro lado, salienta que foi bem acolhida e estabeleceu uma boa relação com a “cunhada”. Procurou-se encontrar uma conclusão razoável para o seu problema, como estes estarem envergonhados. Constatou-se persistência das crenças irracionais, referindo que o namorado está habituado e prefere estar sozinha.

A paciente evidenciou reduzidos recursos de *coping* orientados para a resolução ativa dos problemas da vida diária, bem como impulsividade na tomada de decisões. Neste sentido considerou-se pertinente o treino de resolução de problemas. Um dos problemas evidenciados pela paciente durante o internamento foi a preocupação acerca da incerteza de onde iria residir. Foram analisadas as diferentes opções e E.P. elaborou os prós e os contras das mesmas, salientando que a melhor solução seria residir numa localidade onde tem mais pessoas conhecidas (Shapiro, 2004; Arntz & and Genderen, 2009). Tendo em conta que, segundo a mesma o namorado lhe delegou essa decisão, elaborou-se um plano. Na consulta seguinte, revelou interesse em ir para o Brasil.

Relativamente à problemática do comportamento alimentar, foi formulada a tríade cognitiva, verificando-se cognições de exagero de peso e formas, comportamentos restritivos ou compulsivos e baixa auto-estima (Murphy, Straebl, Cooper, Fairburn, 2010). Reflectiu-se sobre a importância da alimentação regular, como meio de evitar compulsões e realizou-se reestruturação cognitiva. E.P. continuou a negligenciar aspetos positivos salientados por si, como idade aparente inferior à real; e a generalizar defeitos, como cicatriz decorrente da histerectomia. Denotam-se, ainda, incongruências no seu pensamento, uma vez que refere sentir-se gorda, mas ao mesmo tempo realça vergonha de usar roupas para 14 anos. Não adotou uma visão mais equilibrada da sua auto-imagem.

E.P. evidenciou falta de competências sociais, que influenciavam a forma como expressava raiva e procurava afeto. As distorções cognitivas, como o pensamento tudo/nada conduziam-na a extremos de idealização e raiva. O facto de se considerar rejeitada por ser brasileira também condicionou os seus relacionamentos interpessoais. No internamento teve conflitos com outra paciente, pois inicialmente procurou cativá-la emprestando-lhe os seus objetos pessoais, mas mais tarde julgou que a mesma estaria a ser abusiva. Neste sentido, abordou-se o impacto dos seus comportamentos nos outros e explicou-se a importância de adequar as expectativas, de forma a manter uma imagem mais estável dos outros. Verificou-se, ainda, que tendia a expressar a raiva de

forma violenta através da mordedura. Salientou-se a importância de resolver os conflitos através da negociação, procurar momentos em que esteja mais calma para o fazer (Shapiro, 2004). O treino de competências sociais não se mostrou profícuo, uma vez que a paciente atribuiu os comportamentos desadequados às outras pessoas e tem dificuldade em assumir uma postura empática. Pelo que, pretendia desenvolver uma rede de relacionamentos sociais, mas não se mostra disposta a adquirir competências sociais mais adequadas.

Realizou-se treino da assertividade, explicando-se que dado que não gosta que usem os seus objetos pessoais deve dizê-lo no primeiro momento de estabelecimento da relação. Remeteu-se para a importância de saber dizer logo não, o que não quer dizer que vá ser rejeitada. Abordaram-se outras estratégias úteis no estabelecimento de relações como a descoberta de preferências das outras pessoas. Saber dizer logo não, o que não quer dizer que vá ser rejeitada (Cully & Teten, 2008; Shapiro, 2004).

9. Reflexão crítica acerca do estudo de caso

Pode parecer controversa a seleção de um estudo de caso da área da Psicologia Clínica para incluir no relatório de estágio em Neuropsicologia Clínica. No entanto, como referido anteriormente no DPSM são múltiplas as valências de atuação do psicólogo, o que implica uma abordagem holística. Embora tivesse sido solicitada uma avaliação abrangente, considere-se que para a análise do caso clínico, mais importante que traçar um perfil neuropsicológico, seria compreender o seu funcionamento psicológico.

O estabelecimento da relação terapêutica foi dificultado pela ambivalência evidenciada pela paciente, por um lado o desejo de aceitação e por outro o medo de rejeição (Arntz, 1994). Assim, evidenciou uma postura apelinativa e sedutora, verificando-se incongruência em algumas das informações transmitidas. Apesar de me ter regido pelo princípio Rogeriano da aceitação positiva incondicional, o medo de rejeição esteve patente.

A paciente demonstrou expectativas desadequadas acerca do acompanhamento, esperando que lhe fosse dito o que fazer. O que no meu entender terá condicionado a eficácia das estratégias utilizadas.

Os pacientes com Perturbação de Personalidade Borderline tendem a evidenciar dificuldades na cognição social (particularmente, na atribuição de estados mentais), na empatia emocional e na expressão de sinais sociais, o que dificulta a manutenção de relações estáveis e o estabelecimento de uma aliança terapêutica (Roepke, Vater, Preißler, Heekeren, Dziobek, 2013). Neste sentido, considero que a utilização de técnicas como o *role play* poderia ter sido benéfica, no sentido de ajudar a paciente a adotar uma postura mais empática. Outros aspetos fundamentais a trabalhar com a paciente seria a ideação suicida e comportamentos suicidários.

A principal dificuldade foi perceber qual o aspeto central que explica o comportamento disfuncional da paciente.

Bibliografia

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94–104. doi: 10.1080/10673220490447218
- Arntz, A. (1994). Treatment of Borderline Personality Disorder: A challenge for Cognitive-Behavioural Therapy. *Behavioral Research Therapy*. 32 (4), 419-430
- Arntz, A. & and Genderen, H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Baptista, A. (1993). A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Bogaert, A. F. & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*. 9, 191–204
- Carmo, C. I. (2006). *Comportamento Alimentar e Dimensões da Personalidade numa Amostra Não Clínica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa
- Cully, J.A., & Teten, A.L. 2008. *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston.
- Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (Eds.). (2011). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- DPhil, J. M. & Wilson-Murphy, M. (2012). Adult Attachment to transitional objects and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 179–191, 2012
- Fulgencio, L. (2011). A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott. *Paidéia*. 21 (50), 393-401
- Galvan, G. (2012). O conceito de regressão em Freud e Winnicott: algumas diferenças e suas implicações na compreensão do adormecimento psíquico. *Winnicott e-prints*. 7 (2), 38-51
- Goodheart, K., Clopton, J. R., & Robert-McComb, J. J. (Eds.). (2011). *Eating disorders in women and children: Prevention, stress management, and treatment*. New York: CRC Press.
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A-J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P. & Lima, M. P. (2014). NEO-FFI: Psychometric Properties of a Short Personality Inventory in Portuguese Context. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 27(4), 642-657. DOI: 10.1590/1678-7153.201427405
- Meares, R. (2012). *A Dissociation Model of Borderline Personality Disorder*. London: Library of Congress

- Morey, L. C. & Zanarini, M. C. (2000). Borderline Personality: Traits and Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 109 (4), 733-737. DOI: 10.1037//0021-843X.109.4.733
- Mosquera, D., Gonzalez, A. & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 1-15. doi:10.1186/2051-6673-1-15
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatry Clinical North America*. 33 (3); 611-627
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H. R. & Dziobek, I. (2013). Social cognition in borderline personality disorder. 6, 1-12 doi: 10.3389/fnins.2012.00195
- Shapiro, L. E. (2004). 101 Ways to teach children social skills. United States of America: Bureau For At-Risk Youth
- Sousa, P. G. (2012). Prevalência e sintomatologia associada a doenças do comportamento alimentar em adolescentes. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos: Coimbra

Resultados obtidos no MoCa

Área Cognitiva	Pontuação Obtida
Visuoespacial/Executiva	3/5
Nomeação	3/3
Atenção	3/6
Linguagem	2/3
Abstração	0/2
Evocação Diferida	0/5
Orientação	6/6
Pontuação total	17/30

Resultados obtidos no SCL-90-R

Somatização		Obs. Comportamento		Sensibilidade Interpessoal		Depressão		Ansiedade		Raiva Hostilidade		Ansiedade Fóbica		Ideação Paranóide		Psicoticismo		Escala Adicionais		Ind. Geral Sintomas		
1	2	3	2	6	3	5	2	2	2	11	3	3	2	8	2	7	2	19	4	Som	32	
4	2	9	2	21	3	14	3	17	2	24	4	13	3	18	3	16	3	44	4	Ob. Com	28	
12	2	10	1	34	3	15	0	23	3	63	4	17	2	43	4	35	0	59	4	S.	25	
27	3	28	3	36	0	20	3	33	3	67	2	50	4	68	2	62	2	60	0	Depr	31	
40	1	38	3	37	3	22	3	39	3	74	4	70	4	76	2	77	2	64	2	Ansi	25	
42	3	45	4	41	1	26	4	57	2	81	2	75	2	83	0	84	1	66	4	Raiv	19	
48	4	46	3	61	4	29	3	72	4			82	4			85	2	89	4	Ans. Fob	21	
49	4	51	3	69	4	30	3	78	2							87	4			Ide. Para	13	
52	3	55	3	73	4	31	4	80	2							88	4			Psic	24	
53	3	65	4			32	1	86	2							90	4			Adic ionai	22	
56	3					54	3															
58	2					71	2															
						79	0															
Total	3		28		25		3		25		19		21		11		24		2		240	
Total: 12	2.7	Total: 10	2.8	Total: 9	2.8	Total: 13	2.5	Total: 10	2.5	Total: 6	3.2	Total: 7	3	Total: 6	2.2	Total: 10	2.4			Total -90	2.7	

ANEXO B

Cronograma das atividades realizadas durante o Estágio

Mês	Atividades realizadas
Outubro de 2013	Observação participante no DPSM e no HD Início da execução do Manual de Avaliação e Intervenção na EM Elaboração do Projeto de Investigação
Novembro de 2013	Observação participante no DPSM e no HD Realização de Formação em Serviço Entrega do Projeto de Investigação
Dezembro de 2013	Observação participante no DPSM e no HD Entrega do Manual de Avaliação e Intervenção (para o utente e para o terapeuta) na EM
Janeiro de 2014	Início da atividade clínica
Fevereiro de 2014	Início da recolha de dados para a Investigação
Março de 2014	Atividade clínica em casos diversificados
Abril de 2014	Atividade clínica em casos diversificados Início de grupo de Estimulação da Atenção
Mai de 2014	Atividade clínica em casos diversificados Conclusão da recolha de dados para a investigação
Junho de 2014	Atividade clínica em casos diversificados Início de grupo de Reabilitação Neuropsicológica
Julho de 2014	Atividade clínica em casos diversificados
Agosto de 2014	Atividade clínica em casos diversificados Conclusão do grupo de Estimulação da Atenção Elaboração de Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry
Setembro de 2014	Atividade clínica em casos diversificados Conclusão do grupo de Reabilitação Neuropsicológica
Outubro de 2014	Atividade clínica em casos diversificados Início da aplicação do protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry
Novembro de 2014	Atividade clínica em casos diversificados Apresentação de poster da Investigação no I Simpósio Europeu de Neuropsicologia Apresentação de poster relativo a caso clínico acompanhado no X Congresso Nacional de Psiquiatria
Dezembro de 2014	Atividade clínica em casos diversificados

ANEXO C

Fundamentação:

A Esclerose Múltipla (EM) é das doenças neurológicas mais comuns, representando custos elevados no nosso país. A combinação de sintomas é variável, resultando em diferentes apresentações da doença. Cerca de 95% dos pacientes com EM apresentam sintomas neuropsiquiátricos. Podem ser consideradas duas categorias: alterações cognitivas e alterações do humor, afeto e comportamento. Estes sintomas refletem-se na adesão terapêutica, verificando-se que os pacientes com perturbação de humor e ansiedade, traços de neuroticismo e défices mnésicos apresentam pior adesão terapêutica.

A depressão apresenta uma prevalência de 50% nesta doença e pode ser considerada quer uma complicação, quer um sintoma, sendo os sintomas depressivos mais comuns num período mais avançado da doença em que as estratégias de coping começam a declinar. Constatando-se menor propensão para a adoção de estilos de coping positivos em participantes com comprometimento da atenção sustentada e de alguns aspetos do funcionamento executivo.

Os pacientes com EM apresentam elevado neuroticismo e reduzida empatia, agradabilidade e conscienciosidade, comparativamente com controlos normais. Estas alterações estão em consonância com as oscilações de humor associadas à euforia, considerada um transtorno afetivo primário na EM. Os traços de personalidade relacionaram-se com o desempenho em testes de avaliação do controlo executivo, sugerindo um síndrome do lobo frontal.

Cerca de 10% dos pacientes com EM apresentam diferentes graus de severidade de afeto pseudobulbar (episódios incontroláveis de riso, choro ou de ambos, que podem ocorrer sem estimulação desencadeante ou na sequência de um estímulo que, anteriormente ao desenvolvimento da patologia não causaria nenhuma destas manifestações), tendo maior comprometimento cognitivo do que aqueles que não sofrem deste síndrome

As alterações do sono são mais comuns na EM do que na população geral e podem mascarar a fadiga. A fadiga é o sintoma mais comum e menos tangível.

Neste sentido, é fundamental o desenvolvimento de programas de intervenção breves não só para fomentar a adesão terapêutica, o que permite reduzir os custos, como também, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A Educação Terapêutica (ET) deve ser parte integrante dos programas de intervenção na EM, pois permite melhorar a qualidade de vida em pacientes com doenças crónicas e controlar os custos de saúde. Preconiza a aquisição de conhecimentos e competências por parte destes, no sentido da maior autonomia. Para melhorar o impacto médico-económico pode ser complementada por Reabilitação Neuropsicológica (RN). Os pacientes com EM são bons candidatos para a RN e apesar de não existir um protocolo definido, o treino cognitivo é melhor do que qualquer intervenção para as pessoas com EM. Com este programa integrado de avaliação, ET e RN na EM pretendemos: ajudar os pacientes a melhorarem o seu conhecimento acerca da doença e dos principais sintomas, bem como a sua auto-eficácia na gestão dos mesmos.

Objectivos Gerais:

Abordar a EM numa perspetiva neuropsiquiátrica
Expor a importância da Educação Terapêutica e da Reabilitação Neuropsicológica na Esclerose Múltipla
Demonstrar o papel da Neuropsicologia na Esclerose Múltipla

Objectivos Específicos:

Propor aos pacientes a oportunidade de melhorarem o seu conhecimento acerca da doença e dos principais sintomas, bem como a sua auto-eficácia na gestão dos mesmos
Implementar um programa de intervenção breve na Esclerose Múltipla

Resultados Esperados:

Espera-se informar o Departamento acerca do projeto de intervenção breve na Esclerose Múltipla, como também sensibilizar para a importância da abordagem neuropsiquiátrica e intervenção nesta patologia
Estabelecer rotinas de avaliação neuropsicológica e intervenção na Esclerose Múltipla

Estratégias:

Discussão sobre as temáticas abordadas
Partilha de experiências sobre a patologia

Metodologia:

Expositivo
Demonstrativo

Avaliação:

Questionário de Avaliação do Formando

Formador(es):

Joana Pinto - Estagiária de Neuropsicologia Clínica no Centro Hospitalar do Alto Ave
Dra Gerly Gonçalves - Psicóloga Clínica no Centro Hospitalar do Alto Ave
Dra Emanuela Lopes - Diretora de Psicologia no Centro Hospitalar do Alto Ave

Destinatários:

Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Dia

Local:

18/11/13 - Piso 6

Conteúdo Programático:

Esclerose Múltipla no contexto português (epidemiologia e custos de saúde)
Sintomas Neuropsiquiátricos
Fadiga
Alterações Neuropsicológicas na Esclerose Múltipla
Educação Terapêutica
Reabilitação Neuropsicológica na Esclerose Múltipla
Objetivos da intervenção
Participantes
Avaliação dos participantes
Intervenção

Horário:

18/11/13 - 14:00 - 15:30

Nota: utilize as folhas que forem necessárias

Bibliografia

- Achiron, A. & Barak, Y. (2003). Cognitive impairment in probable multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*. 74, 443-446
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., et al. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25(2): 59-66
- Araújo, M.M. (2013). Avaliação da Qualidade de Vida em Doentes com Esclerose Múltipla através da Adaptação do Questionário Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 para Língua Portuguesa. [Tese de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior
- Aksoy, S., Timer, E., Mumcu, S., et al. (2013). Screening for Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis with MOCA Test. *Turkish Journal of Neurology*.19: 52-55. DOI:10.4274/Tnd.86570
- Beatty, W. W., & Monson, N. (1996). Problem solving by patients with Multiple Sclerosis: Comparison of performance on the Wisconsin and California Card Sorting tests. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2, 134–140
- Benedict, R. H., Priore, R. L., Miller, et al. (2001). Personality Disorder in Multiple Sclerosis Correlates with Cognitive Impairment. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 13, 70-76
- Benedict, R. H., Carone, D. A. & Bakshi, R. (2004). Correlating Brain Atrophy With Cognitive Dysfunction, Mood Disturbances, and Personality Disorder in Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroimaging*. 14 (3). 36s-45s
- Benedict, R. H., Hussein, S. & Englert, J., et al. (2008). Cortical atrophy and personality in multiple sclerosis. *Neuropsychology*. 22 (4), 432-441
- Brass, S. D., Duquette, P., Proulx-Therrien, J. & Auerbach, S. (2010). Sleep disorders in patients with multiple sclerosis. *Sleep Medicine Reviews*. 14, 121–129. doi: 10.1016/j.smrv.2009.07.005
- Béthoux, F. (2006). Fatigue and multiple sclerosis. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 49: 355–360. doi:10.1016/j.annrmp.2006.04.022
- Bruce, J. M., Hancock, L. M., Arnett, P. & Lynch, S. (2010). Treatment adherence in multiple sclerosis: association with emotional status, personality, and cognition. *J Behav Med*. 33, 219–227.
- Carnero-Pardo, C., Montoro-Ríos, M.T. (2004). Test de las fotos. *Rev Neurol*. 39(9): 801-6
- Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel-Navarro L, et al. Estudio normativo y de fiabilidad del Fototest. *Neurología*. 2011; 26(1): 20-25
- Díaz-Olavarrieta, C., Cummings, J. L., Velazquez, J., Cadena, C. G. (1999). Neuropsychiatric Manifestations of Multiple Sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 11, 51–57
- Drake MA, Carra A, Allegri RF, Luetic G. (2006). Differential patterns of memory performance in relapsing, remitting and secondary progressive multiple sclerosis. *Neurology India*.54:370-6

- Drew, M., Tippett, L. J., Starkey, N. J. & Isler, R. B. (2008). Executive dysfunction and cognitive impairment in a large community-based sample with Multiple Sclerosis from New Zealand: A descriptive study. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 23, 1–19. doi:10.1016/j.acn.2007.09.005
- Feinstein, A. (2006). Mood disorders in multiple sclerosis and the effects on cognition. *Journal of the Neurological Sciences*. 245, 63 – 66. doi:10.1016/j.jns.2005.08.020
- Feinstein, A. (2007). *The Clinical Neuropsychiatry of Multiple Sclerosis*. Cambridge University Press: New York
- Fendrick, S. (2009). Cognitive Rehabilitation for individuals with multiple sclerosis does not have defined treatment protocols but the current literature expresses that treatment does show improvement. *Physical Function*. 1-13.
- Foong, J., et al. (1997). Executive function in multiple sclerosis The role of frontal lobe pathology. *Brain*. 120, 15–26
- Figved, N., Klevan, G., Myhr, K. M., Glad, S., Nyland, H., Larsen, J. P., Harboe, E., Omdal, R., Aarsland, D. (2005). Neuropsychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 112(6), 463-468.
- Fishman, I., Benedict, R. H., Bakshi, R., Priore, R., Weinstock-Guttman, B. (2004). Construct Validity and Frequency of Euphoria Sclerotica in Multiple Sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 16, 350–356
- Fragoso, Y. D., Silva, E. O. & Finkelsztejn, A. (2009). Correlation between Fatigue and Self-esteem in patients with Multiple Sclerosis. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 67(3): 818-821
- Freeman, J. A., Porter, B. & Thompson, A. J. (2008). Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2008; 14(2): 63–75. doi: 10.1310/sci1402-63
- Garriga, J. S., Alonso, J., Renom, M., et al. (2010). A functional magnetic resonance proof of concept pilot trial of cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 17 (4):457-467. DOI: 10.1177/1352458510389219
- Gélis, A., et al. (2011). Therapeutic education in persons with spinal cord injury: A review of the literature. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 54, 189–210. doi:10.1016/j.rehab.2011.03.004
- Giordano, A., Granella, F., Lugaresi, A., et al. (2011). Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences*. 307, 86–91. doi:10.1016/j.jns.2011.05.008
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., et al. (2010). Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 112, 127–130. doi:10.1016/j.clineuro.2009.10.019
- Grant, I., McDonald, W., Trimble, M. R., Smith, E. & Reed, R. (1984). Deficient learning and memory in early and middle phases of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 47:250-255

- Paparrigopoulos, T., Ferentinos, P., Kouzoupis, A., Koutsis, G. & Papadimitriou, G. N. (2010). The neuropsychiatry of multiple sclerosis: Focus on disorders of mood, affect and behaviour. *International Review of Psychiatry*. 22(1), 14–21. DOI: 10.3109/09540261003589323
- Parvizi, J., Anderson, S. W., Martin, C. O., Damasio, H. & Damasio, A. R. (2001). Pathological laughter and crying: a link to the cerebellum. *Brain*. 124, 1708-1719
- Pereira, M. G., Duarte, S. (2010). Fadiga intensa em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico: estudo das características psicométricas da Escala de Intensidade da Fadiga. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 11 (1): 121-136
- Piras, M. R., et al. (2003). Longitudinal study of cognitive dysfunction in multiple sclerosis: neuropsychological, neuroradiological, and neurophysiological findings. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*. 74:878–885
- Sá, M. J. (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 110, 868–877. doi:10.1016/j.clineuro.2007.10.001
- Siebert, R. J. & Abernethy, D. A. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*. 76, 469–475. doi: 10.1136/jnnp.2004.05463
- Shevil, E., Finlayson, M. (2010). Pilot study of a cognitive intervention program for persons with multiple sclerosis. *Health Education Research*. 25 (1): 41-53. doi:10.1093/her/cyp037
- Simioni, S., Ruffieux, C., Bruggimann, L., Annoni, J. M. & Schlupe, M. (2007). Cognition, mood and fatigue in patients in the early stage of multiple sclerosis. *Swiss Medical Wkly*. 137:496–501
- Sousa, C. & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade Psicológica e Representações da Doença em Pacientes com Esclerose Múltipla: Estudo de Validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia: Saúde e Doenças*. 9 (2), 1-14
- Stempleman, L. M., Jump, R., Shelton, S. F. & Hughes, M.D. (2009). Psychological Consultation Services at a Multiple Sclerosis Clinic: A Programmatic Example. *International Journal MS Care*. 11, 180–186.
- Thornton, A. E., Defreitas, V. G. (2009). The Neuropsychology of Multiple Sclerosis. In Grant, I., Adams, K. M. (Eds), *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders* (280-305). New York: Oxford
- Vleugels, L., et al. (2000). Visuo-perceptual impairment in multiple sclerosis patients diagnosed with neuropsychological tasks. *Multiple Sclerosis*. 6 (4): 241-254
- Wlodyka, S. D., Donze, C., Givron, P. & Gallien, P. (2011). Self care programs and multiple sclerosis: Physical therapeutics treatment - literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 54, 109–128. doi:10.1016/j.rehab.2011.01.003
- World Health Organization. (1998) Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization. (2006). Neurological disorders public health challenges
- World Health Organization. (2008). Atlas Multiple Sclerosis Resources in The World
- Ytterberg, C., Lundqvist, S. & Johansson, S. (2013). Use of health services in people with multiple sclerosis with and without depressive symptoms: a two-year prospective study. *Health Services Research*. 13:365, 1-7
- Zakzanis, K.K. (2000). Distinct Neurocognitive Profiles in Multiple Sclerosis Subtypes. *Archives*

ANEXO D

Utilidade do Fototest na Avaliação Neurocognitiva da Esclerose Múltipla

Joana Pinto^{1,2}, Gerly Gonçalves¹, Odete Rodrigues¹, Carnero-Pardo^{3,4}, Bruno Peixoto⁵

1 - Centro Hospitalar do Alto Ave

2 - *Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde*, Gandra, Portugal

3 - Cognitive Behavioral Neurology Unit of the *Hospital Universitario Virgen de las Nieves*, Granada, Spain

4 - FIDYAN Neurocenter, Granada, Spain

5 - Sciences Department of the *Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte (CESPU)*, Gandra, Portugal

Índice

Resumo.....	Pág.4
Introdução.....	Pág.5-6
Objetivos.....	Pág.7
Métodos.....	Pág.8-11
Resultados Esperados.....	Pág.12
Cronograma.....	Pág.13
Bibliografia.....	Pág.14-17

Índice de Abreviaturas

EM - Esclerose Múltipla

FSS - Escala de Severidade de Fadiga

IB - Índice de Barthel

MoCa - *Montreal Cognitive Assessment*

Resumo

A Esclerose Múltipla (EM) é das doenças neurológicas mais comuns. Estima-se que haja pelo menos 5000 pessoas com EM em Portugal, representando custos elevados no nosso país. A disfunção cognitiva consiste num marcador clínico da EM, sendo que cerca de metade dos pacientes apresentam algum grau de comprometimento cognitivo. O principal objetivo deste projeto consiste em testar a utilidade do Fototest na avaliação neurocognitiva de doentes com EM. O Fototest é um teste breve que se tem revelado sensível, específico e com boa relação custo-eficácia na deteção de deterioração cognitiva. O Fototest será aplicado a 60 pacientes com EM e a 60 acompanhantes de pacientes com EM. Também será utilizado o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa) para garantirmos que o grupo de controlo se encontra completamente incólume. A funcionalidade para as atividades da vida diária no grupo clínico será avaliada através do Índice de Barthel e a fadiga através da Escala de Severidade de Fadiga. Serão calculados indicadores psicométricos (sensibilidade, especificidade e validade concorrente) com o MoCa. Esperamos que o Fototest seja sensível e específico na avaliação neurocognitiva de pacientes com EM. Conjeturamos, ainda, que o Fototest apresente uma correlação moderada a elevada com o MoCa e com variáveis sociodemográficas da doença. Caso estes resultados se verifiquem, o Fototest constituirá um teste útil, dada a sua boa relação custo-eficácia e será recomendado no contexto da EM.

Palavras-chave: avaliação neurocognitiva, Esclerose Múltipla, Fototest, *Montreal Cognitive Assessment*, Índice de Barthel, Escala de Severidade da Fadiga

Introdução

A EM é das doenças neurológicas mais comuns [1] estima-se que haja pelo menos 5000 pessoas com EM em Portugal. Representando custos elevados no nosso país [2] Nos países ocidentais, constitui a causa não traumática de incapacidade mais frequente no adulto jovem [1]. Resulta da interação de fatores genéticos e ambientais [1]. A frequência aumenta com a distância do equador nos dois hemisférios e é mais comum no sexo feminino do que no sexo masculino. Surge por volta dos 30 anos de idade, quando as pessoas estão economicamente ativas [3].

Os padrões típicos de progressão da EM são: recidivante/remitente, primária progressiva e secundária progressiva [1]. A combinação de sintomas é variável, resultando em diferentes apresentações da doença [4]. Dentro dos principais sintomas destacam-se: a fadiga e a disfunção cognitiva [3,5]. A disfunção cognitiva é considerada um marcador clínico da EM [6]. Sendo que, cerca de metade dos pacientes com EM apresentam disfunção cognitiva [7]. Mesmo na fase inicial da doença, têm um risco acrescido de disfunção cognitiva. No entanto, devido aos custos, consumo de tempo e focalização nas deficiências físicas, estas alterações não são avaliadas por rotina [8].

O funcionamento intelectual geral encontra-se preservado na maioria dos pacientes [9], apesar do comprometimento significativo na inteligência fluida (avaliada através das Matrizes Progressivas de Raven) [10].

A velocidade de processamento de informação visual e auditiva e a fluência verbal são as áreas cognitivas mais precocemente afetadas [6,7]. A diminuição da velocidade de processamento de informação prejudica a codificação da memória de trabalho [11,12].

Com a progressão da doença os pacientes apresentam défices na memória, nomeadamente na codificação, organização semântica [13], evocação e recordação tardia [7,14]. Na recordação tardia de histórias revelam vários erros de confabulação, consistentes com a disfunção do lobo frontal [13], região mais suscetível a atrofia e a alterações cognitivas na EM [15]. Para além disso apresentam défices: na memória de trabalho [6,12,14] na memória de trabalho espacial [16], na memória verbal e visual a longo prazo [17], na memória não verbal [18], na memória visuoespacial de curto e de

longo-prazo [19] e na memória auto-biográfica (sobretudo da componente semântica e, em estágios mais avançados da componente episódica) [10].

Também revelam défices na atenção dividida, na atenção sustentada [20] e na atenção focalizada [10]. As alterações ao nível da linguagem não são comuns [10].

No que concerne ao funcionamento executivo, apresentam comprometimento na capacidade de resolução de problemas [9,19,21], no raciocínio abstrato [19] no planeamento, na organização, na mudança de regra, na inibição, na fluência verbal [9,16], nas tarefas de Stroop, na estimativa cognitiva, no span espacial e na utilização de estratégias [16].

Apresentam, ainda, alterações nas capacidades visuoperceptivas [22], sobretudo em tarefas de discriminação da cor e de perceção da ilusão de Muller-Lyer; e nas capacidades visuoespaciais. Destacando-se os défices na integração visuoespacial, discriminação visual e nas tarefas complexas de reconhecimento facial [10].

Os défices ao nível das funções executivas e visuoespaciais são mais prevalentes do que os défices na linguagem e na inteligência geral [6].

A hipótese da reserva cognitiva na EM é apoiada por alguns autores [23], verificando que o enriquecimento intelectual protege contra o declínio neurocognitivo que surge na doença. Deste modo, não existe uma relação direta entre a severidade da EM e alterações cognitivas [23,24].

A performance cognitiva dos pacientes é influenciada pela comorbilidade com depressão e fadiga (que se reflete, sobretudo, na velocidade de processamento e na atenção sustentada) [25,26].

A avaliação cognitiva dos pacientes com EM tem os seguintes benefícios: deteção precoce do comprometimento cognitivo, intervenção terapêutica para prevenir o declínio e reduzir o impacto dos défices na vida dos pacientes. No entanto, esta avaliação não é realizada por rotina pela falta de ferramentas sensíveis, simples, fáceis de administrar e interpretar e com uma boa relação custo-eficácia [25]

Objetivos

Os pacientes com EM, mesmo na fase inicial da doença, têm um risco acrescido de disfunção cognitiva. No entanto, estas alterações não são avaliadas por rotina. Tendo presente que a avaliação neurocognitiva da EM constitui uma prioridade, dadas as elevadas taxas de prevalência de alterações cognitivas, é fundamental a utilização de uma medida de avaliação neurocognitiva breve.

O Fototest é um teste breve (3 minutos), tendo-se revelado sensível, específico e com boa relação custo-eficácia na deteção da deterioração cognitiva em contexto de Défice Cognitivo Ligeiro. Não há qualquer tipo de estudo com este teste em outros contextos clínicos. Dadas as características clínicas da EM, pretendemos testar se o Fototest é útil na avaliação neurocognitiva breve de doentes com EM.

Pretendemos, igualmente, estabelecer a validade discriminativa do Fototest para o diagnóstico de alterações neurocognitivas na EM. Determinar a sensibilidade e especificidade de diferentes pontos de corte do Fototest em contexto de EM. Determinar a validade concorrente do Fototest recorrendo a outro teste neuropsicológico mais extenso. Determinar a sensibilidade do Fototest a variáveis próprias da EM tais como: fadiga, incapacidade, tipo de EM e anos da patologia.

Métodos

Amostra

A amostra será constituída por um grupo de 60 participantes com Esclerose Múltipla e por um grupo de controlo formado por 60 acompanhantes de pacientes com EM de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade e idade superior a 18 anos

As variáveis sociodemográficas analisadas serão: a idade, o sexo e os anos de escolaridade.

As variáveis clínicas analisadas serão: o tipo de EM, a severidade da fadiga, os anos de patologia e a medicação.

São considerados elegíveis: os pacientes diagnosticados com EM, com 18 anos ou mais.

Indivíduos com história prévia de doenças neuropsiquiátricas ou sistémicas suscetíveis de interferir diretamente no funcionamento cognitivo serão excluídos. O abuso de álcool e drogas, o analfabetismo e alterações sensório-perceptivas não corrigidas constituirão, igualmente, critérios de exclusão.

No grupo de controlo, indivíduos com resultados iguais ou inferiores a um desvio padrão no MoCa serão excluídos.

Instrumentos

Fototest

O Fototest (www.fototest.es) é um teste cognitivo breve (< 3 minutos), fácil de administrar e avalia vários domínios cognitivos (linguagem, memória episódica e fluência verbal) [27,28].

Compreende três partes: uma tarefa de nomeação com seis fotografias a cores de objetos comuns; uma tarefa de fluência verbal categórica, em que os participantes devem evocar nomes masculinos e femininos; e uma tarefa de recordação livre e com ajuda dos seis objetos usados na tarefa de nomeação. Este teste foi desenvolvido em Espanha e tem provado uma grande precisão e eficácia no contexto de comprometimento cognitivo, mesmo quando comparado com testes mais tradicionais de *screening*, como o *Mini Mental State Examination* [27,28] ou o *Memory Alteration Test* [29]. Foi

demonstrado que o ponto de corte de 28 oferece uma validade discriminativa satisfatória para o comprometimento cognitivo [30] e também tem uma boa confiabilidade teste-reteste e inter-observadores [31]. Com base nos preços públicos e contas hospitalares, o Fototest revelou-se como uma opção menos dispendiosa em comparação com outros testes de rastreio [29,30]. Para além disso, devido ao facto de a leitura não ser necessária e de não haver tarefas de lápis e papel, pode ser utilizado com indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade [27].

No estudo normativo [31] para a população espanhola os resultados no Fototest são normalmente distribuídos e não são influenciados pelo sexo ou nível educacional, mas são dependentes da idade.

Montreal Cognitive Assessment

O *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) consiste num instrumento de triagem cognitiva que avalia as funções executivas, as habilidades visuoespaciais, a linguagem, a atenção e concentração, o raciocínio abstrato, a memória e a orientação. Este teste revelou-se útil na triagem de comprometimento cognitivo em pacientes com Esclerose Múltipla, dado que avalia os domínios mais frequentemente afetados na EM (memória, atenção, funções executivas e processamento de informação) [32].

Escala de Severidade da Fadiga

A Escala de Severidade da Fadiga (FSS) é uma escala de auto-relato que avalia a perceção dos níveis de fadiga na EM em diversas situações (funcionamento físico, exercício, trabalho, família ou vida social). Apresenta boas qualidades psicométricas para a avaliação da perceção de fadiga, tendo revelado uma ótima validade de constructo [33].

Índice de Barthel

O Índice de Barthel (IB) constitui um instrumento de avaliação da capacidade funcional para a realização de atividades da vida diária. Avalia 10 atividades: comer, a higiene pessoal, o uso dos sanitários, o tomar banho, o vestir e despir, o controlo dos esfíncteres, o deambular, a transferência da cadeira para a cama e, por fim, o subir e descer escadas. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas para a avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária na população portuguesa [34].

Procedimentos

Os doentes serão recrutados em contexto do Hospital de Dia e no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Não sendo, por isso, necessário solicitar a sua para o estudo. Antes da recolha de dados solicitaremos aos participantes o preenchimento de um consentimento informado (anexo), no qual explicamos os procedimentos da investigação e reforçamos o carácter confidencial da mesma. Todos os indivíduos serão avaliados com o Fototest e o MoCa num só momento de avaliação. O MoCa será usado para assegurar que o grupo de controlo se encontra completamente incólume. O IB e a FSS serão apenas aplicados ao grupo clínico. Sendo que, a avaliação neuropsicológica terá a duração aproximada de catorze minutos. A avaliação neuropsicológica será efetuada em sala fechada. As escalas serão aplicadas de forma alternada para reduzir o efeito do cansaço

Os dados recolhidos serão codificados e após serem inseridos em base de dados serão anonimizados, garantido a confidencialidade

Análise de dados

Para a análise dos resultados do estudo será utilizado o software estatístico SPSS, versão 21.0. Um valor de $p < .05$ será considerado estatisticamente significativo.

Utilizaremos estatística descritiva (tendência central e de desvio) para analisar as características da amostra e dos resultados obtidos. A comparação do desempenho nos testes entre grupos, será efetuada através do teste *t* de *Student*. A sensibilidade e a especificidade do Fototest, será determinada através de uma curva *Receiver Operating* (ROC). A validade concorrente entre o Fototest e o MoCa, será determinada através do coeficiente de correlação de Pearson.

Resultados esperados

Esperamos que o Fototest se apresente como um instrumento útil na avaliação neurocognitiva de pacientes com EM.

Esperamos que os resultados do grupo com EM sejam significativamente inferiores aos obtidos pelo grupo de controlo. Obter uma área sobre a curva significativa. Esperamos que sejamos capazes de deter um ponto de corte com valores de especificidade e sensibilidade acima de 80%. Para além disso, conjecturamos que o Fototest apresente correlação moderada a elevada com o MoCa e com variáveis sociodemográficas da doença (duração da doença/ incapacidade/ fadiga/ tipo de EM).

O Fototest pode mostrar-se crucial para um julgamento clínico breve na EM, possibilitando recomendações para ações futuras, caso estes resultado se verifiquem. Contribuindo, em última instância, para o estabelecimento de rotinas de avaliação neurocognitiva dos doentes com EM, dada a sua boa relação custo-eficácia que esperamos mostrar. Assim, a realização desta investigação pode proporcionar múltiplas investigações futuras acerca da adequabilidade do Fototest como medida de eficácia de programas de reabilitação neuropsicológica.

Bibliografia

- [1] World Health Organization. Neurological disorders public health challenges (2006).
- [2] Machado A, Valente F, Reis M, et al. Esclerose Múltipla: Implicações Sócio-Económicas. *Acta Médica Portuguesa*. 2010; 23: 631-640
- [3] World Health Organization. Atlas Multiple Sclerosis Resources in The World (2008)
- [4] Freeman JA, Porter B, Thompson AJ. Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2008; 14(2): 63–75. doi: 10.1310/sci1402-63
- [5] Ko CK. Effectiveness of rehabilitation for multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*. 1999; 13: 33-41. DOI: 10.1191/026921599669648143
- [6] Nocentini U, Pasqualetti P, Bonavita S, et al. Cognitive dysfunction in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 2006; 12: 77-87
- [7] Achiron A, Polliack M, Rao S, et al. Cognitive patterns and progression in multiple sclerosis: construction and validation of percentile curves. *J J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76: 744–749. doi: 10.1136/jnnp.2004.045518
- [8] Messinis L, Kosmidis MH, Lyros E, et al. Assessment and rehabilitation of cognitive impairment in multiple sclerosis. *International Review of Psychiatry*. 2010; 22 (1): 22–34. DOI: 10.3109/09540261003589372
- [9] Drew M, Tippett LJ, Starkey NJ, et al. Executive dysfunction and cognitive impairment in a large community-based sample with Multiple Sclerosis from New Zealand: A descriptive study. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2008; 23: 1–19. doi:10.1016/j.acn.2007.09.005
- [10] Thornton AE, Defreitas VG. (2009). The Neuropsychology of Multiple Sclerosis. In Grant, I., Adams, K. M. (Eds), *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders* (280-305). New York: Oxford
- [11] Demaree HA, DeLuca J, Gaudino EA, et al. Speed of information processing as a key deficit in multiple sclerosis: implications for rehabilitation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999; 67: 661–663

- [12] Lengenfelder J, Bryant D, Diamond BJ, et al. Processing speed interacts with working memory efficiency in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2006; 21: 229–238. doi: 10.1016/j.acn.2005.12.001
- [13] Drake MA, Carra A, Allegri RF, et al. Differential patterns of memory performance in relapsing, remitting and secondary progressive multiple sclerosis. *Neurol India*. 2006; 54: 370-6
- [14] Zakzanis KK. Distinct Neurocognitive Profiles in Multiple Sclerosis Subtypes. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2000; 15(2): 115–136
- [15] Benedict RH, Bakshi R, Simon JH, et al. Frontal Cortex Atrophy Predicts Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*. 2002; 14(1): 44-51
- [16] Foong J, Rozewicz L, Quaghebeur G, et al. Executive function in multiple sclerosis: The role of frontal lobe pathology. *Brain*. 1997; 120: 15–26
- [17] Andrade VM, Bueno OF, Oliveira MG, et al. Cognitive profile of patients with relapsing remitting multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(3-B): 775-783
- [18] Grant I, McDonald W, Trimble MR, et al. Deficient learning and memory in early and middle phases of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1984; 47: 250-255
- [19] Piras MR, Magnano I, Canu ED, et al. Longitudinal study of cognitive dysfunction in multiple sclerosis: neuropsychological, neuroradiological, and neurophysiological findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003; 74: 878–885
- [20] McCarthy M, Beaumont JG, Thompson R, et al. Modality-specific aspects of sustained and divided attentional performance in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2005; 20: 705–718. doi:10.1016/j.acn.2005.04.007
- [21] Beatty WW, Monson N. Problem solving by patients with Multiple Sclerosis: Comparison of performance on the Wisconsin and California Card Sorting tests. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 1996; 2: 134–140.
- [22] Vleugels L, Lafosse C, Nunen A, et al. (2000). Visuo-perceptual impairment in multiple sclerosis patients diagnosed with neuropsychological tasks. *Mult Scler*. 2000; 6 (4): 241-254

- [23] Sumowski JF, Wylie GR, DeLuca J, et al. Intellectual enrichment is linked to cerebral efficiency in multiple sclerosis: functional magnetic resonance imaging evidence for cognitive reserve. *Brain*. 2010; 133: 362-374. doi:10.1093/brain/awp307
- [24] Sumowski JF, Wylie GR, Chiaravalloti N, et al. Intellectual enrichment lessens the effect of brain atrophy on learning and memory in multiple sclerosis. *Neurology*. 2010; 74: 1942-1945
- [25] Patti F. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2009; 15: 2–8
- [26] Simioni S, Ruffieux C, Bruggimann L. Cognition, mood and fatigue in patients in the early stage of multiple sclerosis. *Swiss Med Wiss*. 2007; 137: 496–501
- [27] Carnero-Pardo C, Espejo-Martinez B, Lopez-Alcalde S, et al. Effectiveness and costs of Phototest in dementia and cognitive impairment screening. *BMC Neurology*. 2011; 11(1): 92.
- [28] Carnero-Pardo C, Montoro-Ríos MT. Test de las fotos. *Rev Neurol*. 2004; 39(9): 801-6.
- [29] Carnero-Pardo C, Espejo-Martinez B, Lopez-Alcalde S, et al. Diagnostic accuracy, effectiveness and cost for cognitive impairment and dementia screening of three short cognitive tests applicable to illiterates. *PloS one*. 2011, 6(11): e27069
- [30] Carnero-Pardo C, Saez-Zea C, Montiel Navarro L, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología*. 2007; 22(10): 860-869
- [31] Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel-Navarro L, et al. Estudio normativo y de fiabilidad del Fototest. *Neurología*. 2011; 26(1): 20-25.
- [32] Aksoy S, Timer E, Mumcu S, et al. Screening for Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis with MOCA Test. *Turkish Journal of Neurology*. 2013; 19: 52-55. DOI:10.4274/Tnd.86570
- [33] Pereira MG, Duarte S. Fadiga intensa em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico: estudo das características psicométricas da Escala de Intensidade da Fadiga. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2010; 11(1): 121-136
- [34] Araújo F, Ribeiro JL, Oliveira A, et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007; 25(2): 59-66

ANEXO E

Programa Breve de Intervenção na Esclerose Múltipla

Joana Pinto^{1,2}, Gerly Gonçalves¹, Luís Monteiro ³

1 - Centro Hospitalar do Alto Ave

2 - *Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e
Tecnologias da Saúde*, Gandra, Portugal

3 - Sciences Department of the *Instituto Superior de Ciências da Saúde-
Norte* (CESPU), Gandra, Portugal

Índice

Resumo.....Pág.4

Introdução.....Pág.5-6

Objetivos.....Pág.7

Métodos.....Pág.8-13

Resultados Esperados.....Pág.14

Cronograma.....Pág.15

Bibliografia.....Pág.16-19

Índice de Abreviaturas

EM - Esclerose Múltipla

ET - Educação Terapêutica

FSS - Escala de Severidade de Fadiga

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IB - Índice de Barthel

MoCa - *Montreal Cognitive Assessment*

MSQOL-54 - *Multiple Sclerosis Quality of Life - 54*

RN - Reabilitação Neuropsicológica

Resumo

A Esclerose Múltipla (EM) é das doenças neurológicas mais comuns, representando custos elevados no nosso país. Neste sentido, é fundamental o desenvolvimento de programas de intervenção breves. A Educação Terapêutica (ET) deve ser parte integrante dos programas de intervenção na EM, pois permite melhorar a qualidade de vida em pacientes com doenças crónicas e controlar os custos de saúde. Para melhorar o impacto médico-económico pode ser complementada por Reabilitação Neuropsicológica (RN). Os pacientes com EM são bons candidatos para a RN e apesar de não existir um protocolo definido, o treino cognitivo é melhor do que qualquer intervenção para as pessoas com EM. O objetivo principal deste estudo consiste em compreender de que forma um programa de intervenção breve (5 sessões de ET e 5 sessões de RN) contribuiu para a melhoria da qualidade de vida e do funcionamento cognitivo na EM.

A amostra será constituída por 16 pacientes com EM Recidivante-Remitente aleatoriamente distribuídos por 2 grupos. O grupo clínico experimental participará no programa de ET e RN e o grupo clínico de controlo receberá um programa de contacto de 5 sessões. Todos os participantes serão avaliados com o Índice de Barthel (IB), a Escala de Severidade da Fadiga (FSS), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa), o Fototest e com a *Multiple Sclerosis Quality of Life - 54* (MSQOL-54) na linha de base e no fim do programa.

Esperamos que o grupo clínico experimental apresente maior qualidade de vida e melhor *performance* cognitiva, do que o grupo clínico de controlo após a intervenção. Caso estes resultados se verifiquem, o Programa de Intervenção breve na EM será recomendado no contexto da EM.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla, Educação Terapêutica, Reabilitação Neuropsicológica, Índice de Barthel, Escala de Severidade da Fadiga, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Montreal Cognitive Assessment*, Fototest, *Multiple Sclerosis Quality of Life - 54*

Introdução

A Esclerose Múltipla (EM) é das doenças neurológicas mais comuns [1], estima-se que haja pelo menos 5000 pessoas com EM em Portugal. Representando custos elevados no nosso país [2]. A combinação de sintomas é variável, resultando em diferentes apresentações da doença [3]. Dentro dos principais sintomas destacam-se: a fadiga e a disfunção cognitiva, a ansiedade e depressão [4,5]. A fadiga é o sintoma mais comum e menos tangível, podendo conduzir à alienação, isolamento na sociedade [6] e a uma baixa auto-estima [7]. Neste sentido, é fundamental a intervenção para dotar os pacientes de capacidades de auto-gestão da energia e, assim, melhorar a qualidade de vida [8,9]. A depressão constitui o problema psicopatológico mais frequentemente apresentado pelos pacientes com EM que procuram a consulta psicológica [10] e apresenta uma prevalência de 50% nesta doença [11]. A *performance* cognitiva dos pacientes é influenciada pela comorbilidade com a fadiga e a depressão, que se refletem, na velocidade de processamento e na atenção sustentada e na memória, respetivamente [12,13].

A disfunção cognitiva é considerada um marcador clínico da EM [14]. Cerca de metade dos pacientes com EM apresentam disfunção cognitiva [15]. As alterações cognitivas são multidimensionais e refletem-se, principalmente nos seguintes domínios: velocidade de processamento e memória de trabalho, aprendizagem e memória, funcionamento executivo, processamento visuoespacial, fluência verbal [16], atenção (dividida, sustentada [17] e focalizada [18]).

A ET deve ser parte integrante dos programas de intervenção na EM [19]. Tem um impacto de 50-80% nos resultados de saúde dos pacientes [20]. Preconiza a aquisição de conhecimentos e competências por parte destes, no sentido da maior autonomia. Permite melhorar a qualidade de vida em pacientes com doenças crónicas e controlar os custos de saúde. As principais áreas de interesse na EM são: o conhecimento dos pacientes, os comportamentos de saúde, a independência funcional, a qualidade de vida, dimensões psicológicas como a capacidade para resolver problemas [21] e a gestão da fadiga [6,22]. Deve ser realizado um trabalho complementar ao programa educativo, no

sentido de melhorar o impacto médico-económico [19]. Assim, nesta investigação será complementada por RN. Os pacientes com EM são bons candidatos para a RN, dado que o funcionamento intelectual geral está preservado na maioria dos pacientes e os problemas cognitivos variam entre leves a moderados [23]. As alterações cognitivas na EM limitam significativamente a realização das atividades da vida diária, sendo fundamental ajudar os pacientes a aumentarem o conhecimento acerca das suas dificuldades cognitivas, os seus níveis de auto-eficácia e a desenvolverem estratégias para gestão das mesmas [24]. Apesar de não existir um protocolo definido, o treino cognitivo é melhor do que qualquer intervenção para as pessoas com EM [25], aumentando a ativação cerebral em áreas relacionadas com a cognição [26]. No entanto, a RN na EM está numa “infância relativa” [27], talvez devido à heterogeneidade dos défices cognitivos observados. A maioria das intervenções centram-se nas dificuldades de memória e de aprendizagem. A técnica de memorização de histórias que englobem imagens melhora a aprendizagem e a memória, sendo a única opção prática recomendada. Embora a velocidade de processamento seja das áreas mais comprometidas na EM, não têm sido realizadas intervenções que incidam sobre esta área. A RN pode melhorar o funcionamento diário na EM e reduzir o impacto da doença na vida dos pacientes, refletindo-se na qualidade de vida [27].

Na EM, ao contrário de outras doenças neurológicas, a incapacidade é progressiva. Para além disso, a progressão é variável e a população heterogénea. Assim, os programas de RN devem focar-se na qualidade de vida do doente e ter expectativas de resultado modestas [4]. A natureza mutável e imprevisível da doença obriga à criação de intervenções individualizadas e focadas nas necessidades dos pacientes. Neste sentido, iremos reger-nos pelo princípio da colaboração, trabalhando em conjunto com os pacientes de forma a garantirmos que as suas necessidades são asseguradas, tal como [3].

Objetivos

Com este programa integrado de avaliação, ET e RN na EM pretendemos: ajudar os pacientes a melhorarem o seu conhecimento acerca da doença e dos principais sintomas, bem como a sua auto-eficácia na gestão dos mesmos. De modo a que mantenham o seu papel ativo nos diferentes contextos (familiar, laboral e social) e seja possível o alívio eficaz dos sintomas incapacitantes.

O principal objetivo desta investigação consiste em estudar a Eficácia de um Programa Breve de Intervenção na Esclerose Múltipla (composto por 5 sessões de ET e de 5 RN) na melhoria da qualidade de vida e da *performance* cognitiva dos pacientes, comparativamente com um Programa de Contacto. Pretendemos, ainda, conhecer o tamanho desse efeito.

Temos, igualmente, como objetivos perceber os efeitos na funcionalidade (IB), severidade da fadiga (FSS), nos níveis de ansiedade e depressão (HADS), na *performance* cognitiva (MoCa, Fototest) e na qualidade de vida (MSQOL-54).

Para além disso, pretendemos perceber quais as variáveis que mais contribuem para a qualidade de vida.

Métodos

Amostra

A amostra será constituída por um grupo de 16 participantes com Esclerose Múltipla Recidivante-Remitente, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade e idade superior a 18 anos. Os pacientes serão aleatoriamente divididos em dois grupos: grupo clínico experimental (participará no Programa de ET e RN) e um grupo clínico de controlo (participará no Programa de Contacto).

As variáveis sociodemográficas analisadas serão: a idade, o sexo e os anos de escolaridade.

As variáveis clínicas analisadas serão: o tipo de EM, a severidade da fadiga, os anos de patologia e a medicação.

Os critérios de inclusão nos programas são: ter diagnóstico de EM e 18 anos ou mais.

São considerados elegíveis para a participação nos programas de ET e RN: os pacientes com disponibilidade para participarem em pelo menos 8 das 10 sessões de intervenção; que não tenham participado em nenhum programa de ET, nem de RN; e que reportem dificuldades cognitivas que interfiram nas atividades da vida diária.

Os pacientes com Depressão severa (segundo a pontuação da HADS) serão excluídos dada a possível interferência no funcionamento cognitivo. O abuso de álcool e drogas, o analfabetismo e alterações sensório-perceptivas não corrigidas constituirão, igualmente, critérios de exclusão.

Programa Breve de Intervenção na EM

O Programa é composto por 5 sessões de ET ministradas por uma neuropsicóloga e por uma enfermeira e por 5 sessões de RN ministradas por uma profissional da neuropsicologia. Cada sessão terá uma duração estimada de 45 a 60 minutos. Serão acordadas com os participantes a realização de 2 sessões semanais durante cerca de um mês e meio. A primeira sessão será individual e as restantes de grupo, na segunda sessão os acompanhantes/cuidadores dos pacientes podem estar presentes. A elaboração das sessões baseou-se nos principais problemas, nomeadamente cognitivos relatados na

literatura. As sessões de ET serão divididas em: diagnóstico educativo (sessão 1); conhecer melhor a EM (sessão 2); exercícios de auto-reabilitação (sessão 3); fadiga (técnicas de conservação da energia) (sessão 4); ansiedade, depressão e gestão de stress (sessão 5).

Antes de se iniciar cada uma das sessões de RN será explicada a (s) função (ões) cognitiva (s) que irá (ão) ser trabalhada (s) e será estabelecida uma relação com as atividades da vida diária, com vista a aumentar a metacognição, tal como em Brissart e colaboradores (2013). O treino da velocidade de processamento será transversal às diferentes sessões, dado que é a função mais comumente afetada. Assim, serão introduzidos exercícios cronometrados nas diferentes sessões. As sessões de RN consistirão em exercícios de capacidade visuoperceptiva, memória espacial, span espacial, capacidade visuoespacial (sessão 6); memória com interferência, codificação da informação, memória de trabalho, atenção seletiva, controlo executivo (sessão 7); atenção focalizada, atenção dividida, atenção sustentada, velocidade de processamento, resolução de problemas (sessão 8); fluência semântica, fluência fonológica, fluência alternada, controlo inibitório, sequenciação, resolução de problemas (sessão 9); controlo inibitório, raciocínio abstrato, resolução de problemas, flexibilidade mental, mudança de regra (sessão 10). No final de cada sessão serão discutidos com os pacientes eventuais problemas cognitivos que os preocupem, bem como possíveis estratégias de compensação a serem implementadas. Por fim, será atribuído um trabalho de casa, a ser analisado no início da sessão seguinte.

Programa de Contacto

O Programa de Contacto será composto por 5 sessões de dinâmicas de grupo e de discussão de Temas neutros e exercícios não cognitivos, que procuraremos que sejam do interesse dos participantes. A primeira sessão visa a apresentação dos membros do grupo. Nas próximas sessões serão discutidas temáticas, como especialidades culinárias, a fim de encorajar os participantes a falarem sobre gastronomia e a troca de receitas.

Os pacientes não terão conhecimento do programa em que serão incluídos.

Instrumentos

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A HADS é constituída por 14 itens (7 para avaliar a ansiedade e 7 para avaliar a depressão). Destina-se à avaliação dos níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física que se encontrem em tratamento ambulatorio. Não inclui itens ligados a aspetos somáticos (como sintomas de perda de energia e perda de interesse) que, na EM podem advir da fadiga, não estando relacionados com depressão. Demora cerca de 10 minutos a ser aplicada e é pontuada segundo uma escala de Lickert, em que 0 corresponde a baixo e 3 corresponde a elevado. A pontuação total de cada subescala varia entre 0 e 21. Em termos de severidade a Ansiedade e Depressão podem ser classificadas como: “normal” (entre 0 e 7 pontos), leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21). Apresenta boa fidelidade e consistência interna [28].

Índice de Barthel (IB)

O IB constitui um instrumento de avaliação da capacidade funcional para a realização de atividades da vida diária. Avalia 10 atividades: comer, a higiene pessoal, o uso dos sanitários, o tomar banho, o vestir e despir, o controlo dos esfíncteres, o deambular, a transferência da cadeira para a cama e, por fim, o subir e descer escadas. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas para a avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária na população portuguesa [29].

Escala de Severidade da Fadiga (FSS)

A FSS é uma escala de auto-relato que avalia a perceção dos níveis de fadiga na EM em diversas situações (funcionamento físico, exercício, trabalho, família ou vida social). Apresenta boas qualidades psicométricas para a avaliação da perceção de fadiga, tendo revelado uma ótima validade de constructo [30].

Fototest

O Fototest (www.fototest.es) é um teste cognitivo breve (< 3 minutos), fácil de administrar e avalia vários domínios cognitivos (linguagem, memória episódica e fluência verbal) [31,32]. Compreende três partes: uma tarefa de nomeação com seis fotografias a cores de objetos comuns; uma tarefa de fluência verbal categórica, em que os participantes devem evocar nomes masculinos e femininos; e uma tarefa de recordação livre e com ajuda dos seis objetos usados na tarefa de nomeação. Este teste foi desenvolvido em Espanha e tem provado uma grande precisão e eficácia no contexto de comprometimento cognitivo, mesmo quando comparado com testes mais tradicionais de *screening*, como o *Mini Mental State Examination* [31,32] ou o *Memory Alteration Test* [33]. Foi demonstrado que o ponto de corte de 28 oferece uma validade discriminativa satisfatória para o comprometimento cognitivo [34] e também tem uma boa confiabilidade teste-reteste e inter-observadores [35]. Com base nos preços públicos e contas hospitalares, o Fototest revelou-se como uma opção menos dispendiosa em comparação com outros testes de rastreio [33,34]. Para além disso, devido ao facto de a leitura não ser necessária e de não haver tarefas de lápis e papel, pode ser utilizado com indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade [31].

Montreal Cognitive Assessment

O *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) consiste num instrumento de triagem cognitiva que avalia as funções executivas, as habilidades visuoespaciais, a linguagem, a atenção e concentração, o raciocínio abstrato, a memória e a orientação. Este teste revelou-se útil na triagem de comprometimento cognitivo em pacientes com Esclerose Múltipla, dado que avalia os domínios mais frequentemente afetados na EM (memória, atenção, funções executivas e processamento de informação) [36].

Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 (MSQOL-54)

O MSQOL - 54 compreende 54 questões, 36 das quais retiradas de um questionário genérico de saúde (SF-36) e 18 questões de avaliação específica da doença. Avalia dois grandes domínios - Saúde Física (fadiga, dor, vitalidade, papel das limitações físicas, função sexual e função física) e Saúde Mental (função social, função cognitiva, bem estar emocional, papel das limitações emocionais, preocupação saúde, qualidade de vida). Avalia, ainda, mudanças na saúde e satisfação com o desempenho sexual. Cada resposta é pontuada de acordo com escalas de Lickert e a pontuação total do questionário varia entre 0 e 100. Quanto maior o valor obtido, melhor é a qualidade de vida do paciente [37].

Procedimentos

Os doentes serão recrutados em contexto do Hospital de Dia. Antes da recolha de dados solicitaremos o preenchimento de um consentimento informado (anexo), no qual explicamos os procedimentos da investigação e reforçamos o carácter confidencial da mesma. Todos os indivíduos serão submetidos a uma avaliação pré e pós-intervenção com o IB, a FSS, a HADS, o Fototest, o MoCa, o MSQOL-54. A avaliação será efetuada em sala fechada. Os dados recolhidos serão codificados e após serem inseridos em base de dados serão anonimizados, garantido a confidencialidade.

Análise de dados

Para a análise dos resultados do estudo será utilizado o software estatístico SPSS, versão 21.0. Um valor de $p < .05$ será considerado estatisticamente significativo.

Utilizaremos estatística descritiva para analisar as características da amostra e dos resultados obtidos.

A comparação entre grupo clínico experimental e grupo clínico de controlo será feita através do teste de *Mann-Whitney*. A comparação do desempenho nos testes (IB, FSS, HADS, MoCa, Fototest, MSQOL-54) entre pré e pós-intervenção, será efetuada através do teste de *Wilcoxon*.

O cálculo do tamanho do efeito na Qualidade de Vida (MSQOL-54) e na cognição (Fototest) será determinado através do *d* de Cohen.

Para determinar os efeitos da funcionalidade (IB), da fadiga (FSS), da depressão (HADS) e da *performance* cognitiva (MoCa e Fototest) na qualidade de vida (MSQOL-54) após a realização do programa de intervenção, será realizada uma análise de regressão múltipla.

Será, ainda, calculada a correlação entre a funcionalidade, a severidade da fadiga, os níveis de ansiedade e depressão na linha de base e a *performance* cognitiva e a qualidade de vida no final da intervenção.

Resultados esperados

O principal objetivo desta investigação consiste em estudar a Eficácia de um Programa Breve de Intervenção na Esclerose Múltipla (10 sessões) na melhoria da qualidade de vida e da *performance* cognitiva dos pacientes.

O grupo clínico experimental é de esperar que apresente melhor qualidade de vida e melhor *performance* cognitiva, do que o grupo clínico de controlo após a intervenção.

Esperamos que este programa integrado de ET e RN possibilite melhorias nas dimensões Saúde Física e Saúde Mental da MSQOL-54, bem como a melhoria das *performance* cognitiva nas funções reabilitadas (velocidade de processamento, atenção, memória, fluência verbal, funções executivas, capacidades visuoperceptivas e visuoespaciais). O tamanho do efeito na *performance* cognitiva e na qualidade de vida esperado é de, pelo menos, 0.5 (*d* de Cohen). Esperamos que as melhorias na *performance* cognitiva conduzam a melhorias na qualidade de vida.

Entre o pré-intervenção e o pós-intervenção, esperamos que ocorram, também, melhorias na funcionalidade, redução da severidade da fadiga, diminuição da severidade dos níveis de ansiedade e depressão.

Esperamos que melhor funcionalidade, menor severidade da fadiga e menores níveis de ansiedade e depressão na linha de base, se correlacionem com melhor *performance* cognitiva e melhor qualidade de vida no final da intervenção.

Caso os resultados esperados se verifiquem, este programa de intervenção pode conduzir a progressos no âmbito da intervenção na EM, destacando-se técnicas de reabilitação apropriadas que possam ser utilizadas com outros doentes com a mesma patologia.

Cronograma

O cronograma que se segue apresenta a organização e planeamento das diferentes etapas do projeto. No mês de Dezembro submeteremos o projeto para a aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Alto Ave, a fim de obter as devidas autorizações. A revisão da literatura prolongar-se-á ao longo de toda a investigação, pelo que não é possível circunscrevê-la a um determinado período temporal, daí não ser incluída no cronograma. Enquanto aguardamos as autorizações, realizaremos os capítulos introdutórios do artigo, bem como a revisão sistemática dos instrumentos.

Durante o mês de Março recolheremos a amostra e selecionaremos os participantes tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão na investigação. Construiremos a matriz SPSS em Março e à medida que formos recolhendo os dados, serão introduzidos na matriz. A intervenção decorrerá nos meses de Março e Abril. Será realizada em Abril uma avaliação pós-intervenção. O tratamento estatístico dos dados será iniciado depois da conclusão da recolha de dados. Após finalizarmos esta etapa, prosseguiremos com a redação dos resultados, da discussão dos resultados e da conclusão. Deste modo, durante o mês de Julho entregaremos o artigo.

Tarefas	Meses									
	no v	de z	ja n	fe v	ma r	ab r	ma i	ju n	ju l	
Pedido de autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Alto Ave para a realização da investigação		■								
Redação dos capítulos introdutórios do artigo		■	■							
Revisão sistemática dos instrumentos		■	■							
Seleção da amostra					■					
Avaliação pré-intervenção					■					
Construção da matriz SPSS					■					
Intervenção					■	■				
Avaliação pós-intervenção						■				
Tratamento estatístico dos dados							■			
Redação dos principais resultados							■			
Redação da discussão dos resultados e da conclusão							■	■		
Finalização								■	■	

Bibliografia

- [1] World Health Organization. Neurological disorders public health challenges (2006).
- [2] Machado A, Valente F, Reis M, et al. Esclerose Múltipla: Implicações Sócio-Económicas. *Acta Médica Portuguesa*. 2010; 23: 631-640
- [3] Freeman JA, Porter B, Thompson AJ. Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2008; 14(2): 63–75. doi: 10.1310/sci1402-63
- [4] Ko CK. Effectiveness of rehabilitation for multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*. 1999; 13: 33-41. DOI: 10.1191/026921599669648143
- [5] World Health Organization. Atlas Multiple Sclerosis Resources in The World (2008)
- [6] European Multiple Sclerosis Platform (EMSP). (2008). Code of Good Practice in MS. www.ms-in-europe.org
- [7] Fragoso YD, Silva EO, Finkelsztejn A. Correlation between Fatigue and Self-esteem in patients with Multiple Sclerosis. *Arquivos of Neuropsiquiatria*. 2009; 67(3): 818-821
- [8] Induruwa I, Constantinescu CS, Gran B. Fatigue in multiple sclerosis — A brief review. *Journal of the Neurological Sciences*. 2012; 323: 9–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2012.08.007>
- [9] Béthoux F. Fatigue and multiple sclerosis. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 2006. 49: 355–360. doi:10.1016/j.annrmp.2006.04.022
- [10] Stepleman LM, Jump R, Shelton SF, et al. Psychological Consultation Services at a Multiple Sclerosis Clinic:A Programmatic Example. *Int J MS Care*. 2009; 11: 180–186.
- [11] Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76: 469–475. doi: 10.1136/jnnp.2004.054635
- [12] Patti F. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2009; 15: 2–8
- [13] Simioni S, Ruffieux C, Bruggimann L. Cognition, mood and fatigue in patients in the early stage of multiple sclerosis. *Swiss Med Wiss*. 2007; 137: 496–501
- [14] Nocentini U, Pasqualetti P, Bonavita S, et al. Cognitive dysfunction in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 2006; 12: 77-87

- [15] Achiron A, Polliack M, Rao S, et al. Cognitive patterns and progression in multiple sclerosis: construction and validation of percentile curves. *J J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76: 744–749. doi: 10.1136/jnnp.2004.045518
- [16] Messinis L, Kosmidis MH, Lyros E, et al. Assessment and rehabilitation of cognitive impairment in multiple sclerosis. *International Review of Psychiatry*. 2010; 22 (1): 22–34. DOI: 10.3109/09540261003589372
- [17] McCarthy M, Beaumont JG, Thompson R, et al. Modality-specific aspects of sustained and divided attentional performance in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2005; 20: 705–718. doi:10.1016/j.acn.2005.04.007
- [18] Thornton AE, Defreitas VG. The Neuropsychology of Multiple Sclerosis. In: Grant I, Adams, KM, *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders*. New York: Oxford; 2009. 280-305
- [19] Wlodyka SD, Donze C, Givron P, et al. Self care programs and multiple sclerosis: Physical therapeutics treatment - literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011; 54: 109–128. doi:10.1016/j.rehab.2011.01.003
- [20] Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Education and Counseling*. 2010; 79: 283-286. doi:10.1016/j.pec.2010.03.015
- [21] Gélis A, Stéfan A, Colin D, et al. Therapeutic education in persons with spinal cord injury: A review of the literature. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011; 54:189–210. doi: 10.1016/j.rehab.2011.03.004
- [22] Haute Autorité de Santé. Guide - Affection de Longue Durée: Sclérose en plaques. 2006. www.has-sante.fr
- [23] Johnson SK. The Neuropsychology of Multiple Sclerosis. *Dis Mon*. 2007; 53:172-176. doi: 10.1016/j.disamonth.2007.04.009
- [24] Shevil E, Finlayson M. Pilot study of a cognitive intervention program for persons with multiple sclerosis. *Health Education Research*. 2010; 25 (1): 41-53. doi:10.1093/her/cyp037

- [25] Fendrick S. Cognitive Rehabilitation for individuals with multiple sclerosis does not have defined treatment protocols but the current literature expresses that treatment does show improvement. *Physical Function*. 2009; 1-13. <http://commons.pacificu.edu/otpf/7>
- [26] Garriga JS, Alonso J, Renom M, et al. A functional magnetic resonance proof of concept pilot trial of cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2010; 17 (4): 457-467. DOI: 10.1177/1352458510389219
- [27] O'Brien AR, Chiaravalloti N, Goyerover Y, et al. Evidenced-Based Cognitive Rehabilitation for Persons With Multiple Sclerosis: A Review of the Literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008; 89 (4): 761-769
- [28] Sousa C, Pereira MG. Morbilidade Psicológica e Representações da Doença em Pacientes com Esclerose Múltipla: Estudo de Validação da "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS). *Psicologia: Saúde e Doenças*. 2008; 9 (2): 1-14
- [29] Araújo F, Ribeiro JL, Oliveira A, et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007; 25(2): 59-66
- [30] Pereira MG, Duarte S. Fadiga intensa em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico: estudo das características psicométricas da Escala de Intensidade da Fadiga. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2010; 11 (1): 121-136
- [31] Carnero-Pardo C, Espejo-Martinez B, Lopez-Alcalde S, et al. Effectiveness and costs of Phototest in dementia and cognitive impairment screening. *BMC Neurology*. 2011; 11(1): 92
- [32] Carnero-Pardo C, Montoro-Ríos MT. Test de las fotos. *Rev Neurol*. 2004; 39(9): 801-6
- [33] Carnero-Pardo C, Espejo-Martinez B, Lopez-Alcalde S, et al. Diagnostic accuracy, effectiveness and cost for cognitive impairment and dementia screening of three short cognitive tests applicable to illiterates. *PloS one*. 2011, 6(11): e27069
- [34] Carnero-Pardo C, Saez-Zea C, Montiel Navarro L, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología*. 2007; 22(10): 860-869

- [35] Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel-Navarro L, et al. Estudio normativo y de fiabilidad del Fototest. *Neurología*. 2011; 26(1): 20-25
- [36] Aksoy S, Timer E, Mumcu S, et al. Screening for Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis with MOCA Test. *Turkish Journal of Neurology*. 2013; 19: 52-55. DOI:10.4274/Tnd.86570
- [37] Araújo MM. Avaliação da Qualidade de Vida em Doentes com Esclerose Múltipla através da Adaptação do Questionário Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 para Língua Portuguesa. [Tese de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2013

Declaração de Consentimento informado

AO DOENTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Joana Pinto, Mestranda de Neuropsicologia Clínica no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, está a realizar um trabalho de investigação intitulado Programa Breve de Intervenção na Esclerose Múltipla, sob orientação do Prof. Doutor Luís Monteiro (Psicólogo Clínico). O referido trabalho tem por objectivo, compreender de que forma um programa de intervenção breve (10 sessões) contribuiu para a melhoria do funcionamento cognitivo e da qualidade de vida dos pacientes com Esclerose Múltipla.

A avaliação dos efeitos da intervenção nesta patologia, permitirá o desenvolvimento de rotinas de intervenção especialmente dirigidas. Mais se informa que a CONFIDENCIALIDADE está garantida.

A sua colaboração é VOLUNTÁRIA. Caso não pretenda colaborar no estudo, não existirão quaisquer tipo de consequências no seu atendimento.

- Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Autorizo a participação no estudo.

_____ (localidade), __/__/____

NOME _____

Assinatura _____

Se não for o doente a assinar:

Nome: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

ANEXO F



1.º SIMPÓSIO EUROPEU DE NEUROPSICOLOGIA DO IPNP «O CÉREBRO DO SÉC. XXI»

CERTIFICADO

Certifica-se que o poster O Fatores do Processamento Cognitivo na Esquizofrenia foi apresentado pelos/as autores/as Susana Pardo, Emília Lopes, Ângela Silva, Catarina Prado, Bruno Pinheiro, Gary Gonçalves no

1.º SIMPÓSIO EUROPEU DE NEUROPSICOLOGIA DO IPNP «O CÉREBRO DO SÉC. XXI»

que decorreu no dia 15 de novembro de 2014, no Conservatório de Música do Porto.

Porto, 15 de novembro de 2014

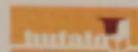
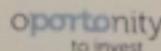
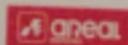
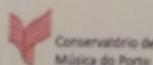
Rua Alexandre Herculano, 371 - 2.º Esq. | 4000-055 PORTO
Cada. 588 512 043
Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto (IPNP)

Presidente da Comissão Organizadora
Susana Oliveira



Org.: Serviço de Neuropsicologia e Unidade de Linguagem do Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto [www.ipnp.pt]
Morada: Rua Alexandre Herculano, 371, 2.º esq. | 4000-055 Porto
Telefone/Fax: 222 019 839 | Telemóvel: 916 101 907 / 934 483 719
Web: www.simposioneuropsicologiaesxxi.ipnp.pt | E-mail: anoeuropeucerebro2014@ipnp.pt

Apoias:



ANEXO G

Manual de Avaliação e Intervenção na Esclerose Múltipla

Joana F. Pinto

Centro Hospitalar do Alto Ave

Índice

Introdução.....	Pág.4-8
Objetivos.....	Pág.9
Participantes.....	Pág.10
Regras de Funcionamento.....	Pág.11-12
Avaliação.....	Pág.13-15
Planeamento das sessões.....	Pág.16-31
Material de Intervenção.....	Pág.32
Referências Bibliográficas.....	Pág.33-38

Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado

Anexo 2: Diagnóstico Educativo

Anexo 3: Avaliação das Sessões e do Programa

Anexo 4: Guião para o Relaxamento

Índice de Abreviaturas

EM Esclerose Múltipla

ET Educação Terapêutica

FSS Escala de Severidade da Fadiga

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale

IB Índice de Barthel

MoCa Montreal Cognitive Assessment

MSQOL-54 Multiple Sclerosis Quality of Life - 54

Introdução

A EM é das doenças neurológicas mais comuns [1], estima-se que haja pelo menos 5000 pessoas com EM em Portugal. Representando custos elevados no nosso país [2,3]. Nos países ocidentais, constitui a causa não traumática de incapacidade mais frequente no adulto jovem. Esta doença neurológica resulta da interação de fatores genéticos e ambientais [1]. A frequência de EM aumenta com a distância do equador nos dois hemisférios e é mais comum no sexo feminino do que no sexo masculino. Surge por volta dos 30 anos de idade, quando as pessoas estão economicamente ativas [4].

Os padrões típicos de progressão da EM são: recidivante/remitente, primária progressiva e secundária progressiva. Na EM recidivante/remitente ocorrem ataques imprevisíveis (recaídas), nos quais surgem novos sintomas ou agravam-se os existentes. Este padrão de EM está presente em cerca de 80% dos pacientes no início da doença [1]. O consumo de recursos aumenta 15% na ocorrência de surtos. A EM também se reflete na produtividade, conduzindo ao aumento das taxas de absentismo e a reformas precoces [3].

Ao nível psicossocial, tem sido relatada desmoralização pela incompetência subjetiva, baixa auto-estima e deterioração das relações por sentirem inadequação pessoal [5].

A combinação de sintomas é variável, resultando em diferentes apresentações da doença [6]. Dentro dos principais sintomas destacam-se: a fadiga, a disfunção cognitiva, a ansiedade e depressão [4,7].

A natureza mutável e imprevisível da doença obriga à criação de intervenções individualizadas e focadas nas necessidades dos pacientes. Neste sentido, iremos reger-nos pelo princípio da colaboração, trabalhando em conjunto com os pacientes de forma a garantirmos que as suas necessidades são asseguradas, tal como [6].

Fadiga

A fadiga é o sintoma mais comum e menos tangível, podendo conduzir à alienação, isolamento na sociedade [8] e a uma baixa auto-estima [9]. Pode ser agravada pelo calor, perturbações do sono e pela depressão. Neste sentido, é fundamental a intervenção para dotar os pacientes de capacidades de auto-gestão da energia e, assim, melhorar a qualidade de vida [10,11].

A performance cognitiva dos pacientes é influenciada pela comorbilidade com a fadiga (que se reflete, sobretudo, na velocidade de processamento e na atenção sustentada) [12,13].

Sintomas Psicopatológicos

A consulta psicológica, em alguns hospitais, é incluída nos cuidados a pacientes com EM, partindo do princípio que a componente psicológica se não tratada pode refletir-se na adesão ao tratamento na EM e na qualidade de vida [14]. Tendo a finalidade de identificação precoce e tratamento de psicopatologia. A depressão constitui o problema psicopatológico mais frequentemente apresentado por aqueles que procuram a consulta psicológica [15] e apresenta uma prevalência de 50% na EM [16]. A incapacidade provocada pela EM, a imprevisibilidade da sua evolução [7,17] e a terapêutica farmacológica com doses elevadas de interferon beta-1a podem conduzir a depressão e pensamentos suicidas [18]. Apesar de outros estudos contrariarem estes dados [16]. Os pacientes com sintomatologia ansiosa e depressiva apresentam uma perceção mais negativa das consequências da doença, bem como menor compreensão da mesma. Alguns autores verificaram que a ansiedade se encontra em níveis normais [19].

De acordo com [15], os pacientes relatam necessidade de consulta psicológica e mostram-se recetivos à mesma. A consulta psicológica assume preponderância no rastreio cognitivo, de depressão e na intervenção (relaxamento e resolução de problemas) para uma melhor gestão dos sintomas. Alguns estudos apontam para o facto de a Depressão moderada a grave, tal como a fadiga, ser suscetível de agravar o comprometimento cognitivo [16,20], sobretudo a memória [12]

Alterações Neuropsicológicas

A disfunção cognitiva é considerada um marcador clínico da EM [21]. Sendo que, cerca de metade dos pacientes com EM apresentam disfunção cognitiva [22]. Mesmo na fase inicial da doença, têm um risco acrescido de disfunção cognitiva. No entanto, devido aos custos, consumo de tempo e focalização nas deficiências físicas [23], estas alterações não são avaliadas por rotina.

O funcionamento intelectual geral pode estar comprometido em alguns pacientes, no entanto, a maioria apresenta pontuações dentro da média [24], apesar do comprometimento significativo na inteligência fluida (avaliada através das Matrizes Progressivas de Raven) [25].

A velocidade de processamento de informação visual e auditiva e a fluência verbal são as áreas cognitivas mais precocemente afetadas [21,26]. A diminuição da velocidade de processamento de informação prejudica a codificação da memória de trabalho [27,28]. Assim, o desempenho dos pacientes pode ser melhorado se for dado mais tempo para processar e codificar informação na memória de trabalho [27,28]. Existem evidências de plasticidade neuronal nas fases iniciais da EM [29], daí a importância da intervenção.

Com a progressão da doença os pacientes apresentam défices na memória, nomeadamente na codificação, organização semântica [30], evocação e recordação tardia [26,31]. Na recordação tardia

de histórias revelam vários erros de confabulação, consistentes com a disfunção do lobo frontal [30], região mais suscetível a atrofia e a alterações cognitivas na EM [32]. Para além disso apresentam alterações: na memória de trabalho [21,28,31], na memória de trabalho espacial [33], na memória verbal e visual a longo prazo [19], na memória não verbal [34], na memória visuoespacial de curto e de longo-prazo [35] e na memória auto-biográfica (sobretudo da componente semântica e, em estágios mais avançados da componente episódica) [25].

Também revelam défices na atenção dividida, na atenção sustentada [36] e na atenção focalizada [25].

No que concerne ao funcionamento executivo, apresentam comprometimento na capacidade de resolução de problemas [35,37], no raciocínio abstracto [35], no planeamento, organização, na mudança de regra, na inibição, na fluência verbal [24,33], nas tarefas de Stroop (demoram mais tempo e dão mais erros), na estimativa cognitiva, no span espacial, na utilização de estratégias [33].

Apresentam, ainda, alterações nas capacidades visuoperceptivas [38], sobretudo em tarefas de discriminação da cor e de percepção da ilusão de Muller-Lyer; e nas capacidades visuoespaciais. Destacando-se os défices na integração visuoespacial, discriminação visual e nas tarefas complexas de reconhecimento facial [25].

Os défices ao nível das funções executivas e visuoespaciais são mais prevalentes do que os défices na linguagem e na inteligência geral [21]. As alterações ao nível da linguagem não são comuns [25].

A hipótese da reserva cognitiva na EM é apoiada por [39], verificando que o enriquecimento intelectual protege contra o declínio neurocognitivo que surge na doença. Deste modo, não existe uma relação direta entre a severidade da EM e alterações cognitivas [40].

A avaliação cognitiva dos pacientes com EM tem os seguintes benefícios: deteção precoce do comprometimento cognitivo, intervenção terapêutica para prevenir o declínio e reduzir o impacto dos défices na vida dos pacientes [12]

Educação Terapêutica

A educação terapêutica tem um impacto de 50-80% nos resultados de saúde dos pacientes [41]. Preconiza a aquisição de conhecimentos e competências por parte do paciente, no sentido da maior autonomia. Centra-se no paciente e não na doença, pelo que a abordagem clínica deve ser baseada na relação, permitindo a criação de uma aliança terapêutica. Serve-se de estratégias pedagógicas para divulgar aos pacientes a informação, previamente definida com estes em função das suas necessidades. A motivação do paciente é fundamental para que se envolva no processo educativo, beneficiando do mesmo. Visa a reformulação de comportamentos (resposta

comportamental) através da reestruturação cognitiva (pensar o problema) [42], dotar o paciente de novas competências, ajudá-lo a compreender a natureza dos sintomas, fazê-lo perceber quando deve procurar ajuda e ensinar a prevenir a ocorrência de problemas [6].

A educação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida em pacientes com doenças crónicas e controlar os custos de saúde. As principais áreas de interesse na EM são: o conhecimento dos pacientes, os comportamentos de saúde, a independência funcional e a qualidade de vida e dimensões psicológicas como o locus de controlo, as representações, a capacidade para resolver problemas, entre outras [43]. Para além disso, é fundamental ajudar o paciente a gerir a fadiga [8].

A Educação Terapêutica (ET) deve ser parte integrante dos programas de intervenção na EM. Para além disso, deve ser realizado um trabalho complementar ao programa educativo, no sentido de melhorar o impacto médico-económico [44].

Idealmente, deve iniciar-se no momento do diagnóstico e ser contínua. Nos estágios mais avançados da doença, devemos procurar o conforto dos pacientes, intervindo junto dos cuidadores para que os auxiliem em atividades que já não conseguem concretizar de forma independente e prevenir complicações secundárias [6].

Reabilitação Neuropsicológica

Os pacientes com EM são bons candidatos para a reabilitação cognitiva, dado que o funcionamento intelectual geral está preservado na maioria deles e os problemas cognitivos variam entre leves a moderados [45]. Na EM, ao contrário de outras doenças neurológicas, a incapacidade é progressiva. Para além disso, a progressão é variável e a população heterogénea. Assim, os programas de reabilitação devem focar-se na qualidade de vida do doente e terem expectativas de resultado modestas [7].

As alterações cognitivas na EM limitam significativamente a realização das atividades da vida diária, sendo fundamental ajudar os pacientes a aumentarem o conhecimento acerca das mesmas, aumentarem os seus níveis de auto-eficácia e a desenvolverem estratégias para gestão dos défices. O ensino de estratégias compensatórias conduz à obtenção de melhorias no conhecimento dos seus défices cognitivos e utilização de estratégias mais eficazes para lidar com os mesmos, as quais se generalizaram para outras atividades. Para além disso, comporta benefícios em termos do suporte social, pois fornece sugestões sobre como comunicar os défices cognitivos aos outros [46].

Apesar de não existir um protocolo definido, o treino cognitivo é melhor do que qualquer intervenção para as pessoas com EM. No entanto, é importante que o protocolo se adapte às áreas de preocupação da pessoa, repercutindo-se no seu quotidiano [47].

A reabilitação cognitiva na EM encontra-se numa “infância relativa” [48], talvez devido à heterogeneidade dos défices cognitivos observados. Embora a reabilitação cognitiva seja recomendada na EM, não existem evidências de uma abordagem terapêutica certificada validada. A maioria das intervenções centram-se nas dificuldades de memória e de aprendizagem. A técnica de memorização de histórias que englobem imagens melhora a aprendizagem e a memória, sendo uma opção prática recomendada. Relativamente à reabilitação da atenção e das funções executivas não foram destacadas opções práticas. Embora a velocidade de processamento seja das áreas mais comprometidas na EM, não têm sido realizadas intervenções que incidam sobre esta área. Dada a natureza progressiva da doença, o tratamento restaurador é o mais indicado. Na EM recidivante-remitente os défices cognitivos podem aparecer e depois haver recuperação, sendo o grau de comprometimento cognitivo menor do que nas outras formas da doença. Pelo que, o tipo de EM e o tempo de diagnóstico devem ser tidos em consideração. Deve ser incluída uma avaliação pré-intervenção de modo a assegurar que os pacientes têm potencial para beneficiar do tratamento [48].

Antes de iniciar cada sessão deve ser explicada aos participantes a função cognitiva que será treinada, estabelecendo-se uma ligação entre os exercícios e a vida diária. No final da sessão, deve ser discutido o principal tópico cognitivo [49]. Pode ser importante fornecer um tempo adicional e ajudar os pacientes a gerirem esse mesmo tempo, de forma a melhorar a precisão da memória de trabalho [28].

O programa de reabilitação cognitiva de pacientes com EM através do RehaCom mostrou-se eficaz. Após a reabilitação, os pacientes manifestaram alterações no padrão de atividade cerebral, com recrutamento de áreas cerebrais sobretudo localizadas nos lobos frontoparietais. Apurou-se, ainda, um aumento da atividade cerebral em repouso, o que sugere a ocorrência de mecanismos compensatórios. A reabilitação cognitiva na EM através do ProCogSEP (programa de reabilitação cognitiva de 13 sessões), também, se mostrou eficaz, conduzindo a melhorias na memória verbal e visual e na fluência verbal. No entanto, é necessário realizar um *follow-up* para determinar se os efeitos destas intervenções persistem [50].

Objetivos gerais e específicos

Com este programa integrado de avaliação, educação terapêutica e reabilitação neuropsicológica na EM pretendemos: ajudar os pacientes a melhorarem o seu conhecimento acerca da doença e dos principais sintomas, bem como a sua auto-eficácia na gestão dos mesmos. De modo a que mantenham o seu papel ativo nos diferentes contextos (familiar, laboral e social) e seja possível o alívio eficaz dos sintomas incapacitantes.

Para além disso, objetivamos compreender de que forma um programa de intervenção breve (10 sessões) contribuiu para a melhoria do funcionamento cognitivo e da qualidade de vida dos pacientes com EM. Temos, igualmente, como objetivos perceber os efeitos na funcionalidade (IB), severidade da fadiga (FSS) e nos níveis de ansiedade e depressão (HADS).

Os objetivos específicos de cada sessão serão abordados no tópico planeamento das sessões.

No final do programa, esperamos que os participantes sejam capazes de definir a EM; debater acerca da fisiopatologia, etiologia e epidemiologia da EM; discutir as reações emocionais mais comuns e estratégias de coping adotadas; discutir acerca das alterações cognitivas e estratégias compensatórias adotadas.

Participantes (critérios de inclusão e participação)

A amostra será constituída por um grupo de 8 participantes com EM Recidivante-Remitente, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade e idade superior a 18 anos.

As variáveis sociodemográficas analisadas serão: a idade, o sexo e os anos de escolaridade.

As variáveis clínicas analisadas serão: o tipo de EM, a severidade da fadiga, os anos de patologia e a medicação.

Os critérios de inclusão no programa são: ter diagnóstico de EM e 18 anos ou mais; ter disponibilidade para participar em pelo menos 8 das 10 sessões de intervenção; não ter participado em nenhum programa de ET, nem de RN; e reportar dificuldades cognitivas que interfiram nas atividades da vida diária.

Os pacientes com Depressão severa (segundo a pontuação da HADS) serão excluídos, dada a possível interferência no funcionamento cognitivo. O abuso de álcool e drogas, o analfabetismo e alterações sensório-perceptivas não corrigidas constituirão, igualmente, critérios de exclusão.

Regras de Funcionamento

Os doentes serão identificados e solicitados a participar pelo profissional responsável pela consulta no Hospital de Dia e no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Sendo selecionados tendo em conta a sua disponibilidade para participarem nas sessões e o interesse em saberem mais sobre a sua doença. Antes da recolha de dados, solicitaremos aos participantes o preenchimento de um consentimento informado (anexo 1), no qual explicamos os procedimentos da investigação e reforçamos o carácter confidencial da mesma. Todos os indivíduos serão submetidos a uma avaliação pré e pós-intervenção com o Fototest, o MoCa, a FSS, o Índice de Barthel, MSQOL-54. A avaliação neuropsicológica será efetuada em sala fechada. Os dados recolhidos serão codificados e após serem inseridos em base de dados serão anonimizados, garantido a confidencialidade.

O programa engloba 10 sessões com uma duração aproximada de 60 minutos. Realizaremos uma sessão individual para avaliação dos pacientes (sessão de diagnóstico educativo). Estando preenchidos os critérios de inclusão no grupo e apurada a motivação em participar no mesmo, serão discutidos os objetivos da intervenção, bem como as competências que se pretendem ajudar a desenvolver. Na sessão de diagnóstico educativo serão contratualizadas as regras do grupo. Os participantes devem comprometer-se a: serem assíduos (estarem presentes, em pelo menos, oito das dez sessões), comunicando as faltas com antecedência; a serem pontuais; a manterem os seus dados atualizados, a fim de entrarmos em contacto em caso de necessidade de alteração do agendamento; assegurarem a confidencialidade (protegerem e preservarem a intimidade dos outros); manterem o total sigilo acerca do que for apresentado e discutido durante as sessões; respeitarem as ideias, crenças, sentimentos, necessidades, conflitos, fraquezas, experiências e características dos restantes membros; evitarem conversas paralelas para rentabilizar o tempo, de modo a que todos possam ter uma participação ativa; comunicarem de forma a serem entendidos por todos; saberem ouvir; realizarem os trabalhos de casa propostos (com vista à transferência das estratégias aprendidas para a vida diária).

No caso de ser impossível o profissional de saúde responsável pela sessão comparecer, a esta será remarcada em função da disponibilidade de ambas as partes e os participantes serão informados com a devida antecedência. Durante as sessões evitaremos interrupções externas.

A participação no programa não tem qualquer custo.

Os participantes devem ter uma participação ativa nas tarefas para um maior usufruto pessoal e grupal. Sendo-lhes explicado que não precisam ter medo de errar, pois nas sessões tudo constitui

aprendizagem e todos devem saber ouvir sem fazerem avaliações depreciativas. Os participantes devem respeitar as diferentes opiniões e ressaltar apenas os aspetos positivos.

A família será mobilizada a participar na segunda sessão, com o objetivo de lhes dar a conhecer melhor a doença, potenciando uma maior compreensão dos pacientes e estimulando a adesão terapêutica dos mesmos. De acordo [51], a inclusão de outros no início do processo educativo ajuda a que os pacientes não se sintam só com a sua doença. Assim, os familiares podem colocar diretamente as suas questões e encorajar os pacientes.

Tal como postulado no Código Europeu de Boas Práticas na EM, na nossa intervenção com pacientes com EM iremos: reconhecer a dignidade pessoal; procurar maximizar o seu potencial; prestar apoio de forma equitativa; envolvê-los plenamente em todo o processo, para que sejam capazes de tomar decisões informadas sobre a prestação de serviços; fornecer informação clara e concisa acerca da doença, tratamentos e impacto na qualidade de vida [8].

Avaliação

Os participantes serão avaliados numa sessão individual, na qual utilizaremos como método pedagógico o diagnóstico educativo (anexo 2) e os instrumentos que se seguem. Finalizado o programa de intervenção será agendada uma sessão de avaliação em que serão utilizados os mesmos instrumentos.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A Hospital Anxiety Depression Scale é constituída por 14 itens (7 para avaliar a ansiedade e 7 para avaliar a depressão). Destina-se à avaliação dos níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física que se encontrem em tratamento ambulatorio. Não inclui itens ligados a aspetos somáticos (como sintomas de perda de energia e perda de interesse) que, na EM podem advir da fadiga, não estando relacionados com depressão.

Demora cerca de 10 minutos a ser aplicada e é pontuada segundo uma escala de Lickert, em que 0 corresponde a baixo e 3 corresponde a elevado. A pontuação total de cada subescala varia entre 0 e 21. Em termos de severidade a Ansiedade e Depressão podem ser classificadas como: “normal” (entre 0 e 7 pontos), leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21).

Esta escala apresenta boa fidelidade e consistência interna [17].

Índice de Barthel

O Índice de Barthel (IB) constitui um instrumento de avaliação da capacidade funcional para a realização de atividades da vida diária. Avalia 10 atividades: comer, a higiene pessoal, o uso dos sanitários, o tomar banho, o vestir e despir, o controlo dos esfínteres, o deambular, a transferência da cadeira para a cama e, por fim, o subir e descer escadas. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas para a avaliação da funcionalidade nas atividades da vida diária na população portuguesa [52].

Escala de Severidade da Fadiga

A Escala de Severidade da Fadiga (FSS) é uma escala de auto-relato que avalia a percepção dos níveis de fadiga na EM em diversas situações (funcionamento físico, exercício, trabalho, família ou vida social). Apresenta boas qualidades psicométricas para a avaliação da percepção de fadiga, tendo revelado uma ótima validade de constructo [53].

Fototest

O Fototest (www.fototest.es) é um teste cognitivo breve (< 3 minutos), fácil de administrar e avalia vários domínios cognitivos (linguagem, memória episódica e fluência verbal) [54,55]. Compreende três partes: uma tarefa de nomeação com seis fotografias a cores de objetos comuns; uma tarefa de fluência verbal categórica, em que os participantes devem evocar nomes masculinos e femininos; e uma tarefa de recordação livre e **cued** dos seis objetos usados na tarefa de nomeação. Este teste foi desenvolvido em Espanha e tem provado uma grande precisão e eficácia no contexto de comprometimento cognitivo, mesmo quando comparado com testes mais tradicionais de *screening*, como o *Mini Mental State Examination* [54,55] ou o *Memory Alteration Test* [56]. Foi demonstrado que o ponto de corte de 28 oferece uma validade discriminativa satisfatória para o comprometimento cognitivo [57] e também tem uma boa confiabilidade teste-reteste e inter-observadores [58]. Com base nos preços públicos e contas hospitalares, o Fototest revelou-se como uma opção menos dispendiosa em comparação com outros testes de rastreio [56,57]. Para além disso, devido ao facto de a leitura não ser necessária e de não haver tarefas de lápis e papel, pode ser utilizado com indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade [54].

Montreal Cognitive Assessment

O *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) consiste num instrumento de triagem cognitiva que avalia as funções executivas (tarefa para ligar números e letras consecutivos; tarefa de fluência verbal e tarefa de pensamento abstrato), as habilidades visuoespaciais (teste do desenho do relógio e cópia do cubo tridimensional), a linguagem (tarefa de nomeação de 3 animais e repetição de duas frases com a mesma sintaxe) a atenção e concentração (tarefa de subtração serial e repetição de dígitos na ordem direta e inversa), o raciocínio abstrato, a memória (tarefa de memorização e recuperação com interferência de cinco palavras) e a orientação (temporal e espacial). As pontuações variam entre 0 e 30. Este teste revelou-se útil na triagem de comprometimento cognitivo em pacientes com EM, dado que avalia os domínios mais frequentemente afetados na EM (memória, atenção, funções executivas e processamento de informação) [59].

Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 (MSQOL-54)

O MSQOL - 54 compreende 54 questões, 36 das quais retiradas de um questionário genérico de saúde (SF-36) e 18 questões de avaliação específica da doença. Avalia dois grandes domínios - Saúde Física (fadiga, dor, vitalidade, papel das limitações físicas, função sexual e função física) e Saúde Mental (função social, função cognitiva, bem estar emocional, papel das limitações emocionais, preocupação saúde, qualidade de vida). Avalia, ainda, mudanças na saúde e satisfação

com o desempenho sexual. Cada resposta é pontuada de acordo com escalas de Lickert e a pontuação total do questionário varia entre 0 e 100. Quanto maior o valor obtido, melhor é a qualidade de vida do paciente [60].

Avaliação Pedagógica das Sessões e do Programa

No final da segunda sessão, “Conhecer melhor a EM”, serão convidados a preencher um Questionário de Avaliação dos Conhecimentos (anexo 3), elaborado de acordo com os questionários constantes em [61,62,63].

Para além disso, os participantes serão solicitados ao preenchimento de um Questionário de Avaliação Pedagógica das Sessões e um Questionário de Avaliação Pedagógica do programa (anexo 3), de modo a preencher os requisitos de um Programa de ET. O questionário a utilizar para avaliar a qualidade das sessões será o mesmo em todas elas, embora seja trocada a ordem das questões para evitar o efeito da aprendizagem.

Planeamento de Sessões

Educação Terapêutica

As sessões de ET terão a duração aproximada de 60 minutos, a primeira sessão “Diagnóstico Educativo” é individual, as restantes são todas de grupo. Na segunda sessão “Conhecer melhor a Esclerose Múltipla, os participantes serão convidados a serem acompanhados por um familiar, partindo do princípio que se os familiares estiverem informados acerca da doença, estarão mais aptos para compreender e encorajar. Assim, os familiares podem também tirar as suas dúvidas.

Sessão 1 (individual): Diagnóstico Educativo

Objetivos pedagógicos	Conhecer os diferentes aspetos da vida e personalidade dos pacientes, identificar as suas necessidades e potencialidades, bem como o interesse em participar no programa. Para além disso, pretendemos perceber: o comprometimento causado pela doença, o tempo de evolução, os sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão), a fase de adaptação à doença e a existência de uma área problemática que se destaque dentro das restantes.
Competências	Tomar consciência das suas necessidades.
Métodos Pedagógicos	Questionário “Diagnóstico Educativo” (anexo 2), IB, HADS, FSS, MSQOL-54 , Fototest, MoCa
Planeamento da sessão	Na sessão de diagnóstico educativo serão aplicadas as provas anteriormente mencionadas. Para além disso, serão realizadas algumas questões, de modo a compreendermos o funcionamento emocional e cognitivo do doente. Será também elaborada uma síntese do diagnóstico educativo de cada participante (anexo 2). Após confirmarmos a elegibilidade dos pacientes para participarem no programa será feito um contrato educativo verbal e preenchido um consentimento informado (anexo 1).

Sessão 2: Conhecer melhor a EM

Objetivos pedagógicos	Compreender a doença e respetivo impacto social, familiar e laboral, assim como os princípios do tratamento. Aprender a identificar os sinais de alerta, a decidir quando devem consultar um médico, adoção de condutas favoráveis para a sua saúde. Praticar a técnica de auto-injeção, bem como os gestos. Ajudar o paciente a exprimir os seus valores, projetos, conhecimentos, emoções e fadiga. De modo a que mobilize os seus recursos.
Competências a desenvolver	Competências de auto-cuidado e de adaptação à doença.
Ferramentas pedagógicas	Quadro, folhas brancas, roda das decisões, Questionário de Avaliação de Conhecimentos, Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão
Planeamento da sessão	Numa primeira parte os pacientes serão convidados a apresentarem-se ao grupo e serão discutidas as regras de funcionamento do mesmo. De seguida, solicitaremos a realização de um <i>brainstorming</i> por escrito acerca da doença, sendo discutidas as suas crenças. O procedimento de auto-injeção será revisto. Por fim, trabalharemos a capacidade de decisão dos pacientes em situações complexas através da roda de decisões.
Avaliação pedagógica	No final da sessão os pacientes devem responder ao Questionário de Avaliação de Conhecimentos e ao Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão

Sessão 3: Exercícios de auto-reabilitação

Objetivos pedagógicos	Ensino de exercícios de auto-reabilitação. Promover o sentimento de realização e de bem-estar
Competências a desenvolver	Competências para a realização de exercícios de flexibilidade, fortalecimento muscular, resistência, equilíbrio e coordenação e relaxamento de forma autônoma em casa.

Ferramentas pedagógicas	Colchões e o manual da National Multiple Sclerosis Society [64], Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Numa primeira parte será abordada a importância da realização de exercício físico na EM:

“A atividade física é fundamental na EM pois para além de conduzir a um sentimento de bem-estar geral, também ajuda a prevenir alguns problemas associados à doença, tais como a obstipação, a rigidez, a espasticidade, a fadiga...”

Depois os pacientes serão questionados acerca da prática de exercício físico e discutido se estes são adequados tendo em conta a doença.

Numa segunda parte serão realizados exercícios de:

Planeamento da sessão	<ul style="list-style-type: none">• flexibilidade - que visam a mobilidade das articulações para prevenir a rigidez e a espasticidade.• fortalecimento - para aumentar a força dos músculos. Estes exercícios podem diminuir a fadiga.• resistência - que permitem melhorar o funcionamento do coração e dos pulmões.• equilíbrio e coordenação - para melhorar a qualidade e segurança dos movimentos.• relaxamento - para reduzir a tensão física e mental.
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Os exercícios realizados terão por base o manual “Ejercicios Prácticos de Estiramiento para las Personas con Esclerosis Múltiple - un Manual Ilustrado” da National Multiple Sclerosis Society [64]

Avaliação Pedagógica	Preenchimento do Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------

Sessão 4: Ensino de Estratégias de Conservação de Energia

Objetivos pedagógicos Através do ensino de estratégias de conservação de energia pretendemos ajudar os pacientes a reduzirem a fadiga, melhorarem o seu desempenho na vida quotidiana e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Competências a desenvolver Capacidade de gestão da energia, reservando-a ou utilizando-a nas atividades consideradas mais importantes.

Ferramentas pedagógicas Quadro, folhas brancas, canetas, Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão

Numa primeira parte serão colocadas algumas questões para perceber melhor que tipo de fadiga sentem com mais frequência (física ou mental), quais as estratégias que utilizam para lidar com este sintoma e que outras estratégias podem ser implementadas no seu quotidiano, de forma a melhorarem a qualidade de vida. As questões a colocar para a descrição da fadiga, foram elaboradas tendo por base [11] e são apresentadas de seguida:

- Sente fadiga?
- Fale-me da sua fadiga.
- Como caracteriza a sua fadiga? É uma fadiga física, mental?
- Como tem vindo a evoluir a sua fadiga?

Planeamento da sessão

- O cansaço faz-se sentir desde o acordar, piora ou melhora ao longo do dia (sugestivo de astenia psicológica)?
- O que piora a sua fadiga (calor, atividade física)?
- O que melhora a sua fadiga?
- Fale-me sobre o seu sono (a que horas se deita, dificuldades em adormecer, quantas horas dorme, o sono é tranquilo...).
- Realiza algum tratamento para a fadiga? Como acha que tem resultado?
- Qual considera ser o impacto da fadiga no seu quotidiano?

Depois será dada uma breve explicação acerca da Fadiga na EM:

“A fadiga é o sintoma mais comum na EM”. Algumas causas que contribuem para a fadiga são: o calor, a sensibilidade, a fraqueza, a má nutrição, problemas de sono e efeitos secundários da medicação. As perturbações do sono são comuns nos pacientes com EM, refletindo-se no adormecer e na pobre

qualidade do sono. Causam sonolência diurna e agravam a fadiga. A fadiga também pode ser agravada pela depressão e influenciar o desempenho cognitivo dos doentes. Na EM a fadiga é crônica, ocorre com mais frequência, do que noutros tipos de doenças”.

Cada participante será solicitado a salientar, pelo menos, uma estratégia para lidar com a fadiga. Estas estratégias serão escritas no quadro e completadas com as estratégias apresentadas no final deste planeamento.

Será fornecida uma folha de agenda para planearem as atividades da próxima semana, tendo em conta as prioridades de cada um e integrando os princípios aprendidos.

No caso de os participantes não serem capazes de aplicar as estratégias de conservação de energia no agendamento elaborado, serão apurados os motivos para não o fazerem, entre eles: as estratégias discutidas já estão a ser utilizadas, impossibilidade devido ao contexto (exigências do trabalho, família indisponível), perceção de ineficácia das mesmas, existência de demasiadas prioridades. Serão discutidas formas alternativas de ultrapassar estes obstáculos.

**Planeamento
da sessão**

Salientaremos a importância de planearem o dia inteiro com antecedência, de modo a que as atividades prioritárias sejam realizadas quando sentem maior energia e realizem períodos de descanso ao longo do dia. Assim, será possível reduzir os sentimentos de frustração e diminuir o risco de conflitos familiares.

Uma regra fundamental que iremos procurar inculcar nos participantes é: não atingirem um elevado nível de fadiga, realizando períodos de descanso, para dessa forma, o tempo de recuperação não ser tão longo.

**Avaliação
pedagógica**

Preenchimento do Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão

Estratégias de Conservação de Energia

Lista de Estratégias de Conservação de Energia

-
1. Identificar e alterar o trabalho para momentos mais adequados em casa e no local de trabalho

 2. Modificar a localização de equipamentos, móveis, em casa e no trabalho

 3. Começar a utilizar equipamentos adaptados, aparelhos ou dispositivos que permitam poupar energia

 4. Modificar a maneira de posicionar o corpo nas diferentes atividades

 5. Eliminar parte ou a totalidade de uma atividade

 6. Delegar para ou a totalidade de uma atividade a outras pessoas

 7. Comunicar as necessidades de apoio a familiares ou a outras pessoas

 8. Modificar as rotinas, alterando a frequência de uma atividade desejada

 9. Ajustar a escolha de prioridades, escolhendo como gastar a energia

 10. Simplificar as atividades, de forma a que requeiram menos energia

 11. Planear o dia, de forma a equilibrar os períodos de descanso e de repouso

 12. Modificar a hora do dia para realizar uma determinada atividade

 13. Incluir períodos de descanso no dia de, pelo menos, uma hora

 14. Descansar durante atividades fatigantes durante 30 minutos ou mais

Sessão 5: Ansiedade, Depressão e Gestão de Stress (relaxamento)

Objetivos pedagógicos	Explicar aos pacientes os conceitos de depressão e ansiedade, a relação entre estes sintomas e os sintomas da EM. Para além disso, iremos explorar os pensamentos e comportamentos associados ao desconforto emocional. Ajudar os pacientes a encontrarem estratégias efetivas para lidarem com o desconforto emocional associado à doença.
Competências a desenvolver	Dotar os pacientes de capacidades de coping e de relaxamento.
Ferramentas pedagógicas	Folhas brancas, quadro, canetas, Guia de Relaxamento, Avaliação Pedagógica da Sessão
Planeamento da sessão	O planeamento desta sessão baseou-se no programa de Psicoeducação desenvolvido por [65]. Num primeiro momento iremos fomentar a discussão das seguintes questões: O que é a ansiedade e a tristeza? Porque temos essas emoções? Quando é que a ansiedade e a depressão se tornam um problema? “ A ansiedade e a tristeza são respostas emocionais dos nossos corpos para nos ajudarem a adaptarmo-nos a situações difíceis. Quando uma pessoa é diagnosticada com uma doença neurológica é normal que se sinta triste ou ansiosa. De facto, são emoções que nos permitem preparar para a ação, para enfrentar o estado fisiológico. Por vezes as nossas respostas emocionais são tão fortes e duram tanto, que necessitamos de ajuda para fazer face ao problema. Neste caso as nossas reações podem conduzir a problemas. Alguém me pode dizer quais as reações mais comuns que tiveram quando se sentiram ansiosos ou tristes por um longo período de tempo ou quando a ansiedade e a tristeza são muito intensas?” (p.153) De seguida, será construído um quadro com alguns exemplos de reações físicas e psicológicas que deve ser completado pelos pacientes. Os participantes serão questionados acerca dos pensamentos negativos que se relacionam com a ansiedade e a tristeza: “Alguém pode dizer-me os pensamentos negativos que acompanham a ansiedade e a tristeza? Esses pensamentos influenciam o comportamento? De que maneira?” (p.154)
Definição de conceitos de ansiedade e tristeza	
Distinção entre sintomatologia ansiosa e depressiva e desordens afetivas	“A ansiedade é uma emoção normal quando as pessoas vivenciam determinadas situações. Caracteriza-se por nervosismo, agitação. Quando estes sintomas se manifestam de forma prolongada no tempo e se refletem no dia-a-dia dos pacientes devem procurar um aconselhamento profissional. A tristeza também é uma emoção normal em algumas situações, no entanto, se persistir pode

desenvolver-se Depressão.”

Consideram que a Ansiedade e a Depressão são comuns na EM?

“Cerca de 50% dos pacientes com EM sofrem de Depressão no curso da doença. Quanto à ansiedade, alguns autores consideram que se encontram em níveis normais.”

A Ansiedade e a Depressão podem ser tratadas?

Apesar de a EM ser uma doença crónica, a ansiedade e a depressão podem ser tratadas.

Distribuição de sugestões para lidar com a ansiedade e depressão

Discussão de possíveis estratégias para lidar com a sintomatologia ansiosa e depressiva.

Abordagem Cognitiva

Os participantes devem dividir-se em dois grupos e responder à questão: O que me preocupa? Discussão acerca das preocupações.

Explorar preocupações

Os pensamentos negativos podem fazer parte do processo de adaptação à doença. O importante é perceber quando ocorrem para neutralizá-los, concentrando-se nos aspetos positivos.

Discussão sobre as vantagens e desvantagens de antecipar os problemas

A partir do pensamento negativo: Eu vou necessitar de cuidados e ser um fardo para todos, desencadeiam pensamentos positivos. Por exemplo, preocupar-me com o que pode ou não acontecer não me vai ajudar neste momento; aconteça o que acontecer eu vou ser capaz de lidar com isso.

Os participantes serão encorajados a gerarem pensamentos positivos sobre a sua situação presente e a focarem-se na forma como esses pensamentos podem reduzir o desconforto emocional e ajudar a adaptarem à doença.

Abordagem Comportamental

Como alternativa a esta abordagem cognitiva, pode ser utilizada uma abordagem comportamental, no caso de percebermos que os participantes não têm capacidade de abstração suficiente para refletirem acerca dos seus pensamentos.

Exploração de experiências e atividades realizadas

Outra estratégia que pode ser utilizada consiste em dividir o grupo em dois grupos e solicitar-lhes que respondam às questões:

“O que deixei de fazer como resultado da doença?

O que comecei a fazer como resultado da doença?”

As respostas serão apresentadas ao grupo, construindo-se uma tabela com as vantagens e desvantagens dessas mudanças. Assim, os participantes podem perceber que a EM é uma doença crónica e que é importante envolverem-se em atividades agradáveis para evitar sentir baixa auto-estima e prevenir depressão.

Discussão de atividades saudáveis

Os participantes serão convidados a completarem uma tabela com atividades saudáveis e emoções positivas.

Para o relaxamento seguiremos o guião formulado por [65] que se encontra em

anexo (anexo 4). Este exercício inclui três métodos de relaxamento diferentes: relaxamento muscular, controlo respiratório e imaginação visual. Também será fornecido um guia com instruções para os pacientes fazerem relaxamento em casa.

Avaliação Preenchimento do Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão
Pedagógica

Estratégias para lidar com a Ansiedade e a Depressão

1. Organização do tempo.
2. Praticar exercício físico.
3. Realizar exercícios mentais.
4. Contactar com o mundo que o rodeia.
5. Envolver-se em atividades interessantes.
6. Seguir uma dieta saudável.
7. Evitar substâncias que o podem fazer sentir nervoso (como café).
8. Estabelecer uma rede social de apoio.
9. Envolver-se em atividades relaxantes.

Reabilitação Neuropsicológica

As sessões de reabilitação neuropsicológica têm a duração estimada de 60 minutos e estão organizadas por área cognitiva, tendo exercícios de complexidade crescente. No caso de os participantes terminarem rapidamente ou os exercícios propostos não serem motivadores para os mesmos, dispomos de um software com atividades que abrangem os diferentes domínios cognitivos em níveis de complexidade crescente. Utilizaremos estratégias compensatórias e restauradoras com vista à melhoria do funcionamento cognitivo dos pacientes.

Apesar de só incluirmos um exercício especificamente dirigido para a velocidade de processamento, esta função será treinada nas diferentes sessões, nomeadamente solicitando aos participantes que respondam no menor tempo possível às questões.

Sessão I

Objetivos pedagógicos	<p>Ensinar aos pacientes de que forma os sintomas cognitivos mais prevalentes na EM interagem com outros sintomas da EM (como fadiga e depressão).</p> <p>Estimular a adoção de estratégias compensatórias.</p> <p>Treino da capacidade visuoperceptiva, da memória espacial e da capacidade visuoconstrutiva.</p> <p>Estabelecer a ligação entre estas capacidades cognitivas e as atividades da vida diária.</p>
Ferramentas pedagógicas	Computador, Projetor, Canetas, Folhas brancas, Quadras, Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão
Planeamento da sessão	<p>Na primeira parte será discutida a importância das capacidades visuoperceptiva e visuoconstrutiva no dia-a-dia dos participantes. De seguida serão abordadas estratégias compensatórias dos défices de um modo geral.</p> <p>Treino da capacidade visuoperceptiva</p> <p>Serão apresentadas algumas figuras de duplo sentido/ilusórias, o que nos permitirá não só trabalhar a perceção de estímulos visuais, a capacidade de abstração, como também fazê-los perceber que diferentes pessoas olham para a mesma situação de maneiras diferentes com base nas suas experiências prévias.</p> <p>Procurando, desta forma, a transferência das capacidades aprendidas para o quotidiano dos participantes. Cada participante será convidado a interpretar uma imagem de duplo sentido/ilusórias.</p>
Treino da memória espacial e span espacial	<p>De seguida, será realizado um exercício de memória espacial e span visual, no qual é requerido aos participantes que indiquem o quadrado destacado em tabelas de complexidade crescente. Assim, cada participante terá de indicar numa grelha de 2x2 qual o quadrado destacado. De seguida, são destacados dois quadrados e os participantes são convidados a indicar os quadrados pela ordem que foram destacados. A tarefa vai aumentando de complexidade, com aumento da grelha para 3x3 e 4x4; e aumento do número dos quadrados destacados. Os participantes terão de realizar a prova no menor tempo possível, pelo que, também será treinada a velocidade de processamento.</p>
Treino da capacidade visuoconstrutiva	<p>A sessão termina com uma tarefa para reabilitar a capacidade construtiva dos participantes, em que é solicitada a observação de uma figura retirada de [66], durante 1 minuto e a reprodução de memória.</p>
Trabalho de casa	<p>Por último será atribuído aos participantes o trabalho de casa que consiste na memorização de poemas (quadras).</p>
Avaliação Pedagógica	Preenchimento do Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão

Sessão II

Objetivos pedagógicos	<p>Estabelecer a ligação entre a função cognitiva abordada (memória) e a vida diária dos participantes.</p> <p>Treino da aprendizagem e memória diferida, da capacidade de codificação da informação, da memória de trabalho.</p> <p>Início do treino da atenção, mais especificamente, da atenção seletiva e concentração.</p>
Ferramentas pedagógicas	Computador, Projetor, Canetas, Folhas brancas, Sopa de Letras, Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão
Planeamento da sessão	Revisão do trabalho de casa, os participantes devem recitar a quadra que os convidamos a memorizar.
Treino da aprendizagem e da memória com interferência	Explicar aos participantes a função cognitiva que será treinada, estabelecendo-se uma ligação entre os exercícios e a vida diária.
	De seguida, será apresentado, durante um minuto, um menú de restaurante que os participantes devem memorizar e cujo conteúdo será questionado mais tarde (1 minuto) [66].
Treino da codificação de informação	A próxima tarefa visa ensinar aos pacientes estratégias que facilitem a recordação de itens, como o agrupamento em categorias semânticas. A tarefa foi desenvolvida tendo por base um programa de estimulação de memória. Os participantes são solicitados a memorizar uma lista de 20 palavras durante um minuto. Depois devem escrever o maior número de palavras que se recordarem da lista. São apresentadas 5 categorias semânticas e devem copiar as palavras para a categoria correspondente. É-lhes dado, novamente, um minuto para memorizarem as palavras desta vez agrupadas. De seguida, partindo das categorias semânticas devem escrever as palavras memorizadas.
Aprendizagem	Será apresentada uma história breve com imagens que os participantes devem memorizar e contar de seguida, tal como [48].
Memória de trabalho	Terminada a tarefa anterior, os participantes serão convidados a decifrar anagramas de complexidade crescente, adaptado de [50].
Treino da atenção seletiva, concentração, controlo executivo	A próxima atividade é o teste de Stroop em que os participantes respondem à vez à tarefa.
Trabalho de casa	O trabalho de casa atribuído serão duas atividades de sopa de letras, uma com palavras de diferentes categorias semânticas e outra com palavras com a mesma categoria semântica para estimular não só a memória, como também a atenção.
Avaliação Pedagógica	Preenchimento do Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão

Sessão III

Objetivos pedagógicos	Estabelecer a ligação entre a função cognitiva abordada (atenção) e a vida diária dos participantes. Treino da atenção (dividida, sustentada, focalizada), da velocidade de processamento e introdução ao treino da capacidade de resolução de problemas.
Ferramentas pedagógicas	Computador, Projetor, Canetas, Folhas brancas, Sudoku, Questionário de Avaliações Pedagógicas da Sessão
Planeamento da sessão	Revisão dos trabalhos de casa. Discussão sobre a função cognitiva trabalhada (atenção) e respetiva relação com atividades da vida diária.
Treino da atenção focalizada	A primeira tarefa consistirá em selecionar um único símbolo (trevo) entre outros [66].
Treino da atenção dividida	Na segunda tarefa, os participantes são convidados a selecionar dois símbolos diferentes, o número 3 e o número 7. O número 7 deve ser selecionado com uma linha e o número 3 deve ser selecionado com uma cruz [66].
Treino da atenção sustentada	De seguida, os participantes são convidados a escreverem a posição de certas figuras numa mesa [66].
Treino da velocidade de processamento	A próxima tarefa consiste na apresentação de uma série de algarismos durante um minuto. Depois, serão apresentados alguns algarismos e os participantes devem indicar no menor tempo possível se estavam presentes na série previamente apresentada.
Treino da capacidade de resolução de problemas	Cada participante deve completar um ensaio da Torre de Londres, apresentado através de um software informático.
Trabalho de casa	Atribuição de um sudoku de nível fácil para completar em casa e explicação das regras do jogo, com o objetivo de melhoria das estratégias cognitivas (resolução de problemas, flexibilidade cognitiva), visto que requer memória de trabalho e inibição de informação irrelevante.
Avaliação Pedagógica	Preenchimento do Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão

Sessão IV

Objetivos pedagógicos	Estabelecer a ligação entre a função cognitiva abordada (fluência verbal, funções executivas) e a vida diária dos participantes. Treino da fluência verbal (semântica, fonológica e alternada), do controlo inibitório, sequenciação e planeamento.
Ferramentas pedagógicas	Computador, Projetor, Canetas, Folhas brancas, Sudoku, Subteste da procura da chave da BADS, Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão
Planeamento da sessão	Revisão dos trabalhos de casa. Discussão sobre a função cognitiva trabalhada (fluência verbal e funções executivas-planeamento, resolução de problemas, inibição) e respetiva relação com atividades da vida diária.
Fluência Semântica	Na primeira tarefa, os participantes devem, durante um minuto, escrever todas as palavras que se lembrem pertencentes às seguintes categorias semânticas: animais, profissões, desportos, nomes [66].
Fluência Fonológica	De seguida, são convidados a escreverem, durante um minuto, todas as palavras que se recordem começadas pelos fonemas: m, r, a, p [66].
Fluência Alternada	Na próxima tarefa pretende-se que cada participante diga de forma alternada o nome de um homem e o nome de um mulher durante 30 segundos [66].
Controlo Inibitório	Serão dadas aos participantes instruções conflituosas: quando eu bater uma palma batam duas e depois quando eu bater duas palmas não batam nenhuma palma.
Sequenciação	Apresentaremos aos participantes um esquema em que a cada dedo da mão direita é atribuído um número, de seguida ser-lhes-á dada uma sequência que devem reproduzir. Num primeiro momento têm a imagem da mão com os respetivos números, depois terão de reproduzir de memória sequências de complexidade crescente.
Planeamento	Subteste da procura da chave da BADS.
Trabalho de casa	Como trabalho de casa será atribuído um sudoku de nível médio.
Avaliação Pedagógica	Preenchimento do Questionário de Avaliação Pedagógica da Sessão

Sessão V

Objetivos pedagógicos	Treino das funções executivas (resolução de problemas, raciocínio abstrato, flexibilidade mental, mudança de regra).
Ferramentas pedagógicas	Computador, Projetor, Canetas, Folhas brancas, Sudoku, Questionário de Avaliação Pedagógica do Programa
Planeamento da sessão	Revisão dos trabalhos de casa.
Treino do controlo inibitório	A primeira tarefa consiste em face a um quadrado com números, dizer quantos números estão no quadrado e não qual o número apresentado.
Treino do raciocínio abstrato e da capacidade de resolução de problemas	A próxima tarefa é a prova Matrizes Progressivas de Raven.
Treino da flexibilidade mental e mudança de regra	Os participantes realizarão um de cada vez, a prova das Cartas de Winsconsin apresentada através de um software informático.
Avaliação Pedagógica	Questionário de Avaliação Pedagógica do Programa

Material de Intervenção

As sessões serão ministradas com recurso a um quadro, um computador e um projetor através do qual serão apresentadas as diferentes atividades.

Na sessão “Conhecer melhor a EM” serão utilizadas rodas decisórias elaboradas em formato de papel, para apurarmos a capacidade dos participantes de tomarem decisões acerca da sua doença. Uma vez que a roda de decisões apresenta as consequências, favorecerá a aquisição de competências de auto-cuidado e de adaptação à doença.

Na sessão “Exercícios de Auto-Reabilitação” utilizaremos como guia o manual desenvolvido pela *National Multiple Sclerosis Society* [64].

O relaxamento que será realizado na sessão “Ansiedade, Depressão e Gestão de Stress” será baseado em [65], sendo fornecido um guia ao paciente para que possa fazer relaxamento em casa.

Na Reabilitação Neuropsicológica serão utilizadas algumas ferramentas de avaliação neuropsicológica com vista ao treino cognitivo, entre elas: o teste de Stroop, as cartas de Winsconsin, a Torre de Londres, as Matrizes Progressivas de Raven e o subteste de procura da chave da BADS. Bem como exercícios elaborados tendo em conta os défices apresentados pelos pacientes com EM descritos no planeamento de cada sessão.

No que concerne aos trabalhos de casa, também será fornecido material aos participantes no final de cada sessão, incluindo: quadras para memorizarem, sopa de letras, sudoku com diferentes níveis de dificuldade.

Dentro do material de intervenção inclui-se, ainda, o manual do utente desenvolvido com base nos documentos [67,68,69,70,71], que salientam a informação que deve ser transmitida aos pacientes dentro de cada temática, nomeadamente alterações sexuais, cognitivas e emocionais. Assim, como as respostas a algumas das questões mais frequentemente colocadas pelos pacientes de acordo com [72].

1. Referências Bibliográficas

- [1] World Health Organization. (2006). Neurological disorders public health challenges
- [2] Machado A, Valente F, Reis M, et al. Esclerose Múltipla: Implicações Sócio-Económicas. *Acta Médica Portuguesa*. 2004; 23: 631-640
- [3] Paiva CM. Consumo de recursos e qualidade de vida dos doentes com Esclerose Múltipla: evidência para Portugal. [Tese de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2012
- [4] World Health Organization. (2008). Atlas Multiple Sclerosis Resources in The World
- [5] Mohr DC, Dick LP, Russo D, et al. The Psychosocial Impact of Multiple Sclerosis: Exploring the Patient's Perspective. *Health Psychology*. 1999; 18 (4): 376-382
- [6] Freeman JA, Porter B, Thompson AJ. Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2008; 14(2): 63–75. doi: 10.1310/sci1402-63
- [7] Ko CK. Effectiveness of rehabilitation for multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*. 1999; 13:33-41. DOI: 10.1191/026921599669648143
- [8] European Multiple Sclerosis Platform (EMSP). Code of Good Practice in MS. 2008. www.ms-in-europe.org
- [9] Fragoso YD, Silva EO, Finkelsztejn A. Correlation between Fatigue and Self-esteem in patients with Multiple Sclerosis. *Arquivos of Neuropsiquiatria*. 2009; 67(3): 818-821
- [10] Induruwa I, Constantinescu CS, Gran B. Fatigue in multiple sclerosis — A brief review. *Journal of the Neurological Sciences*. 2012; 323: 9–15. doi.org/10.1016/j.jns.2012.08.007
- [11] Béthoux F. Fatigue and multiple sclerosis. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 2006; 49: 355–360. doi:10.1016/j.anrmp.2006.04.022
- [12] Patty F. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2009; 15: 2–8
- [13] Simioni S, Ruffieux C, Bruggimann L, et al. Cognition, mood and fatigue in patients in the early stage of multiple sclerosis. *Swiss Med Wkly*. 2007;137: 496–501
- [14] Anhoque CF, Domingues SC, Carvalho T, et al. Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. *Arquivos of Neuropsiquiatria*. 2011; 69(6): 882-886
- [15] Stepleman LM, Jump R, Shelton SF, et al. Psychological Consultation Services at a Multiple Sclerosis Clinic:A Programmatic Example. *Int J MS Care*. 2009; 11: 180–186.
- [16] Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76: 469–475. doi: 10.1136/jnnp.2004.054635

- [17] Sousa C, Pereira MG. Morbilidade Psicológica e Representações da Doença em Pacientes com Esclerose Múltipla: Estudo de Validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia: Saúde e Doenças*. 2008; 9 (2): 1-14
- [18] Peixoto MA, Teixeira AL, Haase VG. Interferon beta-1A-induced Depression and Suicidal Ideation in Multiple Sclerosis. *Arquives of Neuropsychiatry*. 2002; 60(3): 721-724
- [19] Andrade VM, Bueno OF, Oliveira MG, et al. Cognitive profile of patients with relapsing remitting multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(3-B): 775-783
- [20] Feinstein A. Mood disorders in multiple sclerosis and the effects on cognition. *Journal of the Neurological Sciences*. 2006; 245: 63 – 66. doi:10.1016/j.jns.2005.08.020
- [21] Nocentini U, Pasqualetti P, Bonavita S, et al. Cognitive dysfunction in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*. 2006; 12: 77-87
- [22] Achiron A, Barak Y. Cognitive impairment in probable multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*. 2003; 74: 443-446.
- [23] Messinis L, Kosmidis MH, Lyros E, et al. Assessment and rehabilitation of cognitive impairment in multiple sclerosis. *International Review of Psychiatry*. 2010; 22(1): 22–34. DOI: 10.3109/09540261003589372
- [24] Drew M, Tippett LJ, Starkey NJ, et al. Executive dysfunction and cognitive impairment in a large community-based sample with Multiple Sclerosis from New Zealand: A descriptive study. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2008; 23: 1–19. doi:10.1016/j.acn.2007.09.005
- [25] Thornton AE, Defreitas VG. (2009). The Neuropsychology of Multiple Sclerosis. In Grant, I., Adams, K. M. (Eds), *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders* (280-305). New York: Oxford
- [26] Achiron A, Polliack M, Rao SM, et al. Cognitive patterns and progression in multiple sclerosis: construction and validation of percentile curves. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*. 2005; 76: 744–749. doi: 10.1136/jnnp.2004.045518
- [27] Demaree HA, DeLuca J, Gaudino EA, et al. Speed of information processing as a key deficit in multiple sclerosis: implications for rehabilitation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999; 67: 661–663
- [28] Lengenfelder J, Bryant D, Diamond BJ, et al. Processing speed interacts with working memory efficiency in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2006; 21: 229–238. doi: 10.1016/j.acn.2005.12.001
- [29] Staffen W, Mair A, Zauner H, et al. Cognitive function and fMRI in patients with multiple sclerosis: evidence for compensatory cortical activation during an attention task. *Brain*. 2002; 125: 1275-1282

- [30] Drake MA, Carra A, Allegri RF, et al. Differential patterns of memory performance in relapsing, remitting and secondary progressive multiple sclerosis. *Neurol India*. 2006; 54: 370-6
- [31] Zakzanis KK. Distinct Neurocognitive Profiles in Multiple Sclerosis Subtypes. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2000; 15(2): 115–136
- [32] Benedict RH, Bakshi R, Simon JH, et al. Frontal Cortex Atrophy Predicts Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*. 2002; 14(1): 44-51
- [33] Foong J, Rozewicz L, Quaghebeur G, et al. Executive function in multiple sclerosis: The role of frontal lobe pathology. *Brain*. 1997; 120: 15–26
- [34] Grant I, McDonald W, Trimble MR, et al. Deficient learning and memory in early and middle phases of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1984; 47:250-255
- [35] Piras MR, Magnano I, Canu ED, et al. Longitudinal study of cognitive dysfunction in multiple sclerosis: neuropsychological, neuroradiological, and neurophysiological findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003; 74:878–885
- [36] McCarthy M, Beaumont JG, Thompson R, et al. Modality-specific aspects of sustained and divided attentional performance in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2005; 20: 705–718. doi:10.1016/j.acn.2005.04.007
- [37] Beatty WW, Monson N. Problem solving by patients with Multiple Sclerosis: Comparison of performance on the Wisconsin and California Card Sorting tests. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 1996; 2: 134–140.
- [38] Vleugels L, Lafosse C, Nunen A, et al. Visuo-perceptual impairment in multiple sclerosis patients diagnosed with neuropsychological tasks. *Mult Scler*. 2000; 6 (4): 241-254
- [39] Sumowski JF, Wylie GR, DeLuca J, et al. Intellectual enrichment is linked to cerebral efficiency in multiple sclerosis: functional magnetic resonance imaging evidence for cognitive reserve. *Brain*. 2010; 133: 362-374. doi:10.1093/brain/awp307
- [40] Sumowski JF, Wylie GR, Chiaravalloti N, et al. Intellectual enrichment lessens the effect of brain atrophy on learning and memory in multiple sclerosis. *Neurology*. 2010; 74: 1942-1945
- [41] Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Education and Counseling*. 2010; 79: 283-286. doi:10.1016/j.pec.2010.03.015
- [42] Lacroix A. Quels Fondements Théoriques pour L'Éducation Thérapeutique? *Santé Publique*. 2007; 19 (4): 271-281.
- [43] Gélis A, Stéfan A, Colin D, et al. Therapeutic education in persons with spinal cord injury: A review of the literature. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011; 54: 189–210. doi: 10.1016/j.rehab.2011.03.004

- [44] Wlodyka SD, Donze C, Givron P. Self care programs and multiple sclerosis: Physical therapeutics treatment - literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011; 54: 109–128. doi:10.1016/j.rehab.2011.01.003
- [45] Johnson SK. The Neuropsychology of Multiple Sclerosis. *Dis Mon*. 2007; 53:172-176. doi: 10.1016/j.disamonth.2007.04.009
- [46] Shevil E, Finlayson M. Pilot study of a cognitive intervention program for persons with multiple sclerosis. *Health Education Research*. 2010; 25 (1): 41-53. doi:10.1093/her/cyp037
- [47] Fendrick S. Cognitive Rehabilitation for individuals with multiple sclerosis does not have defined treatment protocols but the current literature expresses that treatment does show improvement. *Physical Function*. 2009; 1-13. <http://commons.pacificu.edu/otpf/7>
- [48] O'Brien AR, Chiaravalloti N, Goyerover Y, et al. Evidenced-Based Cognitive Rehabilitation for Persons With Multiple Sclerosis: A Review of the Literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008; 89 (4): 761-769
- [49] Brissart H, Leroy M, Morele E, et al. Cognitive rehabilitation in Multiple sclerosis. *Neurocase*. 2013; 19 (6): 553-565. doi.org/10.1080/13554794.2012.701644
- [50] Filippi M, Riccitelli G, Mattioli F, et al. Multiple Sclerosis: Effects of Cognitive Rehabilitation on Structural and Functional MR Imaging Measures - An Explorative Study. *Radiology*. 2012; 262 (3): 932-940
- [51] Crawford P. Talking about family issues [Internet]. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2009 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalMSSociety.org/
- [52] Araújo F, Ribeiro JL, Oliveira A. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007; 25(2): 59-66
- [53] Pereira MG, Duarte S. Fadiga intensa em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico: estudo das características psicométricas da Escala de Intensidade da Fadiga. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2010; 11 (1): 121-136
- [54] Carnero-Pardo C, Espejo-Martinez B, Lopez-Alcalde S, et al. Effectiveness and costs of Phototest in dementia and cognitive impairment screening. *BMC Neurology*. 2011; 11(1): 92
- [55] Carnero-Pardo C, Montoro-Ríos MT. Test de las fotos. *Rev Neurol*. 2004; 39(9): 801-6
- [56] Carnero-Pardo C, Espejo-Martinez B, Lopez-Alcalde S, et al. Diagnostic accuracy, effectiveness and cost for cognitive impairment and dementia screening of three short cognitive tests applicable to illiterates. *PloS one*. 2011, 6(11): e27069
- [57] Carnero-Pardo C, Saez-Zea C, Montiel Navarro L, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología*. 2007; 22(10): 860-869

- [58] Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel-Navarro L, et al. Estudio normativo y de fiabilidad del Fototest. *Neurología*. 2011; 26(1): 20-25
- [59] Aksoy S, Timer E, Mumcu S, et al. Screening for Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis with MOCA Test. *Turkish Journal of Neurology*. 2013; 19: 52-55. DOI:10.4274/Tnd.86570
- [60] Araújo MM. Avaliação da Qualidade de Vida em Doentes com Esclerose Múltipla através da Adaptação do Questionário Multiple Sclerosis Quality of Life - 54 para Língua Portuguesa. [Tese de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2013
- [61] EMCode: Conhecer e desmistificar a esclerose múltipla em Portugal. [Internet]. Portugal: Direção Geral de Saúde; 2011 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=20273>
- [62] Kalb R. Multiple Sclerosis: A Focus on Rehabilitation [Internet]. 5.ed. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2012 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalMSSociety.org/PRC
- [63] Kalb R, Reitman N. Multiple Sclerosis: A Model of Psychosocial Support [Internet]. 5.ed. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2012 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalMSSociety.org/
- [64] Ejercicios Prácticos de Estiramiento para las Personas con Esclerosis Múltiple [Internet]. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2011 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalmssociety.org
- [65] Pasqualini MS, Simons G. Patient Education for People with Parkinson's Disease and their Carers. England: John Wiley & Sons; 2006
- [66] Silva SV, Cunha LS, Meneses RF, et al. Neuropsychological Rehabilitation: Proposed Exercises. 2006. 1st International Symposium on Neuropsychology and rehabilitation
- [67] Foley, F. Talking about sexual dysfunction [Internet]. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2009 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalmssociety.org
- [68] Caruso L, DeLuca J, LaRocca NG, et al. North American Education Program: Hold that Thought! Cognition and MS [Internet]. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2008 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalmssociety.org
- [69] Larocca NG. Solving Cognitive Problems: Managing specific issues [Internet]. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2011 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalmssociety.org
- [70] LaRocca N. Talking about Cognitive Dysfunction [Internet]. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2009 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalmssociety.org

[71] Minden S. Talking about Depression and Other Emotional Changes [Internet]. New York: National Multiple Sclerosis Society; 2009 [acesso em 2013 dez 9]. Disponível em: nationalmssociety.org

[72] Fernández O, Fernández V, Guerrero, M. Todo lo que usted siempre quiso saber acerca de la esclerose múltiple y no se atrevió a preguntar. Madrid: Línea de Comunicación; 2008

DIAGNÓSTICO EDUCATIVO

IDENTIFICAÇÃO:

CÓDIGO:

SEXO: MASCULINO FEMININO

IDADE: _____

ESTADO CIVIL:

Solteiro Casado/União de facto Divorciado/Separado Viúvo

NÍVEL EDUCACIONAL:

Não frequentou a escola Até quatro anos de escolaridade
Cinco a seis anos de escolaridade Sete a nove anos de escolaridade
Dez a doze anos de escolaridade Frequência Universitária
Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

PROFISSÃO: _____

Situação profissional: Estudante Ativo Desempregado Reformado

VIVE COM: _____

CONTACTOS: _____

ANO DE DIAGNÓSTICO: _____

HÁBITOS E COSTUMES

Fuma? Sim Não

Consome bebidas alcoólicas? Sim Não

Frequência _____ Quantidade _____

PATOLOGIA:

O que é para si a esclerose múltipla?

O que é para si um surto?

Quais foram os primeiros sintomas da doença?

Quais os sintomas que o perturbam mais? Como os gere?

Tem algum familiar que sofra da mesma doença?

Alguma vez esteve internado devido à Esclerose Múltipla?

TRATAMENTO:

Que tratamento realiza?

Como vive o seu tratamento? (fobia, constrangimentos, necessita de ajuda)

Quais as dificuldades?

Num mês, quantas vezes não procedeu à toma da medicação?

ESTADO PSICOLÓGICO/AFETIVO:

Como se sente quando pensa na sua saúde?

Como tem vivido a sua doença?

Confidencia com alguém os seus momentos menos bons da doença?

Sente que essa pessoa o (a) compreende?

De que forma essa pessoa o (a) ajuda a lidar com os problemas?

Tem ou teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

DÉFICES COGNITIVOS PERCEBIDOS

Esquecesse do que foi dito numa conversa?

Consegue manter a atenção numa conversa com um familiar ao mesmo tempo que realiza uma tarefa?

Tem dificuldades em encontrar as palavras durante uma conversa?

Sente que, por vezes, precisa de mais tempo para completar algumas tarefas (por exemplo, quando está envolvido um maior número de informações, jogos de cartas)?

Tem problemas em tomar decisões?

SITUAÇÃO FAMILIAR:

O que pensam os seus familiares da sua doença?

Como têm vivenciado a sua doença?

SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

A entidade patronal e os seus colegas têm conhecimento da presença da doença?

No caso de terem conhecimento:

O que pensa a sua entidade patronal da sua doença?

O que pensam os seus colegas de trabalho da sua doença?

Tem sido possível adequar o trabalho às suas limitações?

ATIVIDADES DE LAZER:

Como costuma ocupar os seus tempos livres?

O que pensa do exercício físico?

Já praticou alguma atividade física?

Sente que seria benéfico praticar alguma atividade física?

O QUE GOSTARIA DE VER ABORDADO NO PROGRAMA DE ET?

Fatores facilitadores	Fatores dificultadores

SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO EDUCATIVO

CONHECIMENTOS SOBRE A PATOLOGIA:

Está suficientemente informado sobre:

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| a Esclerose Múltipla? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| a sintomatologia | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| gestão dos sintomas | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| surtos | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

CONHECIMENTOS/GESTÃO DO SEU TRATAMENTO:

Quem administra? _____

- | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Adesão > 80% | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Procedimento correto de auto-administração | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Gestão adequada dos efeitos secundários | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

ESTADO PSICOLÓGICO:

Aceitação da doença:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| choque <input type="checkbox"/> | negação <input type="checkbox"/> | revolta <input type="checkbox"/> |
| negociação <input type="checkbox"/> | depressão <input type="checkbox"/> | aceitação <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| Ansiedade <input type="checkbox"/> | Perturbações do sono <input type="checkbox"/> | Stress <input type="checkbox"/> |
| Tristeza <input type="checkbox"/> | Coping com a doença <input type="checkbox"/> | |

DÉFICES COGNITIVOS PERCEBIDOS

Memória Funções Executivas Velocidade de processamento
Atenção Fluência Verbal

AMBIENTE FAMILIAR:

Apoio familiar Sim Não
Aceitação da doença por parte dos familiares Sim Não
Compreensão da doença por parte dos familiares Sim Não

ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Conhecimento da doença Sim Não
Adequação da atividade laboral Sim Não
Se sim, como? _____

SINTOMATOLOGIA PRESENTE:

Sintomas:

Fadiga Alterações da sensibilidade Alterações urinárias Alterações sexuais
Dor Alterações intestinais Alterações visuais Alterações motoras
Espasmos Tremores Equilíbrio Perturbação do sono

ATIVIDADES DE LAZER:

Ocupação de tempos livres Sim Não
Se sim, qual? _____
Exercício físico? Sim Não
Se sim, qual? _____
Tem interesse em aprender exercícios físicos? Sim Não

REFERENCIAL DE COMPETÊNCIAS

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS PEDAGÓGICOS	DATA (S):	ADQUIRIDO:
			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Nas questões que se seguem selecione a alternativa correta.

O que é a Esclerose Múltipla?

- Não sei o que é
- Não sei explicar.
- Doença do Sistema Nervoso Central
- Doença dos ossos/articulações

Qual é o sintoma mais reportado pelos doentes com EM?

- Não sei
- distúrbios visuais
- tremor
- fadiga

A Esclerose Múltipla é mais comum:

- Não sei
- Nos homens
- Nas mulheres
- Em ambos

Que faixa etária atinge principalmente a Esclerose Múltipla?

- Não sei
- Com menos de 20 anos
- Entre os 20-40 anos
- Entre os 40-60 anos
- mais de 60 anos

Qual o tratamento mais eficaz nas alterações cognitivas?

- medicação
- estratégias e ferramentas para compensar as funções cognitivas comprometidas
- exercícios para treinar as funções cognitivas comprometidas

Assinale com **X** de acordo com os seus conhecimentos.

	NÃO SEI	VERDADEIRO	FALSO
A EM constitui a doença mais comum do Sistema Nervoso Central nos adultos jovens.			
De acordo com as investigações a EM resulta de uma resposta auto-imune anormal a um agente infeccioso ou a fator ambiental num indivíduo geneticamente suscetível.			
Grande parte dos sintomas da Esclerose Múltipla podem ser controlados e tratados com sucesso.			
A EM é uma doença hereditária.			
A EM é uma doença contagiosa.			
Estima-se que haja pelo menos 5000 pessoas com EM em Portugal.			
A Esclerose Múltipla é uma doença crónica.			
Estudos indicam que cerca de metade dos pacientes com EM desenvolvem depressão no curso da doença.			
Cerca de metade das pessoas com EM revela alterações cognitivas, como problemas de memória, de atenção.			
As alterações cognitivas só se manifestam no início da doença.			
As mulheres com EM não podem ter filhos.			
A atividade laboral piora a evolução da doença.			
Um surto consiste no aparecimento de sintomas, como perda de força durante mais de 48 horas.			
As pessoas com Esclerose Múltipla devem tomar banhos de água quente.			

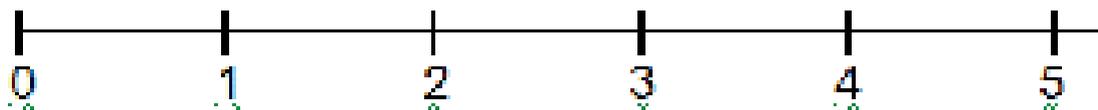
Avaliação Pedagógica das sessões

	 Muito satisfeito	 Bastante satisfeito	 Bastante insatisfeito	 Muito insatisfeito	Não se aplica
Apresentação da sessão					
Linguagem utilizada					
Disponibilidade do moderador					
Conteúdos abordados					
Ambiente da sessão					

Avaliação Pedagógica do Programa

Como classifica a sua satisfação com o programa de Intervenção?

Atribua uma nota de 0 a 5 ao programa na sua globalidade (em que 0 significa não estou de todo satisfeito (a) e 5 significa muito satisfeito (a))



	 Muito satisfeito	  Bastante satisfeito	 Bastante insatisfeito	 Muito insatisfeito	Não se aplica
Número de sessões					
Duração das sessões					
Os documentos fornecidos					
A adaptação dos horários					
A qualidade das intervenções					
A apresentação do programa					

Relaxamento

Conteúdo	Instruções
Preparação	<p>Por favor coloquem-se numa posição confortável. Inclinem-se para trás. Mantenham as pernas a uma distância confortável uma da outra. Deixem os braços numa posição confortável nos braços da poltrona/ou nas pernas.</p> <p>Fechem os olhos e respirem fundo. Concentrem-se apenas em vocês mesmos. Ignorem o resto. Esta sala está a começar a desaparecer, aos poucos, das vossas consciências (pausa). As vozes que os rodeiam estão a desaparecer ao fundo (pausa). Se vierem às vossas mentes pensamentos perturbadores, deixem-nos vir e irem embora das vossas consciências. Concentrem-se apenas em vocês mesmos, no vosso corpo, na vossa respiração. Deixem fluir a vossa inspiração e expiração ao vosso próprio ritmo. Observem que cada vez que expiram, se sentem mais e mais relaxados. Os vossos corpos sentem-se mais pesados, pressionando contra a cadeira/chão.</p>
Relaxamento Muscular	<p>Vamos relaxar os nossos corpos, primeiro contraindo e depois relaxando os grupos musculares. Vamos passar por cada grupo de músculos duas vezes: primeiro contraindo e depois relaxando. Ao contraírem os músculos, tentem usar apenas os músculos que eu pedir para contraírem. Deixem que o resto do corpo permaneça relaxado.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vamos começar pela perna direita. Contraíam os músculos da perna, endireitando a perna e fletindo o tornozelo. Sintam a tensão no pé e na perna. Agora deixem os músculos relaxarem. Sintam a diferença entre a tensão anterior nos músculos e o relaxamento agora. Contraíam os músculos da perna e do pé mais uma vez: estendam a perna e dobrem o tornozelo, mantenham... E relaxem novamente. Deixem os músculos da perna e do pé relaxarem mais e mais.2. Concentrem-se agora na vossa perna esquerda. Contraíam os músculos da vossa perna esquerda, endireitando a perna e fletindo o tornozelo. Mantenham essa tensão e sintam a tensão no pé e na perna. Agora, deixem os músculos relaxarem. Observem a sensação de relaxamento nos músculos (repitam a contração e o relaxamento)3. Agora concentrem-se nas coxas. Contraíam os músculos, mantenham-nos contraídos. Agora deixem os músculos relaxarem (repitam a contração e o relaxamento)4. Concentrem-se agora nos músculos das costas. Endireitem as costas, puxando os ombros atrás até à espinha dorsal. Sintam a tensão nos músculos das costas. Agora vamos relaxar os músculos das costas novamente. Fiquem relaxados e deixem que a sensação de relaxamento se espalhe (repitam a contração e o relaxamento)

Conteúdo	Instruções
	<p>5. Dirijam a atenção para os músculos abdominais agora. Empurrem a parte inferior das suas costas com força (contra o encosto da cadeira), apertando os músculos abdominais. Segurem firmemente os músculos e sintam a tensão no vosso abdómen. Agora deixem os músculos relaxarem novamente. Observem a sensação aconchegante de relaxamento nos vossos abdómens (repitam a contração e o relaxamento).</p> <p>6. Concentrem-se agora nos braços e mãos. Apertem os músculos do braço, endireitando o braço e fechando o punho. Sintam a tensão nos braços e mãos. Deixem os braços e as mãos relaxarem novamente. Deixem os braços descansar confortavelmente e sintam o relaxamento. Deixe que a sensação de relaxamento se torne mais e mais profunda (repitam a contração e o relaxamento).</p> <p>7. Vamos agora passar para os músculos do pescoço. Apertem o pescoço, empurrando a parte de trás da cabeça contra o encosto da cadeira e o queixo em direção ao peito. Mantenham os músculos do pescoço contraídos. Agora, deixem-nos relaxar. Sintam a propagação do relaxamento para o pescoço e ombros (repitam a contração e o relaxamento).</p> <p>8. Dirijam a atenção para o rosto e a testa. Enruguem a testa e o rosto, mantenham os músculos apertados. Agora vamos colocar a testa lisa e relaxada novamente. Assim como os músculos da testa relaxam, deixem a vossa mente relaxar também. (repitam a contração e o relaxamento)</p> <p>Agora que já passamos pelos principais músculos do corpo, concentrem-se nas sensações de relaxamento no corpo como um todo. Permitam-se relaxar mais e mais profundamente.</p>
<p>Controlo da respiração</p>	<p>Agora gostaria que se concentrassem na respiração. Dirijam a atenção para a forma como o ar flui para dentro e para fora.</p> <p>Respirem profundamente algumas vezes. Deixem o ar fluir nas partes mais baixas dos pulmões.</p> <p>Deixem fluir a respiração ao seu próprio ritmo novamente. Concentrem-se na exalação. Observem que cada vez que expiram, o corpo relaxa mais e mais. Sintam que a sensação de calma se espalha pela cabeça quando expiram. Deixem o fluxo de ar... (pausa).</p>

Conteúdo	Instruções
Imaginação Visual	<p>Vamos aprofundar o estado de relaxamento com a ajuda de uma imagem mental. Imaginem que estão num lugar onde se sintam bem. Podem estar à beira-mar, numa floresta, num prado na luz do sol ou noutra lugar especialmente importante para vocês e em que se sintam bem. Na vossa imaginação, vão aquele lugar e imaginem que estão deitados ou sentados nesse lugar agora. Deixem que esse lugar se torne tão nítido para vocês quanto possível. Está quente ou frio ou vosso redor? O que vêem? Vêem o céu, árvores, plantas, animais, pessoas? O que ouvem? Ouvem as vozes da natureza, animais, pessoas ou música? Que sensações têm no seu corpo? Como sentem as suas mãos? Como sentem a pele e o rosto? Que cheiros estão no ar? O que sentem? Mantenham uma imagem clara deste lugar na sua mente. Observem o estado de relaxamento. Associe esse lugar com a sensação de relaxamento. Durante os próximos minutos vou ficar quieta, para que se concentrem no relaxamento (pausa de cerca de 2 minutos). Esse lugar tornar-se-á num lugar em que pode voltar sempre que queira relaxar.</p>
Regresso	<p>Agora gostaria que se comesçassem a preparar, pouco a pouco, para voltarem a partir desse local relaxante para a sala. Deixem fluir o tónus muscular normal de volta ao corpo. Podem começar por mexer as mãos. Estiquem e mexam outras partes do corpo também. Observem como cada inspiração vos dá uma energia renovada. Respirem profundamente algumas vezes e abram os olhos.</p>
Discussão	<p>Como se sentiram durante o exercício? Foi fácil concentrarem-se? Das três formas de relaxamento (relaxamento muscular, controlo respiratório, imaginação visual) qual sente que é mais efetiva?</p>

Guia de relaxamento (para o utente)

Ser capaz de relaxar é importante para combater o stresse. Podem aprender a relaxar e a prática sistemática pode melhorar a capacidade de relaxamento mesmo em situações difíceis. Seguem-se algumas dicas importantes:

1. Permita-se relaxar.
2. Reserve algum tempo para relaxar, por exemplo 15 minutos todas as noites.
3. Escolha um lugar calmo onde não seja perturbado. Feche a porta, desligue o telefone e peça aos membros da família para não o perturbarem.
4. Coloque-se numa posição confortável.
5. Concentre-se. Desligue os seus pensamentos do mundo em redor e direcione a sua atenção para dentro.
6. Respire com calma. Se tem dificuldades de concentração, direcione a sua atenção para a respiração.
7. Encontre a sua própria maneira de relaxar. Experimente diferentes métodos de relaxamento: relaxamento muscular, controlo respiratório e imaginação visual.
8. Pode colocar uma música para ajudar no relaxamento.

- Comece por se concentrar na respiração. Cada vez que expira sente-se mais relaxado
- Contraia e relaxe os grupos musculares e depois relaxe:
 - perna direita, perna esquerda, coxas, músculos da costas, abdómen, braços e mãos, pescoço, rosto e testa
- Contraia e relaxe novamente.
- Concentre-se na respiração, pense num lugar relaxante, imagine que está nesse lugar e que se sente relaxado.
- Inspire profundamente algumas vezes. Tome consciência dos ruídos à sua volta, mexa os braços e as pernas. Concentre-se em como se sente ao respirar profundamente. Observe a energia renovada. Abra lentamente os olhos.

**Manual de Avaliação e Intervenção na
Esclerose Múltipla
(Utente)**

Joana F. Pinto

Centro Hospitalar do Alto Ave

Índice

Esclerose Múltipla.....	Pág.3
Tipos de Esclerose Múltipla.....	Pág.4
Caraterísticas Clínicas.....	Pág.5-6
Alterações Psicológicas.....	Pág.7
Alterações Cognitivas.....	Pág.8-9
Alterações do sono.....	Pág.10
Aspetos da vida quotidiana.....	Pág.11
Diagnóstico, Prognóstico e Tratamento.....	Pág.12-13
Educação Terapêutica.....	Pág.14
Reabilitação Neuropsicológica.....	Pág.15
Objetivos e Participantes.....	Pág.16
Regras de Funcionamento.....	Pág.17-18
Avaliação.....	Pág.19
Planeamento das Sessões.....	Pág.20
Glossário.....	Pág.21
Contactos Úteis.....	Pág.22

Esclerose Múltipla (EM)

A EM é das doenças neurológicas mais comuns, estima-se que haja pelo menos 5000 pessoas com EM em Portugal.

A frequência de EM aumenta com a distância do equador nos dois hemisférios e é mais comum no sexo feminino do que no sexo masculino. Surge por volta dos 30 anos de idade.

Por que se chama Esclerose Múltipla?

Esta doença é conhecida como Esclerose devido às lesões no cérebro e na medula em que o tecido nervoso está esclerótico (endurecido). A designação múltipla advém da existência de múltiplas lesões no Sistema Nervoso Central* e de múltiplos episódios de disfunção neurológica.

É hereditária?

Não é uma doença hereditária, mas existe um risco ligeiramente aumentado de padecer desta doença entre os familiares de pessoas que sofrem da mesma.

É contagiosa?

Não é contagiosa. Esta doença neurológica resulta da interação de fatores genéticos e ambientais.

Como se desenvolve a EM?

A conjugação da predisposição genética e de um fator ambiental desconhecido no mesmo indivíduo causam alterações no sistema imune (de defesa), que são responsáveis pela inflamação nas lesões da EM. Verifica-se perda de mielina* e de axónios* (ou degeneração axonal).

Não se conhece a causa, mas sabe-se que é uma doença de natureza auto-imune.

A Esclerose Múltipla é uma doença inflamatória, desmielinizante e neurodegenerativa.

Tipos de Esclerose Múltipla

Os padrões típicos de progressão da EM são: recidivante/remitente, primária progressiva e secundária progressiva.

- **Esclerose Múltipla Recidivante-Remitente** - presente em cerca de 90% dos doentes, caracteriza-se pelo surgimento de surtos, nos quais surgem novos sintomas ou agravam-se os

existentes. Os surtos podem durar dias ou meses e a remissão ser parcial ou total. À medida que os surtos se repetem podem deixar sequelas.

- **Esclerose Secundária Progressiva** - cerca de 50% dos pacientes inicialmente tem um curso clínico recidivante-remitente que se converte em progressivo de grau variável e evolui para uma forma progressiva com ou sem remissões.
- **Esclerose Primária Progressiva** - cerca de 10-15% dos pacientes apresenta um curso progressivo desde o início da doença. Caracteriza-se pela ausência de surtos distintos, de início lento, seguido de agravamento dos sintomas, com acumulação de défices.

O que é um surto?

Um surto consiste no aparecimento de sintomas novos de disfunção neurológica (como perda de força) durante mais de 24 horas. Um surto também se pode manifestar pelo agravamento brusco de um défice existente.

Fatores que podem (ou não) desencadear surtos:

- infeções virais
- calor
- banhos de água quente
- a atividade laboral não condiciona a existência de surtos, nem uma pior evolução da doença

Caraterísticas Clínicas

A desmielinização provoca a lentificação da condução nervosa e o aparecimento dos sintomas típicos da doença, conforme a localização das lesões.

A alteração da sensibilidade consiste num dos sintomas iniciais mais frequentes, surgindo formigueiro (parestésias) ou entorpecimento de um ou mais membros, da cara ou do tronco; alterações do tato, da sensibilidade térmica, dolorosa e posicional (que permite que saibamos como temos os membros sem termos de olhar para eles). Para além disso, podem surgir: alterações da força, da articulação da linguagem, da visão dupla, da deglutição.

A combinação de sintomas é variável, resultando em diferentes apresentações da doença.

Sintomas

- **Espasticidade** - conduz a um aumento da resistência à mobilização dos membros, com sensação de tensão e câibras.
- **Ataxia** - incapacidade para a realização de movimentos previamente aprendidos, como manter-se de pé, andar ou manipular objetos.
- **Fadiga** - é o sintoma mais comum na EM e pode ser descrito como astenia ou fadiga durante o repouso, fadiga durante o exercício ou fadiga durante o esforço. Os problemas do sono, a ansiedade e a depressão também se relacionam com a fadiga.
- **Alterações urinárias** - podem ter causas diversas e manifestar-se por urgência urinária ou incontinência.
- **Problemas intestinais** - a obstipação (prisão de ventre) é um sintoma frequente, sendo fundamental realizar uma ingestão adequada de líquidos e uma dieta rica em fibras.
- **Alterações sexuais** - aproximadamente 70% das pessoas com EM revelam alterações na função sexual.
 - A disfunção erétil (alteração da ereção) é a alteração sexual mais frequente nos homens.
 - Na mulher a diminuição da libido (desejo sexual) e a anorgasmia (dificuldade em ter um orgasmo) são as alterações sexuais mais recorrentes.

- Podem ser causadas por alterações neurológicas, pela medicação ou por fatores psicológicos.
- Excetuando-se certos tipos de disfunção erétil, estas alterações sexuais ligadas à EM não se refletem na fertilidade, daí que necessitem de tomar decisões acerca da contraceção como outro casal.
- Existem tratamentos e os profissionais de saúde estão aptos para abordarem confortavelmente estas situações.
- A comunicação (com o médico e parceiro (a)) é a chave para a resolução destes problemas.

- **Dor e Alterações Paroxísticas**

- Cerca de metade dos pacientes com EM sentem dores:
 - musculoesqueléticas (por dificuldades de movimento ou devido a posturas inadequadas)
 - paroxísticas (dores intensas em diversas partes do corpo de curta duração associadas a sensações estranhas - disestesias).
 - dor neurogénica crónica (dor persistente e difícil de localizar). No caso de padecerem desta sintomatologia devem consultar o médico pois existem terapias farmacológicas adequadas.

Alterações Psicológicas

Os doentes com EM podem, em algum momento da doença, sentirem-se desencorajados ou desmoralizados, por exemplo, quando têm um surto. Estes estados diferenciam-se da depressão, uma vez que tendem a ser limitados no tempo e a resolver-se por si próprios. Sendo melhor caracterizados por sofrimento, enquanto a depressão se caracteriza por:

- humor deprimido, perda de interesse ou prazer
- distúrbios do sono
- irritabilidade
- sentimentos de desesperança ou pessimismo
- diminuição da capacidade para pensar, concentrarem-se ou tomarem decisões
- diminuição da energia, aumento da fadiga
- sentimentos de culpa, inutilidade e desamparo

Mais de metade das pessoas com EM estão propensas a sofrerem um episódio depressivo. Os doentes que já tiveram alguma vez depressão ou que têm antecedentes psiquiátricos de depressão (parentes com a doença) têm maior risco de virem a sofrer da doença.

Também podem ter sintomas de ansiedade, em consequência da imprevisibilidade da doença. A ansiedade caracteriza-se por:

- preocupação, agitação, apreensão
- tensão muscular
- dificuldade de concentração
- alterações do sono
- irritabilidade
- inquietação
- fadiga excessiva (que pode ser confundida com a fadiga causada pela EM)

Alterações cognitivas

O que é a Cognição?

No dicionário podemos encontrar a seguinte definição de cognição: “ato ou processo de conhecer”. Podemos comparar as funções cognitivas com as funções desempenhadas por um computador, como receber, processar e enviar as informações.

A cognição diz respeito às funções nervosas superiores, como a memória, o planeamento, a compreensão, a resolução de problemas e a linguagem.

Cerca de metade dos pacientes com EM apresentam alterações cognitivas. Na maioria dos pacientes estas alterações são suaves e não têm um impacto significativo na vida diária. Podem surgir no início ou com a progressão da doença. A disfunção cognitiva é mais comum nas formas progressivas da doença, mas pode ocorrer em qualquer tipo. As alterações cognitivas variam de pessoa para pessoa, algumas capacidades específicas encontram-se afetadas, enquanto outras são poupadas.

Que funções cognitivas são afetadas na Esclerose Múltipla?

- **Memória e aprendizagem** - os problemas de memória são sobretudo para eventos recentes. Podem esquecer-se, por exemplo do nome de alguém, do que foi dito numa conversa.
- **Atenção e concentração** - podem surgir problemas na atenção dividida, que consiste na capacidade para focar e manter a concentração em mais do que um estímulo ao mesmo tempo. Por exemplo, conduzir a falar ao telemóvel ao mesmo tempo, é uma tarefa que requiere atenção dividida.
- **Velocidade de processamento de informação** - a memória e a atenção implicam uma rápida capacidade de processamento de informação. Os pacientes com EM revelam lentificação da velocidade de processamento de informação. Neste sentido, podem precisar de mais tempo para planearem e executarem tarefas.
- **Raciocínio abstrato, resolução de problemas e funções executivas** - funções implicadas na análise, identificação dos principais aspetos, planeamento do curso de uma ação e execução da mesma. Podem surgir dificuldades em resolver problemas, como não saber por onde começar.

- **Capacidades visuoespaciais** - referem-se às capacidades de reconhecer objetos, desenhar ou montar coisas. Estas capacidades são fundamentais para a condução, encontrar um caminho.
- **Fluência Verbal** - problemas ao nível da fluência verbal não significam problemas na fala. Manifestam-se, sobretudo, através do fenómeno “na ponta da língua”.

A deterioração cognitiva não se relaciona com a duração da doença, mas tem um grande impacto na qualidade de vida.

Que funções cognitivas estão geralmente preservadas na EM?

As funções cognitivas geralmente preservadas incluem:

- inteligência geral
- memória de longo-prazo
- capacidade de manter uma conversa
- capacidade de compreensão da leitura

A disfunção cognitiva pode piorar durante um surto e depois melhorar durante a remissão subsequente. No entanto, quando estas alterações surgem quase nunca desaparecem totalmente.

Qual a relação dos sintomas cognitivos com os outros aspetos da doença?

A fadiga e a depressão podem aumentar o impacto das alterações cognitivas.

Como é que estas alterações são avaliadas?

Idealmente deve ser realizada uma avaliação cognitiva das pessoas com EM. A avaliação cognitiva consiste numa série de testes para identificar as alterações cognitivas específicas, bem como as forças e fraquezas.

Alterações do Sono

As alterações do sono também são comuns na Esclerose Múltipla e englobam:

- sonolência diurna
- latência do sono prolongada
- despertares noturnos.

Estes transtornos do sono pode consistir em efeitos secundários de alguma medicação ou estarem associados a perturbações afetivas.

Para uma boa higiene do sono é fundamental:

- reduzir o consumo de cafeína e de nicotina
- estabelecer horários para adormecer e acordar

Aspetos da vida quotidiana

- **Hábitos alcoólicos** - pode consumir-se álcool de forma moderada
- **Hábitos tabágicos** - não é recomendável fumar.
- **Lazer** - Podem ir à praia, mas devem procurar ir nas horas de menor calor (pois pode desencadear surtos) e devem refrescar-se com frequência. Podem viajar, mas devem levar a medicação e informações médicas em português e em inglês.
- **Condução** - em casos com problemas de coordenação graves não é aconselhável conduzir.
- **Desporto** - é recomendável mas deve ser um desporto ligeiro e sem esforço excessivo.

O que devem evitar as pessoas com Esclerose Múltipla?

Devem evitar o calor excessivo e banhos de água muito quente pois podem desencadear surtos.

Gravidez

As mulheres com Esclerose Múltipla podem ter filhos?

Sim, mas devem procurar o neurologista pois podem ter de suspender alguma medicação. O número de surtos, geralmente, diminui durante a gravidez. Cerca de três meses após o parto podem aumentar os surtos, por isso pode ser necessário interromper a amamentação um mês depois do parto para dar início aos tratamentos.

Os homens com esta doença também podem ter filhos, mas devem informar o neurologista antes desta decisão, pois pode ser necessário suspender alguma medicação.

Diagnóstico, Prognóstico e Tratamento

Como se diagnostica a EM?

O diagnóstico de Esclerose Múltipla apoia-se em algumas provas complementares:

- **Punção Lombar** - A punção lombar consiste em extrair líquido cefalorraquidiano* do canal lombar para análise. Este exame não é perigoso, no entanto, podem sentir dores de cabeça durante alguns dias. Nas 24 horas que se seguem ao exame, é fundamental o repouso e beber muitos líquidos. Não é um exame doloroso, uma vez que é administrada uma anestesia local na zona em que se introduz a agulha. Demora cerca de 15 a 20 minutos a ser realizada.
- **Potenciais Evocados** - Os potenciais evocados são respostas do sistema nervoso a determinados estímulos visuais, acústicos ou sensitivos. Este exame permite obter uma medida fiável da perda de mielina*. Não é um exame perigoso. Algumas contra-indicações à realização deste exame são: presença de material metálico no corpo. Pelo que, os médicos devem ser informados acerca de cirurgias anteriores desta natureza. A história prévia de crises epiléticas ou de trombozes/hemorragias cerebrais podem contra-indicar a realização de potenciais evocados motores e os médicos devem ser informados destas situações. A sua realização demora cerca de 15 minutos.
- **Ressonância Magnética** - A ressonância magnética permite ver o sistema nervoso em diferentes projeções e, assim: descartar outras doenças, mostrar lesões desmielinizantes e a presença de lesões. Não é um exame perigoso, mas tem algumas contra-indicações: presença de material metálico no corpo. Geralmente tem a duração de 30 minutos.

O que se sabe sobre o prognóstico?

A expectativa de vida depois do diagnóstico de EM é de 35-40 anos. No entanto, existem formas malignas de EM com evolução mais rápida.

Quais são os fatores prognósticos favoráveis?

Constituem fatores prognósticos favoráveis:

- início precoce
- sexo feminino
- começo com sintomas visuais ou sensitivos
- intervalo prolongado entre o primeiro e o segundo surto
- poucos surtos durante os primeiros anos

Tratamento

Cada caso deve ser analisado de forma individual. Nos surtos são recomendados corticóides por via intravenosa em doses elevadas.

Existem alguns tratamentos para deter/atrasar a evolução da doença.

Os tratamentos de primeira linha são: os imunomoduladores (interferon beta, entre outros). Para maximizar os efeitos, estes tratamentos devem iniciar-se nas fases iniciais da doença. No início da utilização os interferões podem provocar um quadro pseudogripal, desencadeando fadiga, febre. Estes sintomas diminuem com o tempo e para reduzir os efeitos pode aconselhar-se os pacientes a tomarem paracetamol ou ibuprofeno.

Investiga-se muito na área da EM?

Sim e espera-se desenvolver terapias que permitam que esta doença seja cada vez melhor tolerada, apesar da sua cronicidade.

Educação Terapêutica

A educação terapêutica tem um impacto de 50-80% nos resultados de saúde.

Preconiza a aquisição de conhecimentos e competências por parte do paciente, no sentido da maior autonomia.

Serve-se de estratégias pedagógicas para divulgar aos pacientes a informação, previamente definida com estes em função das suas necessidades.

A motivação do paciente é fundamental para que se envolva no processo educativo, beneficiando do mesmo.

Visa:

- a reformulação de comportamentos
- dotar o paciente de novas competências
- ajudá-lo a compreender a natureza dos sintomas
- fazê-lo perceber quando deve procurar ajuda e ensinar a prevenir a ocorrência de problemas.

A educação terapêutica permite melhorar a qualidade de vida em pacientes com doenças crónicas.

As principais áreas de interesse na EM são:

- o conhecimento dos pacientes
- os comportamentos de saúde
- a independência funcional
- a qualidade de vida
- dimensões psicológicas
- a capacidade para resolver problemas
- gestão da fadiga

Reabilitação Neuropsicológica

Apesar de não existir um protocolo definido, o treino cognitivo é melhor do que qualquer intervenção para as pessoas com EM.

Na EM recidivante-remitente os défices cognitivos podem aparecer e depois haver recuperação, sendo o grau de comprometimento cognitivo menor do que nas outras formas da doença.

A reabilitação visa:

- proporcionar a autonomia dos pacientes
- prevenir a perda de funções
- melhoria das funções
- adaptar o ambiente às suas necessidades

A reabilitação cognitiva das alterações cognitivas pode ajudar as pessoas com EM a terem uma melhor funcionalidade nas atividades da vida diária e a compensar as funções prejudicadas.

O que pode oferecer a reabilitação?

Cerca de metade dos pacientes apresentam alterações cognitivas. Embora estas alterações cognitivas não tenham tratamento farmacológico, podem beneficiar de reabilitação cognitiva.

A reabilitação não pode alterar o curso da doença, mas pode melhorar a cognição.

Na reabilitação cognitiva são usados dois processos:

- **a restauração** - com vista à melhoria da função cognitiva afetada. Por exemplo, a criação de associações para o nome de alguém que se acabou de conhecer com o nome de um familiar facilita a memorização e posterior recordação.
- **a compensação** - que implica utilizar as áreas preservadas ou mecanismos alternativos como agendas.

Objetivos

Com este programa integrado de avaliação, educação terapêutica e reabilitação neuropsicológica na EM pretendemos ajudar os participantes a melhorarem:

- o seu conhecimento acerca da doença e dos principais sintomas
- a sua auto-eficácia na gestão dos mesmos.

De modo a que mantenham o seu papel ativo nos diferentes contextos (familiar, laboral e social) e seja possível o alívio eficaz dos sintomas incapacitantes.

No final do programa, esperamos que os participantes sejam capazes de:

- definir a EM
- debater acerca da fisiopatologia, etiologia e epidemiologia* da EM
- discutir as reações emocionais mais comuns e estratégias de coping adotadas
- discutir acerca das alterações cognitivas e estratégias compensatórias.

Participantes

O grupo será constituído por 8 participantes com EM Recidivante-Remitente, de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade e idade superior a 18 anos.

Regras de Funcionamento

O programa tem 10 sessões com uma duração aproximada de 60 minutos, acordadas em função da disponibilidade de ambas as partes. Realizaremos uma primeira sessão individual para conhecermos melhor os participantes. Os dados recolhidos serão codificados e anonimizados, garantindo-se a confidencialidade.

Os participantes devem aceitar as regras propostas:

- serem pontuais e assíduos (estarem, pelo menos, em 8 das 10 sessões)
- comunicarem as faltas com antecedência (após duas faltas consecutivas sem justificação têm alta do grupo)
- no caso de ser impossível o profissional de saúde responsável pela sessão comparecer, a sessão será remarcada em função da disponibilidade de ambas as partes e os participantes serão informados com a devida antecedência
- manterem os seus dados atualizados, a fim de entrarmos em contacto em caso de necessidade de alteração de datas das sessões
- assegurarem a confidencialidade (protegerem e preservarem a intimidade dos membros do grupo)
- manterem o total sigilo acerca do que for apresentado e discutido durante as sessões
- respeitarem as ideias, crenças, sentimentos, necessidades, conflitos, fraquezas, experiências e características dos restantes membros
- terem uma participação ativa nas tarefas para um maior usufruto pessoal e grupal (não precisam ter medo de errar, pois nas sessões tudo constitui aprendizagem e todos)
- saberem ouvir sem fazerem avaliações depreciativas
- ressaltarem apenas os aspetos positivos.
- evitarem as conversas paralelas para rentabilizar o tempo, de modo a que todos possam ter uma participação ativa
- comunicarem de forma a serem entendidos por todos (de forma clara e audível)
- realizarem os trabalhos de casa propostos

A participação no programa não tem qualquer custo.

Na segunda sessão serão convidados a trazer um familiar, com o objetivo de lhe dar a conhecer a doença, potenciando uma maior compreensão por parte destes e permitindo-lhes que coloquem as suas questões diretamente.

No final do programa será realizada outra sessão individual para avaliar os progressos dos participantes.

Avaliação

É fundamental a avaliação neuropsicológica dos pacientes com EM, principalmente quando revelam dificuldades em lembrar coisas, lentificação do pensamento, dificuldade em encontrar as palavras durante uma conversa.

A avaliação cognitiva dos pacientes com EM tem os seguintes benefícios: deteção precoce do comprometimento cognitivo, intervenção terapêutica para prevenir o declínio e reduzir o impacto dos défices na vida dos pacientes.

O que podem esperar?

Será realizada uma avaliação neuropsicológica antes de iniciarem o programa e uma avaliação neuropsicológica após terminarem o programa. Nesta avaliação serão recolhidas informações acerca do domínio emocional (ansiedade e depressão), da fadiga, da qualidade de vida e do domínio cognitivo. Assim, o neuropsicólogo poderá perceber o funcionamento cognitivo e os benefícios com o programa.

Planeamento das sessões

Sessões	Tipo de sessão	Objetivos
EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA		
Sessão 1 - Diagnóstico Educativo	Individual	Conhecer os diferentes aspetos da vida e personalidade dos participantes, identificar as suas necessidades e potencialidades, bem como o interesse em participar no programa.
Sessão 2 - Conhecer melhor a EM	Grupo (os familiares podem estar presentes)	Compreender a doença e respetivo impacto social, familiar e laboral, assim como os princípios do tratamento. Aprender a identificar os sinais de alerta, a decidir quando devem consultar um médico, adoção de condutas favoráveis para a sua saúde. Praticar a técnica de auto-injeção, bem como os gestos. Ajudar os pacientes a exprimirem-se os seus valores, projetos, conhecimentos, emoções e fadiga. De modo, a que mobilizem os seus recursos.
Sessão 3 - Exercícios de auto-reabilitação	Grupo	Ensino de exercícios de auto-reabilitação. Promover o sentimento de realização e de bem-estar
Sessão 4 - Fadiga (técnicas de conservação de energia)		Através do ensino de estratégias de conservação de energia pretendemos ajudar os pacientes a reduzirem a fadiga, melhorarem o seu desempenho na vida quotidiana e, conseqüentemente, a qualidade de vida.
Sessão 5 - Ansiedade, Depressão e Gestão de Stress (relaxamento)		Explicar aos pacientes os conceitos de depressão e ansiedade, a relação entre estes sintomas e os sintomas da EM. Para além disso, iremos explorar os pensamentos e comportamentos associados ao desconforto emocional. Ajudar os pacientes a encontrarem estratégias efetivas para lidarem com o desconforto emocional associado à doença.
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA		
Reabilitação Neuropsicológica I	Grupo	Explicar de que forma os sintomas cognitivos mais prevalentes na EM interagem com outros sintomas da doença (como fadiga e depressão). Estimular a adoção de estratégias compensatórias. Realização de exercícios para treinar as funções cognitivas mais afetadas na EM, com vista à restauração das mesmas.
Reabilitação Neuropsicológica II		
Reabilitação Neuropsicológica III		
Reabilitação Neuropsicológica IV		
Reabilitação Neuropsicológica V		

Glossário

- **Mielina** - envolve os axónios dos neurónios, aumentando a velocidade de condução de informação entre os neurónios.
- **Axónio** - é um prolongamento do neurónio que conduz os sinais nervosos a outros neurónios do cérebro, da espinal medúla.
- **Neurónio** - o neurónio é a célula principal do Sistema Nervoso que origina e conduz os sinais do sistema nervoso.
- **Líquido cefalorraquidiano** - é o líquido que banha o Sistema Nervoso Central (cérebro, tronco cerebral, cerebelo e medúla) e portanto permite estudar se existe ou não inflamação e o grau da mesma.
- **Sistema Nervoso Central** - O sistema nervoso tem sido dividido em: sistema nervoso central e sistema nervoso periférico. O sistema nervoso central está encarregue de receber e processar as sensações dos sentidos e de as transmitir aos diferentes órgãos. O sistema nervoso central compreende:
 - **cérebro** - responsável pelo processamento, integração de informação e respostas de diversas naturezas, tal como a linguagem.
 - **cerebelo** - programação da ações motoras (como andar)
 - **tronco cerebral** - responsável pelas funções vitais, como a respiração
 - **medúla espinal** - permite a conexão entre sistema nervoso central e sistema nervoso periférico (composto por neurónios que levam a informação dos recetores sensitivos ao sistema nervoso central e pelos neurónios motores que levam a informação do sistema nervoso central aos músculos).

Contactos úteis

- **Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM)**

Rua Zófimo Pedroso, 66

1950-291 Lisboa

Telefone: 21 865 0480

Email: sec.geral@spem.pt

Site: <http://www.spem.pt>

- **Associação Nacional de Esclerose Múltipla (ANEM)**

Rua Júlio Dinis, 247

4420-481 Valbom - Gondomar

Telefone: 22 463 1985

Telemóvel: 96 505 5885

Email: anem@anem.org.pt

Site: www.anem.org.pt

- **Associação Todos com a Esclerose Múltipla (TEM)**

Rua D. Afonso Henriques 1

4700-030 Braga

Email: geral@tem.com.pt

Site: <http://www.tem.com.pt>

ANEXO H

FLUÊNCIA VERBAL

Este subteste avalia a capacidade de encontrar facilmente palavras e proferi-las logo não as repetindo. Implica a capacidade de distinguir bem os sons, manter-lhes a sequência e integro, formando palavras.

Destina-se a alunos do 1º ciclo do Ensino Básico (ou seja, que frequentam o 1º, 2º, 3º ou 4º ano de escolaridade).

Administração

É pedido à criança que diga o maior número de palavras de que se lembre, durante 1 minuto.

Vamos ver quantas palavras consegues dizer durante um minuto! Diz sempre palavras diferentes! Diz depressa todas as palavras de que te lembres! Vamos... Começa!

Cotação

É contado o número de palavras não repetidas que a criança diz.

Interpretação

A pontuação total obtida poderá ser interpretada em função da média (cf. quadro seguinte), de acordo com a idade da criança, tendo em consideração os resultados obtidos por crianças com ou sem dificuldades de leitura e escrita.

Idade	Sem dificuldades	Com dificuldades
< 7,5 anos	17,97	12,97
7,5 – 8,5 anos	20,51	14,94
8,5 – 9,5 anos	25,17	18,55
9,5 – 10,5 anos	28,67	18,18
10,5 – 11,5 anos	25,00	20,55
11,5 – 12,5 anos	33,00	19,28
12,5 – 14,0 anos	28,00	22,60
Total	22,16	17,16

FLUÊNCIA VERBAL

Nome: _____ Idade: _____ Ano de Escolaridade: _____

Data da Avaliação: _____ Avaliador: _____

Itens e Respostas

--

Resultados e Observações

Número de palavras ditas: ____

--

Testes de Literacia

Testes de Consciência Fonológica

Instruções e Exercícios de Treino

Subteste de Segmentação

Vamos brincar com as palavras! Neste exercício, terás que dividir as palavras em sons, sílabas e início e rima. Vamos treinar:

Por exemplo:

Soletra a palavra "camisa". Vais responder

/c/, /a/, /m/, /i/, /z/, /a/.

Diz quais são as **sílabas** da palavra "pesadelo". Vais responder

/pe/, /sa/, /de/, /lo/.

Diz quais são o **início e a rima** da palavra "camião". Vais responder

/c/ e /ão/.

Subteste de Segmentação

Qual é o **primeiro som** da palavra "Mão".

Certo	Errado	Meio Ponto

Diz qual é a **rima** da palavra "Olhar".

Certo	Errado	Meio Ponto

Diz quais são as **sílabas** da palavra "Aranha".

Certo	Errado	Meio Ponto

Diz quais são as **sílabas** da palavra "Sapato".

Certo	Errado	Meio Ponto

Soletra a palavra "Papel".

Certo	Errado	Meio Ponto

Soletra a palavra "Gata".

Certo	Errado	Meio Ponto

Subteste de Identificação

Instruções e Exercícios de Treino

Subteste de Identificação

Agora o exercício vai ser diferente! Nesta tarefa tu terás que descobrir qual das três palavras tem a rima, ou o som ou a sílaba que eu disser.

Por exemplo:

Qual a palavra que tem a **sílaba "fe"**: fácil, feliz, vela. Terás que responder: **feliz**.

Qual a palavra que tem a **rima "ão"**: canção, leões, música. Vais responder: **canção**.

Qual a palavra que tem o **som /l/**: manter, escolha, amarelo. Terás que responder: **amarelo**.

Subteste de Identificação

Qual destas três palavras tem a **rima "anta"**: lâmpada, garganta, serpente.

Certo	Errado	Meio Ponto

Qual destas três palavras tem o **som inicial "P"**: basta, floresta, pasta.

Certo	Errado	Meio Ponto

Qual destas três palavras tem a **sílaba "be"**: cabelo, brinquedo, pelo.

Certo	Errado	Meio Ponto

Qual destas três palavras tem a **sílaba "ti"**: telhado, bilha, tijolo.

Certo	Errado	Meio Ponto

Qual destas três palavras que tem o **som "m"**: banana, camisa, crocodilo.

Certo	Errado	Meio Ponto

Qual destas três palavras tem o **som "f"**: feio, Verão, gelado.

Certo	Errado	Meio Ponto

Subteste de Eliminação

Instruções e Exercícios de Treino

Subteste de Eliminação

Vamos brincar com as palavras! Neste exercício, terás que eliminar das palavras os sons, as sílabas e o início e a rima. Vamos treinar:

Por exemplo:

Elimina o som "r" da palavra "andorinha". Como fica a nova palavra? Vais responder "andoinha".

Elimina a sílaba "fa" da palavra "garrafa". Como fica a nova palavra? Vais responder "garra".

Elimina a rima da palavra "limões". Como fica a nova palavra? Vais responder "lim".

Subteste de Eliminação

Elimina a rima "lho" da palavra "Espelho".

Certo	Errado	Meio Ponto

Elimina o som inicial "i" da palavra "Ilha".

Certo	Errado	Meio Ponto

Elimina a sílaba "ma" da palavra "Lama".

Certo	Errado	Meio Ponto

Elimina a sílaba "Pin" da palavra "Pinto".

Certo	Errado	Meio Ponto

Elimina o som "r" da palavra "Carta".

Certo	Errado	Meio Ponto

Elimina o som "nh" da palavra "Linho".

Certo	Errado	Meio Ponto

Subteste de Manipulação

Instruções e Exercícios de Treino

Subteste de Manipulação

Vamos fazer um jogo diferente! Agora vamos misturar os sons, vamos mudar o seu lugar e formar novas palavras. Vamos experimentar:

Por exemplo:

Se colocares o som "s" no final da palavra "armário" que palavra nova podes criar. Vais responder "armários".

Troca o som "m" da palavra "manta" pelo som "c". Qual é a palavra nova que criaste? Vais responder "canta".

Acrescenta a sílaba "la" à palavra "mó". Qual é a palavra nova que criaste? Vais responder : "mola".

Diz uma palavra que rime com "Comer".

Subteste de Manipulação

Diz uma palavra que rime com "Feijão".

Certo	Errado	Meio Ponto

Cria uma nova palavra com o som inicial da palavra "Pé" e a rima da palavra "Mão".

Certo	Errado	Meio Ponto

Coloca a segunda sílaba da palavra "Maca" no início.

Certo	Errado	Meio Ponto

Cria uma nova palavra com a primeira sílaba da palavra "Ponta" e a segunda sílaba da palavra "Lote".

Certo	Errado	Meio Ponto

Troca o som "l" da palavra "Lata" por outro som e cria uma nova palavra.

Certo	Errado	Meio Ponto

Acrescenta à palavra "Tele-isão" o som que falta.

Certo	Errado	Meio Ponto

Teste de Leitura de Pseudopalavras

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador começará por preparar a criança para uma nova tarefa:

Estás preparado para um novo exercício? É que um extraterrestre chegou ao nosso planeta! Na verdade, ele inventou algumas palavras que agora vais ler.

Por exemplo: *melari* ou *apetula*

O avaliador apresentará à criança a lista de pseudopalavras, registando se a leitura é processada de forma correcta ou incorrecta. Neste teste, entende-se por leitura incorrecta a alteração de letras, a lexicalização de palavras fonologicamente próximas das palavras reais. Não é contabilizado como erro a alteração das vogais abertas pelas fechadas ou vice-versa.

Teste de Leitura de Pseudopalavras

	Certo	Errado
Caebça		
Raido		
Xardez		
Alçomo		
Borbota		
Chanela		
Felha		
Zapato		
Onho		
Molta		

Teste de Leitura de Pseudopalavras

	Certo	Errado
Pizua		
Lonho		
Famisca		
Tarlo		
Malhi		
Colade		
Vratu		
Biçamo		
Russato		
Ducida		

Teste de Velocidade de Leitura

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Agora o exercício é outro! Terás que ler a seguinte lista de palavras, o mais rápido que conseguires. Terás um minuto para realizar a tarefa.

O avaliador entregará à criança a lista de palavras e quando esta começar a ler terá que accionar o cronómetro, assinalando a última palavra que a criança consegue ler neste período de tempo.

Teste de Velocidade de Leitura



	Certo	Errado
À		
Pó		
Mim		
Bate		
Dar		
Fogo		
Cruz		
Dois		
Uma		
Saia		

Teste de Velocidade de Leitura



	Certo	Errado
Capa		
Neve		
Mal		
Este		
Bica		
Galo		
Mimo		
Bola		
Papa		
Gola		

Teste de Velocidade de Leitura

	Certo	Errado
Toca		
Lã		
Noz		
Rei		
Pica		
Cana		
Duro		
Baba		
Pano		
Ela		

Teste de Reconhecimento de Palavras

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Vamos continuar a ler! Agora vais ler 20 palavras, mas o tempo já não vai ser contado. Vamos começar?

O avaliador entregará à criança a lista de palavras e assinalará se a leitura é feita correcta ou incorrectamente.

Mesa

Táxi

Frigorífico

Cigarra

Perfeito

Azulejo

Treino

Chinelo

Vermelho

Exame

Triste

Globo

Televisão

Estrada

Xadrez

Fruta

Preto

Neurónio

Dedal

Tigre

Caebça

Raido

Xardez

Alçomo

Borbota

Chanela

Felha

Zapato

Onho

Molta

Pizua

Lonho

Famisca

Tarlo

Malhi

Colade

Vratu

Biçamo

Russato

Ducida

Teste de Escrita sob Ditado

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Agora o exercício é outro! Vou ditar 20 palavras que terás que escrever nestes cartões. Podes pedir para repetir a palavra, mas apenas uma vez.

O avaliador entregará à criança a os cartões e começará a ditar o conjunto de palavras. A correcção será depois feita e assinalar-se-á se a criança escreveu correcta ou incorrectamente.

Teste de Escrita sob Ditado

	Certo	Errado
Pássaro		
Cedo		
Desenhar		
Bolha		
Gigante		
Disse		
Peixe		
Feliz		
Dinheiro		
Veio		

Teste de Escrita sob Ditado

	Certo	Errado
Plantar		
Nuvem		
Relógio		
Escrever		
Chegar		
Cozinha		
Viajar		
Usar		
Também		
Cansado		

Teste de Compreensão da Leitura

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Agora o exercício é outro! Terás que ler as seguintes frases e escolher a resposta mais adequada.

O avaliador entregará à criança a fotocópia da BADD na qual a criança deverá escrever as respostas. A correcção será depois feita e assinalar-se-á se a criança escolheu as respostas correctas ou incorrectamente.

Teste de Compreensão da Leitura

Lê com atenção as seguintes frases e responde ao que é pedido.

1. O Gustavo foi ontem ao supermercado e ao restaurante. Onde foi o Gustavo?

2. Em Abril, o João foi passear e perdeu o pião. Quando é que o João foi passear?

3. A Laura tem uma casa junto da loja da Cristina. De quem é a loja?

4. Amanhã a Cristina e o João irão estudar para o teste de Matemática.
Quando é que o João e a Cristina irão estudar?

5. O Francisco quer ser médico e não advogado. O que é que o Francisco quer ser?

6. A Carla deixou as chaves em cima da mesa da cozinha. Onde é que a Carla deixou as chaves?

Teste de Cálculo Matemático

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Agora o exercício é outro! Vamos deixar a leitura e a escrita e vamos passar aos exercícios de cálculo matemático. Nestes exercícios, terás que executar tarefas de subtracção e tabuada.

O avaliador começará por informar a criança que terá de realizar tarefas de subtracção. O avaliador terá que assinalar se a resposta está correcta ou errada. De seguida, a criança terá que enunciar a tabuada. Novamente, o avaliador terá que ter em consideração se a criança enumera adequadamente.

Teste de Cálculo Matemático

Quanto é?	Certo	Errado
9 menos 2		
6 menos 3		
19 menos 7		
24 menos 2		
52 menos 9		
44 menos 7		

Teste da Tabuada

Diz a tabuada dos 4.

	Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Recomeça
4*1=					
4*2=					
4*3=					
4*4=					
4*5=					
4*6=					
4*7=					
4*8=					
4*9=					
4*10=					

Teste da Tabuada

Diz a tabuada dos 6.

	Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Recomeça
6*1=					
6*2=					
6*3=					
6*4=					
6*5=					
6*6=					
6*7=					
6*8=					
6*9=					
6*10=					

Testes da Esquerda e Direita

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Vamos fazer um exercício bem diferente dos anteriores! Terás que ir executando as indicações que te dou. Vamos trabalhar a esquerda e a direita.

O avaliador começará por indicar à criança as tarefas que esta deverá executar. De seguida, deverá assinalar se a resposta da criança está acertada ou não e se esta pediu para repetir, ecoa, ou volta a responder.

Testes da Esquerda e Direita

Mostra-me a tua mão direita.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Mostra-me a tua orelha esquerda.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Toca na tua orelha direita com a mão esquerda.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

(Colocando as mãos em cima da mesa) Qual é a minha mão direita?

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Toca a minha mão esquerda com a tua mão direita.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Testes da Esquerda e Direita

Aponta para a minha orelha direita com a tua mão esquerda.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Toca com a tua mão direita na minha mão direita.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Aponta para o meu olho esquerdo com a tua mão direita.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Aponta para a minha orelha esquerda com a tua mão esquerda.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Toca a minha mão direita com a tua mão esquerda.

Certo	Errado	Pede Repetir	Hesita	Uso de estratégias

Teste dos Meses por Ordem

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Agora o exercício será outro. Desta vez, vais ter que dizer quais são os meses do ano. Achas que és capaz?

O avaliador começará por indicar à criança as tarefas que esta deverá executar. De seguida, deverá assinalar se a resposta da criança está acertada ou não e se esta pediu para repetir ou volta a responder.

Teste dos Meses por Ordem

Nomeação de meses por ordem

	Certo	Errado	Omite	Inverte	Corrige
Janeiro					
Fevereiro					
Março					
Abril					
Maió					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					

Teste de Meses Invertidos

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Agora o exercício será um pouco mais complicado. Achas que consegues dizer quais são os meses do ano, mas de trás para a frente? Vamos tentar!

O avaliador começará por indicar à criança as tarefas que esta deverá executar. De seguida, deverá assinalar se a resposta da criança está acertada ou não e se esta pediu para repetir, ecoa, ou volta a responder.

Teste de Meses Invertidos

Nomeação Invertida dos Meses.

	Certo	Errado	Omite	Inverte	Corrige
Dezembro					
Novembro					
Outubro					
Setembro					
Agosto					
Julho					
Junho					
Mai					
Abril					
Março					
Fevereiro					
Janeiro					

Teste de Repetição de Dígitos

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Muito bem! Chegámos ao último exercício. Agora vais ter que repetir os números que vou dizer. Vamos começar?

O avaliador começará por indicar à criança as tarefas que esta deverá executar. De seguida, deverá assinalar se a resposta da criança está acertada ou não e se esta pediu para repetir, ecoa, ou volta a responder.

Teste de Repetição de Dígitos

Série 1	Certo	Errado
932		
3615		
94723		
539184		
1756374		

Série 2	Certo	Errado
487		
8243		
56412		
746832		
2148129		

Teste de Repetição Invertida de Dígitos

Instruções e Exercícios de Treino

O avaliador terá que apresentar a nova tarefa à criança:

Muito bem! Estamos quase no fim, agora eu vou dizer algumas sequências de números e terá que os dizer novamente, mas agora ao contrário.

O avaliador começará por indicar à criança as tarefas que esta deverá executar. De seguida, deverá assinalar se a resposta da criança está acertada ou não.

Teste de Repetição Invertida de Dígitos

Série 1	Certo	Errado
284		
6529		
16582		

Série 2	Certo	Errado
371		
3846		
34719		

ANEXO I

Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Nome: _____ Nº processo: _____

Idade: _____

Anos de Escolaridade: _____

Situação Profissional: _____ Profissão: _____

Anos de Patologia: _____ Início dos sintomas: _____

História Familiar: Sim Não

Afetação: Sim Assintomático

Renal Cardiovascular Auditiva Neurológica Oftalmológica

Cutânea Respiratória Endócrina Gastrointestinal Dor

História AVC: Sim Não Data: _____

Acompanhamento Psiquiátrico Prévio: Sim Não Data Início: _____
Acompanhamento Psicológico Prévio: Sim Não Data Início: _____

Se Sim, motivo: _____

Queixas cognitivas (subjetivas) _____

Queixas psicopatológicas _____

Motivo: Dor Disfunção conjugal Desemprego
Reduzido suporte social Outro : _____

Em tratamento ERT: Sim Não

Medicação

Hábitos tabágicos: Sim Não Se sim, Quantidade: _____

Hábitos etílicos: Sim Não Se sim, Quantidade: _____

- **Avaliação da Depressão**
 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- **Funcionamento cognitivo global**
 - MoCa
- **Orientação**
 - Temporal e espacial (MoCa)
 - Pessoal (Barcelona)
- **Atenção, concentração e velocidade de processamento**
 - TMT - velocidade de processamento e resposta psicomotora e atenção seletiva
 - Barcelona dígitos ordem direta - atenção focalizada e sustentada
- **Memória e aprendizagem**
 - Lista de palavras I e II (WMS - III) - aprendizagem e memória auditivo/verbal
 - Localização espacial (WMS - III) - memória não verbal imediata e controlo mental
- **Linguagem**
 - Mini Mental - leitura, escrita, compreensão
 - MoCa - nomeação, repetição
- **Cálculo**
 - Moca
- **Capacidade visuo-constructiva**
 - Figura Complexa de Rey e memória visual diferida
- **Funções Executivas**
 - Fluência semântica (animais)
 - Fluência fonológica (M, R, P)
 - INECO (séries motoras, instruções conflituosas, provérbios)
 - Barcelona (dígitos ordem inversa)
 - BADS
- **Inteligência geral**
 - Matrizes Progressivas de Raven
- **Ideação Suicida**
 - Questionário de Ideação Suicida (QIS)
- **Personalidade**
 - Inventário de Personalidade NEO-FFI
- **Qualidade de vida**
 - Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

ANEXO J



X CONGRESSO NACIONAL DE PSQUIATRIA

QUAL O FUTURO DA PSQUIATRIA?

DIPLOMA

Para os devidos efeitos certifica-se que o *Poster* com o título

Quando a infância fica latente...

de autoria de "Francisca Isabel Ribeiro Caetano; Joana Pinto; Nelson Almeida; Sara Magalhães; Luis Fonseca; Emanuela Lopes; Rosa Rodrigues", foi apresentado no âmbito do X Congresso Nacional de Psiquiatria, realizado de 13 a 15 de Novembro de 2014, no Centro de Congressos do Tivoli Marina de Vilamoura.

Pela Comissão Organizadora

13-15
NOVEMBRO 2014

CENTRO DE CONGRESSOS DO HOTEL
TÍVOLI MARINA DE VILAMOURA

APOIO CIENTIFICO:



ANEXO L

Casos clínicos acompanhados

Idade	Proveniência	Motivo
6	Pediatria de Desenvolvimento	Foi encaminhado para avaliação psicométrica.
7	Pedopsiquiatria	Foi encaminhado devido a apresentar dificuldades de aprendizagem, imaturidade psicoafetiva e por suspeita de Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade para Psicoterapia.
9	Pediatria do Desenvolvimento	Avaliação Psicométrica e despiste de dislexia
7	Pediatria do Desenvolvimento	avaliação psicométrica e rastreio de dislexia para orientação escolar
9	Pediatria do Desenvolvimento	avaliação cognitiva e despiste de dislexia
9	Pedopsiquiatria	avaliação psicométrica devido a dificuldades de aprendizagem na leitura e na escrita
41	Psiquiatria	avaliação neuropsicológica
12	Pediatria do Desenvolvimento	avaliação psicométrica e rastreio de dislexia para orientação escolar
9	Pediatria do Desenvolvimento	Avaliação cognitiva e despiste de dislexia
	Pediatria do Desenvolvimento	avaliação cognitiva e de dislexia
	Pediatria do Desenvolvimento	avaliação psicopatológica, cognitiva e despiste de dislexia
61	Psiquiatria	avaliação neuropsicológica (possibilidade de integrar reabilitação neuropsicológica)
59	Psicologia Clínica	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica por apresentar antecedentes de AVC com queixas mnésicas exacerbadas e depressão moderada.
52	Neurologia	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica devido a apresentar queixas de esquecimentos.
71	Neurologia	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica devido a alterações mnésicas (em estudo).
67	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica.
60	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica
67	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica
69	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica por apresentar queixas cognitivas.
66	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica

70		Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica para despiste de patologia demencial.
71	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica
64	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica por apresentar queixas mnésicas.
68	Psiquiatria	Doente com Parkinson encaminhada para avaliação neuropsicológica.
59	Neurologia	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica por apresentar deterioração cognitiva num quadro de síndrome depressivo crónico.
51	Psicologia Clínica	Foi encaminhado para avaliação neuropsicológica e intervenção devido a apresentar Depressão Major reativa a diagnóstico de Esclerose Múltipla.
26	Psiquiatria	Foi encaminhada por apresentar Perturbação de Personalidade Borderline e necessitar de acompanhamento psicoterapêutico.
68	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica
73	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica
47	Neurologia	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica por apresentar doença desmielinizante (suspeita de vasculite cerebral), queixas cognitivas (atenção e mnésicas) e Depressão.
64	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica
67	Psicologia Clínica	Doente com Parkinson encaminhada para reabilitação neuropsicológica.
72	Psiquiatria	Doente com antecedentes de AVC encaminhado para avaliação neuropsicológica.
65	Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry	
70	Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry	
60	Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry	
56	Protocolo de Avaliação Neuropsicológica na Doença de Fabry	
38	Psiquiatria	Foi encaminhada psicológica, dada a dificuldade de aceitação da doença neurológica (Esclerose Múltipla), mas não apresenta psicopatologia relevante.

31	Psiquiatria	Foi encaminhado para avaliação e acompanhamento por apresentar oscilações do humor e tendência a agressividade, bem como dificuldades em lidar com a doença desmielinizante (polineuropatia crónica), que lhe causa compromisso orgânico grave.
55	Neurologia	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica por dúvida quanto a alterações cognitivas permanentes sequelares a contusão cerebral de TCE em 2010.
62	Psiquiatria	Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica

ANEXO M

Súmula de Resultados - Estudo de Caso R.M.**Resultados obtidos no MoCa**

Área Cognitiva	Pontuação Obtida
Visuoespacial/Executiva	4/5
Nomeação	2/3
Atenção	2/6
Linguagem	0/3
Abstração	1/2
Evocação Diferida	2/5
Orientação	6/6
Pontuação total	17/30

Resultados obtidos no Exame para Detecção de DCL e Quadros Demenciais

Testes		Resultados Obtidos	Valor máximo
1 - Análise do discurso			
2 - Orientação	Auto-psíquica	5	5
	Temporal	4	5
	Espacial	4	5
3 - Linguagem	Compreensão	3	3
	Nomeação	6	6
	Repetição	6	6
	Leitura	1	1
	Escrita	1	1
4 - Prova do relógio		10	10
5 - Memória	Verbal sem interferência	3	5
	Verbal com interferência	9	15
6 - Atenção e concentração		4	9
7 - Praxia Ideomotora		2	2
8 - Capacidade visuo-constructiva		3	3
9 - Juízo Crítico		1	1
10 - Impersistência		2	2

Resultados obtidos na BSAM

Testes		Resultados Obtidos	Percentil	Observações	
I - Orientação	Pessoal	7	95	Ausência de Comprometimento	
	Lugar	3	Inferior	Comprometimento acentuado	
	Tempo	22	30	Défice ligeiro	
II - Memória de Dígitos	Diretos	4	10	Comprometimento moderado	
	Invertida	3	30	Comprometimento moderado	
III - Linguagem Automática - Controlo Mental	Série em Ordem Direta	3	95	Ausência de Comprometimento	
	Série em Ordem Direta Tempo	4	Inferior	Comprometimento acentuado	
	Série em Ordem Inversa	3	95	Ausência de Comprometimento	
	Série em Ordem Inversa - Tempo	4	Inferior	Comprometimento acentuado	
IV - Memória Verbal	Imediata	Evocação	10	20-30	Comprometimento moderado
		Perguntas	14	70	Ausência de Comprometimento
	Diferida	Evocação	11	20	Comprometimento moderado
		Perguntas	19	70	Ausência de Comprometimento
V - Informação		4	30	Comprometimento moderado	
VI - Memória Visual	Imediata	6	30	Comprometimento moderado	
	Reprodução Diferida	6	30	Comprometimento moderado	
VII - Aprendizagem de Palavras		75	40-50	Défice ligeiro	

Resultados obtidos no HVLTR

	Pontuação Bruta	Pontuação T
Recordação total	20	32
Recordação Retardada	6	28
Retenção	75	35
Índice de Reconhecimento Discriminativo	8	30

Resultados obtidos no IFS

Funções avaliadas	Teste	Pontuação Obtida
Resposta inibitória e alteração de esquemas	1 - Séries Motoras	3/3
	2 - Instruções Conflituosas	2/3
	3 - Go-no-Go	1/3
	8 - Teste Hayling	0/6
	Total	6/15
Memória de Trabalho	4 - Dígitos Inverso	2/6
	5 - Memória de Trabalho Verbal	2/2
	6 - Memória de Trabalho Espacial	1/4
	Total	5/12
Abstração	7 - Provérbios	1.5/3
	Pontuação total	12.5/30

Resultados obtidos no TMT

Índice	Pontuação		Referência	
	Bruta	Ajustada	Percentil	Pontuação Escalar
TMT A (Tempo)	150	-2.32	2	4
TMT B (Tempo)	320	-1.97	3-5	5
B-A	170	-1.11	11-18	7
B/A	2.1	0.53	60-71	11
B-A/A	1.1	0.36	60-71	11
A+B	470	-2.31	1	3
AxB/100	480	-2.55	<1	<3

Resultados obtidos na avaliação da Fluência Verbal

Índice	Pontuação		Referência	
	Bruta	Ajustada	Percentil	Pontuação Escalar
FVC - Animais	8	-1.56	3-5	5
FVL - Letra M	4	-0.92	19-28	8
FVL - Letra R	4	-0.89	19-28	8
FVL - Letra P	4	-0.93	19-28	8
FVL - total	12	-1.02	11-18	7

Resultados obtidos nas MPR

A	B	C	D	E
Total 7	Total 6	Total 7	Total 7	Total 0

Tempo	Total	Classificação
1h 9 min	27	Inteligência Normal Superior $110 \leq QI < 120$

Resultados obtidos na Figura Complexa de Rey

	Ano	Mês	Dia
Data da Avaliação	2014	7	4
Data de Nascimento	1959	4	30
Idade	55	2	4

Cópia		Memória	
Total	29.5	Total	10
Tempo	8 min	Tempo	3 min

Resultados obtidos no BADS

	Resultado de Perfil
Subteste 1	0
Subteste 2	3
Subteste 3	0
Subteste 4	1
Subteste 5	0
Subteste 6	2
Resultado de Perfil Total	6
Resultado Estandarizado	41
Idade Estandarizada Corrigida	38

ANEXO N

Súmula de Resultados - Estudo de Caso D.C.

Resultados obtidos no MoCa

Área Cognitiva	Pontuação Obtida
Visuoespacial/Executiva	1/5
Nomeação	1/3
Atenção 1	4/6
Linguagem 1	0/3
Abstração	1/2
Evocação Diferida	2/5
Orientação	4/6
Pontuação total	13/30

Resultados obtidos no HVLТ

	Pontuação Bruta	Pontuação T
Recordação total	15	<=20
Recordação Retardada	4	<=20
Retenção	67	28
Índice de Reconhecimento Discriminativo	7	26

Resultados obtidos no Exame para Detecção de DCL e Quadros Demenciais

Testes		Resultados Obtidos	Valor máximo
1 - Análise do discurso			
2 - Orientação	Auto-psíquica	4	5
	Temporal	3	5
	Espacial	4	5
3 - Linguagem	Compreensão	3	3
	Nomeação	5	6
	Repetição	6	6
	Leitura	1	1
	Escrita	1	1
4 - Prova do relógio		6	10
5 - Memória	Verbal sem interferência	3	5
	Verbal com interferência	9	15
6 - Atenção e concentração		3	9
7 - Praxia Ideomotora		2	2
8 - Capacidade visuo-constructiva		2	3
9 - Juízo Crítico		1	1
10 - Impersistência		2	2
11 - Token Test		_____	22

Resultados obtidos na BSAM

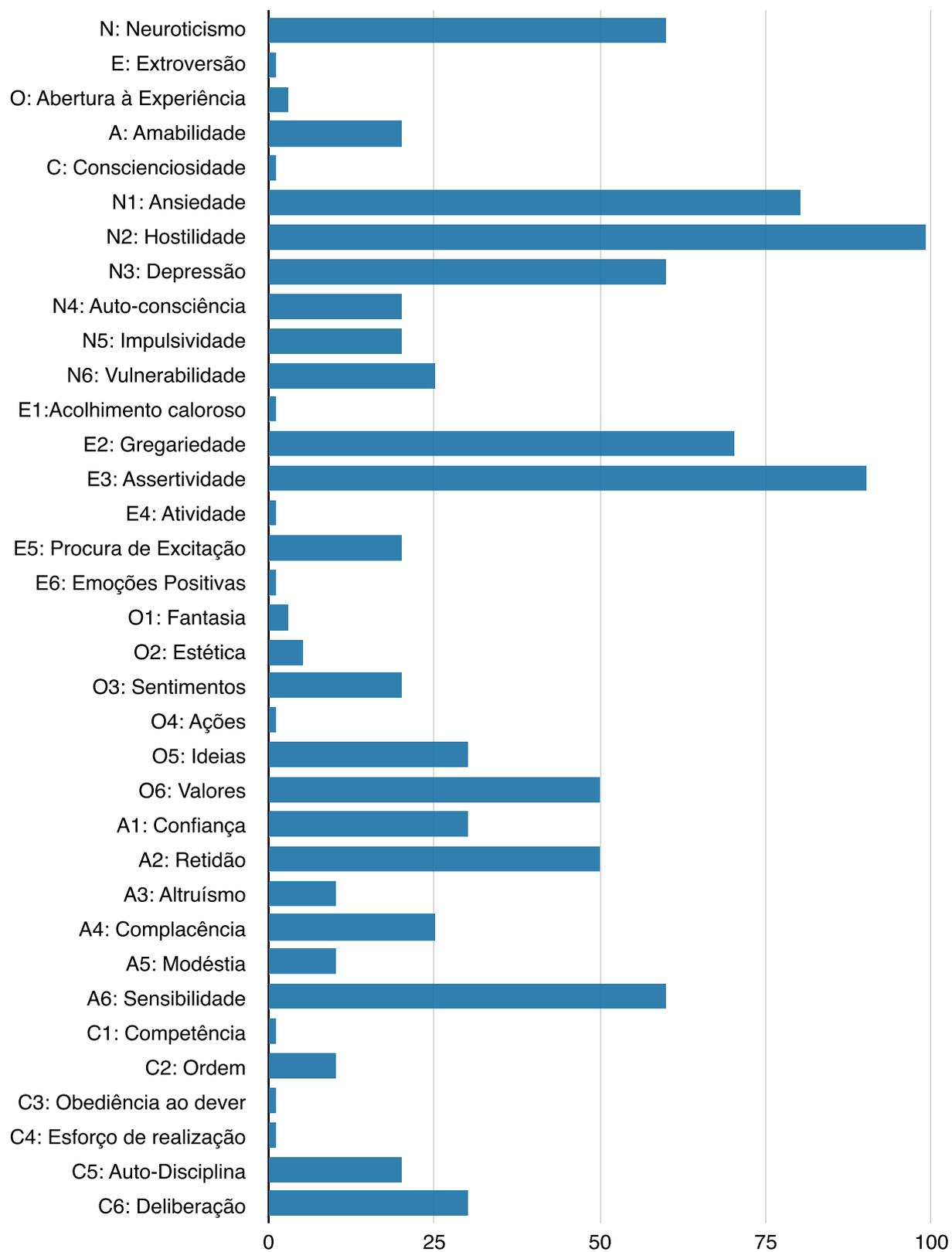
Testes		Resultados Obtidos	Percentil	
I - Orientação	Pessoal	5	Inferior	
	Lugar	2	Inferior	
	Tempo	21	Inferior	
II - Memória de Dígitos	Diretos	4	10	
	Invertida	2	Inferior	
III - Linguagem Automática - Controlo Mental	Série em Ordem Direta	2	Inferior	
	Série em Ordem Direta Tempo	2	Inferior	
	Série em Ordem Inversa	2	Inferior	
	Série em Ordem Inversa - Tempo	2	Inferior	
IV - Memória Verbal	Imediata	Evocação	7	10
		Perguntas	10	10-20
	Diferida	Evocação	7	10-20
		Perguntas	11	20
V - Informação		5	40	
VI - Memória Visual	Imediata	7	50	
	Reprodução Diferida	4	Inferior	
VII - Aprendizagem de Palavras		67	10	

Resultados obtidos no IFS

Funções avaliadas	Teste	Pontuação Obtida
Resposta inibitória e alteração de esquemas	1 - Séries Motoras	3/3
	2 - Instruções Conflituosas	0/3
	3 - Go-no-Go	0/3
	8 - Teste Hayling	0/6
	Total	3/15
Memória de Trabalho	4 - Dígitos Inverso	2/6
	5 - Memória de Trabalho Verbal	0/2
	6 - Memória de Trabalho Espacial	1/4
	Total	3/12
Abstração	7 - Provérbios	1/3
	Pontuação total	7/30

Resultados obtidos no NEO-PI-R

Domínios	Pontuação	Percentil
Neuroticismo	118	60
N1 - Ansiedade	20	80
N2 - Hostilidade	20	99
N3 - Depressão	28	60
N4 - Auto-Consciência	16	20
N5 - Impulsividade	17	20
N6 - Vulnerabilidade	17	25
Extroversão	132	1
E1 - Acolhimento caloroso	28	1
E2 - Gregaridade	24	70
E3 - Assertividade	21	90
E4 - Atividade	30	1
E5 - Procura de excitação	12	20
E6 - Emoções positivas	17	1
Abertura à experiência	130	3
O1 - Fantasia	24	3
O2 - Estética	22	5
O3 - Sentimentos	20	20
O4 - Ações	27	1
O5 - Ideias	14	30
O6 - Valores	23	50
Amabilidade	146	20
A1 - Confiança	25	30
A2 - Retidão	25	50
A3 - Altruísmo	28	10
A4 - Complacência	17	25
A5 - Modéstia	28	10
A6 - Sensibilidade	23	60
Conscienciosidade	120	1
C1 - Competência	15	1
C2 - Ordem	24	10
C3 - Obediência ao dever	21	1
C4 - Esforço de Realização	25	1
C5 - Auto-Disciplina	19	20
C6 - Deliberação	16	30



Resultados obtidos no BADS

	Resultado de Perfil
Subteste 1	0
Subteste 2	0
Subteste 3	0
Subteste 4	0
Subteste 5	2
Subteste 6	2
Resultado de Perfil Total	4
Resultado Estandarizado	32
Idade Estandarizada Corrigida	28

ANEXO O



MINISTÉRIO DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Nº Pessoa Colectiva 508080827
Telef. 253540330
R. dos Cutileiros - Creixomil
4800-055 Guimarães



CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

(Acreditado por Despacho Nº 622 de 01/07/99)

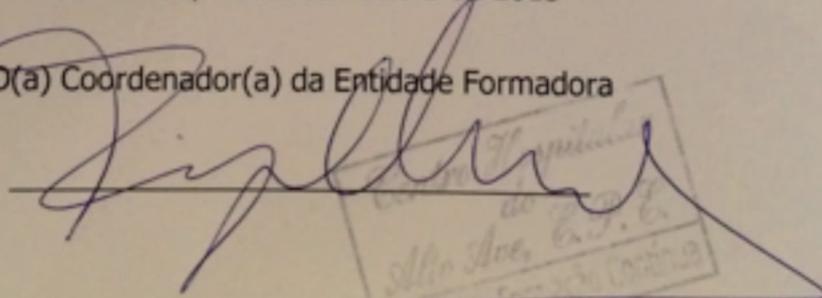
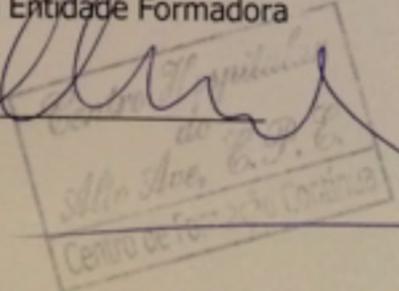
Declaração

Declara-se que, **Joana Filipa Freire Teixeira de Oliveira Pinto**, foi co-formador(a) em 18-11-2013 num total de 45 minuto(s), no âmbito da formação em serviço, na acção de formação "**Educação Terapêutica na Esclerose Múltipla**" com a duração total de 1,5 hora(s)

Guimarães, 18 de Novembro de 2013

fel)

O(a) Coordenador(a) da Entidade Formadora

ANEXO P



CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

(Acreditado por Despacho Nº 622 de 01/07/99)

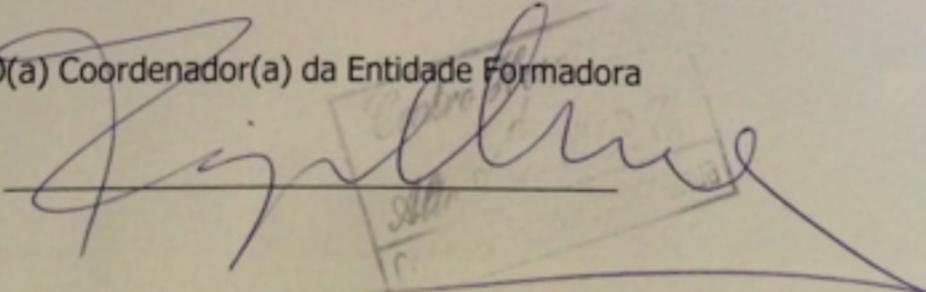
Declaração

Declara-se que **Joana Filipa Freire Teixeira de Oliveira Pinto**, natural de Paços de Ferreira, nascido(a) a 04-11-1991, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º 13965023, válido até 27-05-2016, frequentou de 14-11-2013 a 14-11-2013, a Acção de Formação "**Suicídio, um problema de Saúde Pública: maior compreensão para melhor intervenção**" num total de 3 hora(s).

Guimarães, 14 de Novembro de 2013

lcl/

O(a) Coordenador(a) da Entidade Formadora



ANEXO Q



CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Nº Pessoa Colectiva 508080827
Telef. 253540330
R. dos Cutileiros - Creixomil
4800-055 Guimarães



CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

(Acreditado por Despacho Nº 622 de 01/07/99)

Declaração

Declara-se que **Joana Filipa Freire Teixeira de Oliveira Pinto**, natural de Paços de Ferreira, nascido(a) a 04-11-1991, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º 13965023, válido até 27-05-2016, frequentou de 24-01-2014 a 24-01-2014, no âmbito da formação em serviço, a Acção de Formação "**Diabetes Mellitus Tipo 1 - Um Programa de Intervenção em Adolescentes**" num total de 1,5 hora(s).

Guimarães, 24 de Janeiro de 2014

(el)

O(a) Coordenador(a) da Entidade Formadora

Declaração F.S. Nº 89 / 2014

ANEXO R



CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

(Acreditado por Despacho Nº 622 de 01/07/99)

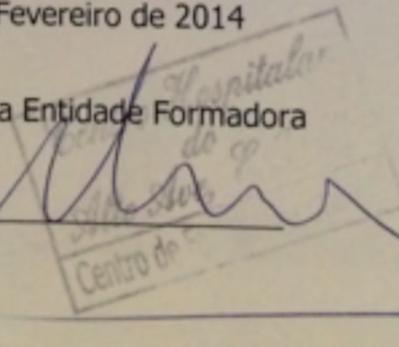
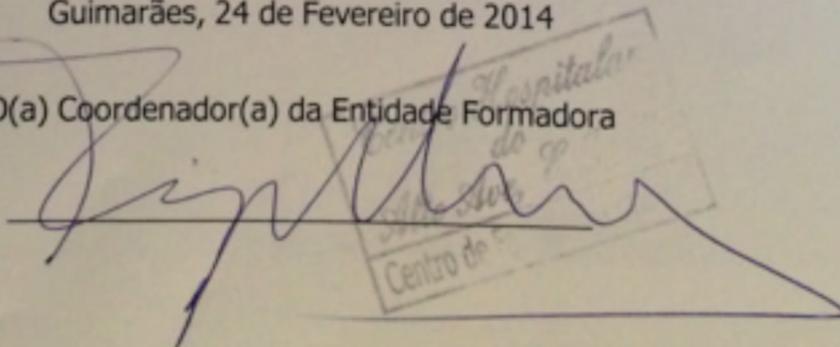
Declaração

Declara-se que **Joana Filipa Freire Teixeira de Oliveira Pinto**, natural de Paços de Ferreira, nascido(a) a 04-11-1991, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º 13965023, válido até 27-05-2016, frequentou de 24-02-2014 a 24-02-2014, no âmbito da formação em serviço, a Acção de Formação "**Avaliação e Intervenção na Perturbação de Ansiedade Generalizada**" num total de 1,5 hora(s).

Guimarães, 24 de Fevereiro de 2014

pe)

O(a) Coordenador(a) da Entidade Formadora



Declaração F.S. Nº 319 / 2014

ANEXO S



CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Nº Pessoa Colectiva 508080827
Telef. 253540330
R. dos Cutileiros - Creixomil
4800-055 Guimarães



CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

(Acreditado por Despacho Nº 622 de 01/07/99)

Declaração

Declara-se que **Joana Filipa Freire Teixeira de Oliveira Pinto**, natural de Paços de Ferreira, nascido(a) a 04-11-1991, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º 13965023, válido até 27-05-2016, frequentou de 12-05-2014 a 12-05-2014, no âmbito da formação em serviço, a Acção de Formação "**Avaliação e Intervenção na Perturbação de Humor: Distímia**" num total de 1,5 hora(s).

Guimarães, 12 de Maio de 2014

(el)

O(a) Coordenador(a) da Entidade Formadora

Declaração F.S. Nº 708 / 2014

Rua dos Cutileiros, Creixomil, 4835-044 GUIMARÃES, Telefone n.º 253 540330 (Extensão n.º 41205), Fax n.º 253 515060, NPC n.º 508080827

ANEXO T



CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Nº Pessoa Colectiva 508080827
Telef. 253540330
R. dos Cutileiros - Creixomil
4800-055 Guimarães



CENTRO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

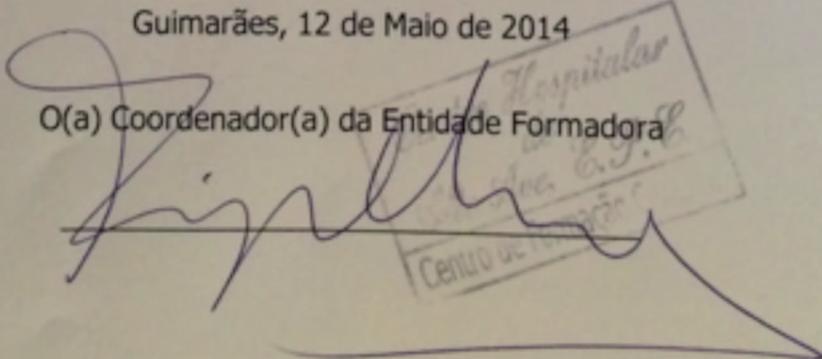
(Acreditado por Despacho Nº 622 de 01/07/99)

Declaração

Declara-se que **Joana Filipa Freire Teixeira de Oliveira Pinto**, natural de Paços de Ferreira, nascido(a) a 04-11-1991, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º 13965023, válido até 27-05-2016, frequentou de 12-05-2014 a 12-05-2014, no âmbito da formação em serviço, a Acção de Formação "**Manual de avaliação e intervenção em pacientes com Défice Cognitivo Ligeiro e em cuidadores informais**" num total de 1,5 hora(s).

Guimarães, 12 de Maio de 2014

(pel)
O(a) Coordenador(a) da Entidade Formadora



Declaração F.S. Nº 720 / 2014

Rua dos Cutileiros, Creixomil, 4835-044 GUIMARÃES, Telefone n.º 253 540330 (Extensão n.º 41205), Fax n.º 253 515060, NPC n.º 508080827