

Relatório de Estágio

Álvaro José Ferreira Seixas

Código de Aluno: 22672

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

Gandra, 27 de março de 2021

Álvaro José Ferreira Seixas

Código de aluno 22672

Relatório de Estágio integrado no Mestrado em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Supervisão: Profa. Dra. Alexandra Serra

Declaração de Integridade

Eu, ÁLVARO JOSÉ FERREIRA SEIXAS, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho:

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer a **mim** mesmo, por ter sido resiliente, por ter respeitado (mesmo quando estou no meio de uma tormenta), todo o trabalho que fiz até hoje e não desistir, por me ter valorizado, pela força que tive e pela esperança que sempre mantive de que tudo ia correr bem, tudo graças à minha família e a mim mesmo, que ia abrir os horizontes para outras realidades.

Aos meus **pais**, que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis, que ouviram os meus medos, os meus anseios, que partilharam comigo a capacidade de amar e que se dispuseram a sofrer comigo nos tempos mais difíceis, em que a desistência parecia o único caminho, sem isso, não sei se conseguiria prosseguir nesta etapa.

À minha **irmã**, que também esteve lá quando precisei e que sempre insistiu para trabalhar no que tinha a fazer, nos momentos de maior apatia pelos quais passei, pelo carinho e amor, como também pela partilha de experiências e conselhos em relação à sua vida académica.

À minha **avó** que com a sua positividade e amor à vida, me ajudou a agarrar esta oportunidade, que é a oportunidade da minha vida e pela sua agradável presença na mesma.

À **Z. R.**, que é uma avó para mim. É uma pessoa com quem convivo todos os dias, já há 23 anos. Uma pessoa que está sempre a brincar e sempre preocupada comigo e com o meu bem-estar.

Ao meu **tio J. A.**, pela sua curta, mas agradável presença na minha vida. Uma pessoa inspiradora que só tinha amor para dar. O melhor tio que alguma vez podia ter tido.

A todos os **profissionais do Centro Hospitalar**, à **Dra. M. M.** e principalmente à **Dra. C. V.** e **Dr. J. S.**, pela companhia, pela compreensão, pelo apoio nos momentos de desespero, pelas brincadeiras, pela orientação e pelo profissionalismo.

À **Professora Doutora M. E. A.**, por não me ter deixado desistir do sonho e simultaneamente, por não me ter deixado desistir de mim e do meu futuro.

À **Professora Doutora A. S.**, pela supervisão, pelo interesse demonstrado, pelo apoio prestado quando precisei, pela compreensão, pela força, pela esperança, pelas palavras certas no tempo certo e claro, pela boa disposição.

Aos meus **amigos**, pelo companheirismo, brincadeiras, apoio, parvoíces e amizade. Em especial ao **R. S.** e ao **A. M.** que me apoiaram e ajudaram ao máximo ao longo desta etapa.

Ao **A. V.**, cujas músicas acompanharam o processo de redacção deste relatório de estágio. Era realmente uma pessoa inspiradora.

A **todos** os que se preocupam por mim e anseiam pelo meu sucesso, tal como eu.

O Meu Muito Obrigado.

Citação

“O poeta é um fingidor
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente.

E os que lêem o que escreve,

Na dor lida
Sentem bem,
Não as duas que ele teve,
Mas só a que eles não têm.

E assim...

Nas calhas de roda
Gira,
A entreter a razão,
Esse comboio de corda
Que se chama coração”.

Fernando Pessoa

Índice

Introdução	3
Caracterização do local de estágio.....	4
Papel do psicólogo em contexto hospitalar	6
Descrição das atividades de estágio	9
Reuniões de Orientação e de Supervisão	9
Observação de Consultas de Psicologia	9
Consulta de Obesidade	10
Avaliação Psicológica e Neuropsicológica	10
Grupo de Depressivos	12
Grupo de Relaxamento	13
Grupo de Estimulação Cognitiva	15
Grupo de Doenças Graves.....	17
Formações no Local de Trabalho	17
Consulta Psicológica Individual	17
Estudo de caso MQ.....	19
Identificação.....	19
Genograma.....	19
Motivo.....	19
História de vida	20
Avaliação Neuropsicológica	20
Proposta de Intervenção.....	22
Sessão 0.....	22
Sessão 1:.....	23
Sessão 2:.....	23
Sessão 3.....	24
Sessão 4.....	25
Sessão 5.....	26
Sessão 6.....	26
Sessão 7.....	27
Sessão 8.....	27
Sessão 9.....	28
Conclusão do Caso Clínico	29
Conclusão.....	30
Referências	32
Anexos	35

Índice Anexos

Anexo 1 – Relatório do Caso Clínico MQ.....	36
Anexo 2 – Apresentação “Funcionamento Cognitivo & Envelhecimento” realizado e apresentado com o apoio da colega de estágio.....	39
Anexo 3 – Algumas das Tarefas Elaboradas para o Grupo de Estimulação Cognitiva.....	50
Anexo 4 – Apresentação de Tabelas Feitas Para os Pacientes de Forma a Apoia-los nos Seus Problemas de Memória.....	62
Anexo 5 – Exercícios “Exemplo” Para as Propostas do Plano de Intervenção	64
a)Sessão 1.....	64
b)Sessão 2.....	69
c)Sessão 3.....	72
d)Sessão 4.....	74
e)Sessão 5.....	78
f)Sessão 6.....	81
g)Sessão 7.....	84
h)Sessão 8.....	87

Introdução

O presente relatório enquadra-se na unidade curricular de estágio curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde – IUCS, CESPU e tem como objetivo a apresentação e explanação das atividades realizadas. De salientar que a totalidade das horas de estágio, não chegaram a ser cumpridas devido à Pandemia de COVID-19

O estágio foi realizado num Centro Hospitalar, mais precisamente no Serviço de Psicologia, inserido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este serviço está repartido pelas duas unidades que o compõem e o referido estágio teve a orientação do Doutor C. A. e da Doutora C. V. e a supervisão da Professora Doutora A. S.

O Serviço de Psicologia Clínica, desenvolve a sua atividade no âmbito da avaliação e intervenção psicológica, aos utentes com referência médica pela equipa multidisciplinar que constitui este Centro Hospitalar, intervindo assim em todas as faixas etárias quer em regime de ambulatório, quer em internamento.

Neste relatório serão abordadas várias questões como por exemplo a caracterização do local de estágio, papel do psicólogo em contexto hospitalar, a descrição das actividades realizadas e por último a planificação de uma intervenção, tendo por base um relatório realizado durante o estágio.

Não se pode negar a importância que este estágio teve, não só ao nível da prática da psicologia e crescimento profissional, mas também em termos do meu crescimento pessoal, da minha evolução como ser humano, porque passei a compreender as situações de pontos de vista diferentes daqueles que tinha interiorizados.

Caracterização do local de estágio

O centro hospitalar onde realizei o meu estágio, é composto por duas unidades hospitalares abrangendo uma população com cerca de 540 mil habitantes de diversos concelhos da região onde se insere.

A Unidade de Psicologia Clínica, visa dar o apoio psicológico à população que recorre à mesma, contando para isso com a colaboração de uma equipa multidisciplinar.

Essa equipa multidisciplinar é constituída por seis psicólogos, dos quais apenas dois se encontram diariamente na unidade e uma estagiária da Ordem dos Psicólogos. Além disso, conta também com cinco psiquiatras, três pedopsiquiatras, três enfermeiras, uma auxiliar de acção médica, uma assistente social e três assistentes administrativos.

Os pacientes são habitualmente encaminhados para a consulta externa de psicologia pelos médicos psiquiatras que trabalham no departamento de saúde mental, pelos diversos serviços clínicos do centro hospitalar e suas equipas de saúde, sendo igualmente frequente a articulação com outras estruturas da comunidade. Em contexto de consulta externa de psiquiatria, fazem pedidos de avaliações, acompanhamento individual e também a inserção em grupos terapêuticos específicos, sendo o paciente integrado nesses grupos, conforme a sua problemática e necessidades.

Nesta unidade, os grupos terapêuticos relacionados com problemas psicológicos são os grupos de depressivos, os grupos de ansiedade e grupo de competências, podendo concluir-se com base nisto, e nas histórias clínicas dos pacientes integrados nos grupos que as problemáticas mais predominantes são a depressão, ansiedade e luto patológico.

Existe também um grupo terapêutico mais ligado à reabilitação neuropsicológica, que é o grupo de estimulação cognitiva.

Neste local de estágio existem duas salas que dão para trabalhar com os grupos: uma para trabalhar com o grupo de reabilitação neuropsicológica, que tem uma mesa, que possibilita que o grupo se sente em seu redor e possa trabalhar na mesma. Existe ainda outra sala que é mais utilizada para grupos de depressivos, grupos de relaxamento e por vezes reuniões do hospital de dia, estando esta mesma sala situada numa localização próxima dos gabinetes usados, quer pelos psicólogos, quer pelos psiquiatras.

Tem também uma secção destinada ao hospital de dia, em que dois dos psicólogos (um da unidade hospitalar e a estagiária da Ordem dos Psicólogos) estão a trabalhar, com os pacientes que lá passam o dia.

Sendo uma das unidades hospitalares que compõem o centro hospitalar, esta é mais moderna, tendo bastantes áreas verdes e é inserida num meio natural, o que tem benefícios como redutor de stress.

Papel do psicólogo em contexto hospitalar

Freeman, Belar, Hornyak, Rozensky, Brown, Hersch, Rickel e Sheridan (2002), falam da importância dos psicólogos como promotores de saúde, pois trabalham na prevenção das doenças, resultando portanto, numa promoção da saúde, a partir desse mesmo trabalho.

Ainda segundo os mesmos autores os psicólogos fazem também tratamentos/intervenções que são suportados por diversas teorias empiricamente sustentadas, como por exemplo a terapia cognitivo-comportamental sendo que essas mesmas intervenções vão ajudar as pessoas a melhorar quer a nível de saúde, quer ao nível do bem-estar.

Para Freeman e colegas (2002) as teorias psicológicas podem ser usadas para prevenir, gerir ou melhorar os sintomas e sequelas das doenças.

Com base nos autores supracitados, os psicólogos têm um papel importante na prevenção primária, cujo objectivo é evitar desordens e doenças específicas, e encorajar o aumento dos cuidados de saúde através da educação, reduzindo assim factores de risco para a doença. Estes profissionais de saúde têm um papel igualmente importante na prevenção secundária, que segundo Caplan (1964) mencionado por Freeman et al. (2002) “Consiste nos esforços para reduzir a prevalência ou severidade de uma desordem a partir da sua identificação e tratamento precoce” (p. 537, tradução própria).

Os alvos desta prevenção são indivíduos com alto risco, a nível biológico, ambiental e cultural, recorrendo por exemplo à psicoeducação (Bradley et al. (1994) mencionado por Freeman e colegas (2002). Por último estes profissionais são fundamentais na prevenção terciária que, segundo Caplan (1964) mencionado por Freeman e colegas (2002), consiste em “esforços para minimizar as sequelas e/ou sofrimento de desordens ou doenças estabelecidas via reabilitação” (p. 538, tradução própria). Ainda segundo Freeman e colegas (2002) se combinarmos a terapia cognitivo-comportamental com os cuidados médicos obtêm-se melhores resultados finais dos tratamentos.

Para Borges (2018), o psicólogo em contexto hospitalar, avalia o estado emocional dos pacientes e efectua uma intervenção psicológica em conformidade com os mesmos.

Com base na autora supracitada, pode-se também observar que o psicólogo, para além de intervir nos pacientes, pode intervir também na família dos mesmos, de forma a

haver a manutenção ou restaurar o equilíbrio emocional de ambos, podendo isso resultar numa maior adesão aos tratamentos.

Para Lopes (2015) em meio hospitalar “o Psicólogo Clínico relaciona-se com várias áreas ligadas à saúde... com o objectivo de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos utentes.” (p. 17).

Já para Silva (2012) a psicologia em meio hospitalar procura contribuir para que o paciente sofra menos aquando da sua hospitalização.

Nesta instituição, os psicólogos fazem parte de uma equipa multidisciplinar e atendem pessoas de todas as faixas etárias, na procura de responder às necessidades que as mesmas têm, através do acompanhamento terapêutico e também através de avaliações psicológicas e neuropsicológicas.

Nestas avaliações costumam-se usar testes como a *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* (Hodges & Mioshi, 2005, versão portuguesa por Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008), o *Teste de Retenção Visual de Benton* (Benton, 1992), a *WAIS-III* (Wechsler, 2008), a *SCL- 90R - Symptoms Checklist Revised* (Derogatis & Lazarus, 1994 versão portuguesa de Batista, 1999) e, em alguns casos, o *MMPI - Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota* (Starke & McKinley, 1989).

Para além da importância ao nível do acompanhamento terapêutico, individual ou em grupo, e das avaliações psicológicas e neuropsicológicas, tenho que referir a importância da reabilitação neuropsicológica, que ocorre nesta instituição, num formato grupal (Grupo de Estimulação Cognitiva). Este tipo de intervenção pode fazer a diferença na vida dos pacientes, possibilitando que recuperem parte das funções que anteriormente tinham perdido.

Para além deste grupo, há outros não menos importantes como por exemplo, o grupo de depressivos, o grupo de relaxamento, o grupo de competências entre outros.

É de salientar também a existência do Hospital de Dia, onde pessoas, com variados problemas mentais permanecem durante o dia. A presença de um psicólogo, é habitual, realizando diversas atividades inclusive dinâmicas de grupo.

No final do período de estágio, começou a ocorrer uma nova consulta, a “consulta de obesidade” que consiste em avaliar os pacientes com esta problemática recorrendo ao *Questionário Holandês do Comportamento Alimentar*. Face os resultados desta avaliação o sujeito toma conhecimento se pode, ou não, prosseguir para cirurgia bariátrica.

Descrição das atividades de estágio

Reuniões de Orientação e de Supervisão

Os orientadores mostraram uma grande disponibilidade para tudo, uma grande abertura, fizeram com que houvesse uma boa integração no hospital, preocupavam-se com os estagiários, tratavam-nos como colegas, foram empenhados nesta sua e não fácil tarefa de passar o seu legado a futuros psicólogos. No local de estágio, eram solicitados relatórios de todas as avaliações realizadas, sendo que estas, eram entregues a cada um dos orientadores responsáveis pelo avaliado. Esses relatórios eram corrigidos por ambos, e sempre que houvesse erros, alertavam-nos para os mesmos.

Os orientadores mostraram sempre ter plena disponibilidade para tirar dúvidas em relação à cotação de testes ou em relação a referências bibliográficas que foram sugeridas pelos mesmos e também para realizar observação participante no âmbito de consulta psicológica, assim como em avaliações neuropsicológicas.

Para além da orientação no local de estágio, tínhamos também reuniões de supervisão com a Professora Doutora A. S., que inicialmente eram realizadas todas as semanas e que posteriormente passaram a ser feitas quinzenalmente e ultimamente por telefone/videoconferência devido à pandemia COVID-19.

Nestas reuniões fazia-se um resumo sobre como estava a correr o estágio, o que tínhamos feito naquele interregno sem reuniões, de forma a manter a professora actualizada em relação ao estágio. Pediam-se opiniões sobre como agir perante os casos, que abordagens poderiam ser utilizadas, partilhando assim alguma da sua vasta experiência a nível clínico.

Estas reuniões também serviam para falarmos sobre os possíveis casos clínicos e também “desabafar” quando alguma coisa não estava a correr tão bem e não houvesse clareza suficiente no pensamento para ultrapassar esse momento.

Observação de Consultas de Psicologia

As primeiras semanas de estágio foram mais direccionadas para a observação de consultas. Essa possibilidade de poder assistir às consultas de psicologia, tornou-se em algo

importante. Aprende-se como abordar os pacientes, percebe-se como comunicar com eles, como formular perguntas pertinentes e qual a postura a adoptar perante os mesmos.

Para além desta vertente individual da consulta de psicologia foi também permitida a participação em grupos terapêuticos como por exemplo o Grupo de Depressivos o qual permitiu aprender como aplicar a teoria na prática, aplicando a Teoria Cognitivo-Comportamental na prática clínica grupal.

Foi nesta primeira fase que também foi proposto o estudo dos testes que mais se utilizam na unidade, podendo ter contacto com eles, sendo também explicada a utilização do sistema operativo "AIDA" e também do Sistema Informático SClínico Hospitalar.

Os primeiros tempos de estágio foram muito importantes, para consolidar conhecimentos, e até mesmo aprofundá-los quer ao nível teórico, mas também a nível da prática clínica, como por exemplo a terapia de grupo ou as avaliações.

Consulta de Obesidade

A consulta de Obesidade era uma consulta criada para seleccionar pessoas obesas para a realização de uma cirurgia de emagrecimento e para tal procedia-se à aplicação do *Questionário Holandês do Comportamento Alimentar* na primeira sessão e numa segunda sessão era dado o veredicto ao paciente, sobre se reunia ou não condições psicológicas para a realização da cirurgia.

Avaliação Psicológica e Neuropsicológica

Para Silva (2008) a avaliação psicológica é uma forma de se conhecerem os fenómenos e processos psicológicos por meio de procedimentos de diagnóstico que são os testes, uma vez que alguns deles são úteis pois vão de encontro a aspectos mais estáveis da personalidade, sendo os mesmos mais difíceis de serem modificados OCAMPO, 1995 cit in Silva (2008).

Ainda para Silva (2008) a avaliação psicológica ou psicodiagnóstico ocorre como uma espécie de "contrato" no qual o paciente pede ajuda e o psicólogo ajuda o paciente, respondendo da melhor forma ao pedido de ajuda feito pelo paciente. Ainda segundo Silva

(2008) o objetivo da avaliação é investigar aspectos em particular, de acordo com a sintomatologia ou queixa do paciente.

Para Echeburúa, Muñoz e Loinaz (2011) a avaliação psicológica pretende avaliar o estado mental do avaliado, o que dará origem a uma futura intervenção terapêutica.

Os instrumentos mais utilizados ao nível de avaliação são os instrumentos de auto-relato e também as entrevistas estruturadas (Echeburúa, Muñoz & Loinaz, 2011).

Ainda segundo os mesmos autores a avaliação clínica tem por objectivo o diagnóstico e tratamento do sujeito avaliado. Para que ocorra a avaliação tem que haver uma relação empática entre psicólogo e paciente. Nesta avaliação pode-se recolher informações recorrendo a entrevistas, testes, observação, relatórios médicos, relatórios psicológicos e historial clínico.

Segundo a *American Academy of Clinical Neuropsychology* (2007) o conteúdo da avaliação neuropsicológica pode variar, podendo variar conforme as áreas cognitivas que vão ser avaliadas. Na avaliação neuropsicologia podem-se também avaliar as funções emocionais. Segundo a mesma fonte, algumas das áreas cognitivas que podem ser estudadas são a linguagem, atenção, memória, aprendizagem, resolução de problemas, funções executivas entre outras.

Para Benton (1994) a avaliação neuropsicológica é mais precisa e mais objectiva que a avaliação feita pelos neurologistas. Ainda segundo o autor supracitado esta avaliação estuda comportamentos e características dos mesmos, que não são acessíveis através da observação clínica.

Para Day, Gillespie, Rooney, Bulbeck, Zienius, Boele e Grant (2016) a avaliação neuropsicológica após o diagnóstico de tumor cerebral pode ser importante para que o paciente e a família percebam o estado neurocognitivo do paciente.

Na unidade hospitalar os instrumentos que mais se usam são o *Teste de Retenção Visual de Benton*, a *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke*, a *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos WAIS-III*, a *Symptoms Checklist- SCL- 90*, em alguns casos também o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-MMPI*. Em casos excepcionais, aplica-se também uma *Entrevista Neuropsicológica*, sendo a mesma uma entrevista direta.

Os instrumentos com que tive mais contacto foram o *Teste de Retenção Visual de Benton*, a *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke*, a *Symptoms Checklist- SCL- 90*, o *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-MMPI* e a *Entrevista Neuropsicológica*.

Grupo de Depressivos

No decorrer do meu estágio foi dada a oportunidade de assistir a um grupo terapêutico com uma abordagem cognitivo-comportamental constituído por mulheres que apresentavam quadros de depressão prolongada. Neste grupo a maior parte das situações estavam ligadas a luto complicado (maioria por falecimento do cônjuge, muitas vezes 14 anos após o seu falecimento) e também casos de violência doméstica, quer por parte dos pais, quer do marido.

Para Feng, Chu, Chen, Chang, Chen, Chou, Chang e Chou (2011) a teoria cognitivo-comportamental tem um efeito moderado nos níveis de depressão e um efeito reduzido ao nível da recaída: Já para Duarte, Miyazaki, Blay e Sesso (2009) a terapia cognitivo-comportamental de grupo traz melhorias nos pacientes com depressão. Hamamci (2006) refere que o psicodrama e a terapia de grupo cognitivo-comportamental aliadas reduzem os níveis de depressão, tal como a terapia de grupo cognitivo-comportamental por si só.

O grupo reunia-se quinzenalmente às segundas-feiras de tarde numa sala onde as cadeiras estavam dispostas em círculo.

Numa primeira sessão aplicou-se a *Escala de Depressão de Zung* (para as pessoas preencherem em casa) de forma a perceber os níveis reais de depressão das pacientes, deu-se informações sobre a terapia, realizou-se um enquadramento dos objectivos e falou-se nos benefícios que a terapia de grupo tem ao nível da depressão e, na seguinte fez-se a apresentação das pacientes e da sua problemática.

Nas restantes sessões tentava-se numa primeira fase perceber como tinham corrido os 15 dias das pacientes, o que tinham sentido, o que se tinha passado (às vezes surgiam situações de complicada gestão emocional para as pacientes e precisavam de ser ouvidas e necessitavam de estratégias para enfrentar as situações caso se voltassem a repetir), tentando promover a mudança através do diálogo estruturado, da exploração emocional e cognitiva e da reestruturação cognitiva. Estas estratégias eram aplicadas, tanto em relação

à situação que levou a que as pacientes chegassem a este grupo, quer nas situações que ocorriam durante a semana.

Houve também sessões de *role-play* em que as pacientes tinham que fazer de conta que estavam a falar com o ente querido e tinham de lhes dizer algo que elas gostavam que eles soubessem. Visava-se ajudar as pessoas a “ventilarem emocionalmente”, verificando-se a ocorrência de algumas reações catárticas.

Realizaram-se também sessões psicoeducativas sobre a depressão e também sessões de psicodrama, em que cada paciente tinha que escolher outros pacientes ou até mesmo terapeutas de forma a constituírem a sua família como elas gostariam que estivesse e depois identificavam as pessoas. Os falecidos maridos estavam presentes em todas as famílias, mesmo ao lado das esposas, excepto na paciente cujo ex-marido a agredia. Algumas sessões foram dedicadas ao relaxamento começando inicialmente por uma parte de relaxamento muscular progressivo e depois uma parte mais imagética.

Na última sessão realizou-se uma dinâmica muito interessante: espalharam-se no chão diversas imagens e as pessoas teriam que escolher algumas de forma a descrever o progresso feito com ajuda da terapia grupal. Por exemplo, escolhiam 3 imagens e diziam “antes da terapia sentia-me triste por isso escolhi esta imagem”, “depois durante a terapia tive altos e baixos e por isso escolhi esta imagem” e “agora no fim já tenho mais alegria por isso escolhi esta imagem”.

A participação neste grupo foi uma mais-valia para mim porque aprendi mais sobre a depressão, sobre como lidar com as pessoas com depressão, como ajudá-las a gerir os seus sentimentos e como tentar abordá-las. Embora por vezes tenha sido solicitada a minha participação, eu não me sentia à vontade para o fazer, porque tinha medo de errar e uma palavra ou uma frase proferida de uma forma mais dúbia para as pacientes poderia provocar uma situação catártica que eu não estava preparado ainda para gerir.

Grupo de Relaxamento

No decorrer do meu estágio tive também a oportunidade de assistir a um grupo com mulheres que apresentavam elevados níveis de ansiedade com diferentes etiologias como, o trabalho, problemas de saúde e problemas familiares.

A ansiedade é um sentimento de medo, e é caracterizada por ter uma tensão que tem na sua origem a antecipação de perigo de algo que ainda não aconteceu (Swedo, Leonard & Allen, 1994). De forma a diminuir a ansiedade dos pacientes foi usada o relaxamento. Segundo Kim & Kim (2017), Conrad e Roth (2007) e Ali e Hasan (2010) o treino de relaxamento tem efeitos positivos ao nível da redução dos sintomas ansiosos.

Quando comecei a assistir a este grupo já tinha decorrido cerca de metade das sessões, contudo a estrutura das sessões era idêntica entre si: começava-se por fazer a avaliação do período de tempo decorrido entre as sessões em termos dos níveis de ansiedade e dos motivos que poderiam estar na sua base. De uma forma geral, os níveis de ansiedade eram moderados ou elevados.

Após este sumário dos 15 dias e de apurar os níveis médios da ansiedade nas mesmas, procedia-se então ao treino de relaxamento, onde se começa com uma parte mais de relaxamento progressivo de diferentes grupos musculares e, posteriormente, com o imagético como o relaxamento do golfinho, floresta e a fábula do “Elefante Acorrentado”.

Quer no processo inicial (de perceber como correu a semana), quer mesmo no relaxamento usava-se música de fundo, bastante relaxante e apenas um candeeiro aceso.

O grupo reunia-se quinzenalmente às segundas feiras de tarde numa sala onde eram colocados diversos colchões cobertos com um pano descartável e almofadas de forma às pacientes estarem mais confortáveis para fazer o relaxamento, exceptuando uma senhora que devido a problemas de saúde fazia o relaxamento sentada numa cadeira e com uma almofada na zona da cabeça.

Neste grupo incentivaram-me à participação à qual anuí tendo apenas feito um comentário pertinente, com o qual as pacientes concordaram na sua totalidade e que se centrava na análise das posições que adoptavam durante o relaxamento e a partir dessa análise hipotetizar se conseguiram relaxar, se relaxaram só um pouco e se não conseguiram relaxar, e num dos casos, arrisquei mais um bocado, visto que a paciente estava a mexer muito as pernas e perguntei se ela sentia as pernas a tremer e a perder a força durante as crises de ansiedade e ela respondeu que era a primeira coisa que sentia. Depois foi-me perguntado se me sentia preparado para fazer o relaxamento e eu disse que não pois sentia-me receoso sobre as minhas capacidades para o fazer sem o guião.

Grupo de Estimulação Cognitiva

Os pacientes que constituíam este grupo eram na maior parte do sexo feminino e a maioria dos pacientes eram encaminhados pelo médico psiquiatra devido a défices cognitivos ligeiros decorrente de depressões arrastadas (principalmente queixas mnésicas). Existia apenas um único elemento do sexo masculino, a recuperar de um acidente vascular cerebral que sofrera.

Para serem incluídos no grupo os participantes tinham que ser avaliados com recurso à *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* e a *Escala de Depressão de Zung* de forma a perceber qual a verdadeira dimensão dos défices e se teriam condições de fazer terapia grupal.

A estimulação cognitiva é muito importante pois vai de encontro às dificuldades dos pacientes que a frequentam, para Chung, Hsieh, Lai e Huang (2014) os programas de reabilitação cognitiva, principalmente os que aplicam estratégias de compensação têm efeitos positivos ao nível da memória e atenção.

Para Wilson (2008) A reabilitação neuropsicológica visa melhorar os problemas cognitivos, emocionais, psicossociais e também comportamentos que ocorrem devido a uma lesão cerebral. Ainda segundo a autora supracitada os pacientes que frequentam este tipo de reabilitação apresentam comumente défices ao nível da memória, atenção, planeamento, inibição e também problemas ao nível das habilidades sociais e nas relações interpessoais. Estes problemas podem ocorrer em conjunto por exemplo com a ansiedade e depressão.

Este grupo era liderado pela Dra. C.V. e o objectivo era tentar resolver as dificuldades dos pacientes no seu dia-a-dia, como por exemplo cozinhar, lembrar-se de compromissos, minimizar esquecimentos de objectos que são necessários como por exemplo os óculos, cozinhar e tarefas que deixaram de fazer delegando assim essas tarefas a outros membros da sua família, como por exemplo ir às compras.

Realizaram-se sessões de treino cognitivo de diversas áreas cognitivas (consultar anexo 2), como atenção, memória de trabalho e cálculo mental. Também se realizou um role *play* sobre ir às compras, concetualizado por mim e que passo a descrever. Um paciente tinha uma lista com vários ingredientes a um preço escolhido pelo mesmo e, outro, fazia de

operador de caixa. A transação tinha que ser feita com o “dinheiro” (bastante realista) que foi fornecido às pessoas. Após o pagamento, que tinha que ser feito com uma quantia superior ao preço por quilograma daquele produto o “operador de caixa” tinha que recorrer ao cálculo mental de forma a fazer o troco. Após isso os pacientes trocavam de papéis. Penso que este exercício também terá sido benéfico para treinar as interações sociais, sendo muito construtivo para os elementos do grupo.

Também houve a oportunidade de fazer, em conjunto com a minha colega de estágio uma sessão psicoeducativa sobre o “Funcionamento Cognitivo e Envelhecimento”. Após a realização desta sessão, era suposto ter feito uma apresentação sobre depressão, ansiedade e higiene do sono, mas no final acabou-se só por entregar *flyer's* em relação às mesmas problemáticas.

O resto das sessões foram de estimulação, onde como já foi referido se faziam variadas tarefas que estimulavam diversas áreas e no fim da sessão eram enviados trabalhos para casa que eram corrigidos no início de cada sessão.

As últimas sessões foram dedicadas ao treino de relaxamento, de forma a reduzir os níveis de ansiedade do grupo. Começava-se por relaxamento progressivo de diversos grupos musculares e de seguida era feito um relaxamento imagético, tentando perceber o *feedback* dos pacientes no final.

Após o fim da última sessão, os pacientes que tinham mais tempo, ficaram a fazer uma reavaliação. Para esta tarefa contei com a preciosa ajuda da minha colega de estágio. As pessoas que não puderam fazer a avaliação nesse dia, foram contactadas para fazer marcação para outro dia em que pudessem comparecer. Nesta última avaliação era feita a *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* e a *Escala de Depressão de Zung*.

A Dra. C.V. ao perceber que esta era uma área de especial interesse para mim, incentivou-me desde o início a apresentar ideias para as tarefas a realizar, tendo grande parte delas sido postas em prática.

Penso que a minha participação neste grupo foi muito ativa, interessada, esforçada, sempre com o objectivo de dar o meu melhor para que estes pacientes conseguissem de alguma forma mudar a sua vida. Tentei abranger várias áreas nas tarefas que eram dadas, indo de encontro às áreas em que sabia de antemão que necessitariam de mais atenção.

Grupo de Doenças Graves

Só tive a oportunidade de assistir a este grupo uma vez. Já era a sessão de encerramento, portanto não sei bem como funcionava. Sei que era um grupo misto (constituído por homens e mulheres) com diferentes problemas e que de certa forma não estavam inicialmente a conseguir aceitar e dar-se a si mesmo o devido valor que ainda têm. Lembro-me que um dos casos era de esclerose múltipla, outro caso era uma dupla amputação dos membros inferiores devido a diabetes, uma paraplegia devido a uma queda, lesões cerebrais decorrentes de um acidente de mota e o caso de uma senhora ostomizada.

Na última sessão o que se fez foi conversar um pouco sobre o que acharam do grupo, do progresso que fizeram com o grupo, se estavam melhores ou piores, para além disso espalharam-se diversas imagens, das quais as pessoas teriam que escolher algumas imagens de forma a descrever o progresso feito durante a terapia.

Formações no Local de Trabalho

Ao longo do estágio foi-me permitido ir a 3 formações, uma de relaxamento, uma sobre terapias de terceira geração, mais precisamente *mindfulness* e outra sobre liderança, e por vezes, ajudei no transporte do material necessário, para além disto, foi-me também permitido assistir a uma palestra do professor doutor Pinto da Costa "Uma Hora Fora da Caixa".

Consulta Psicológica Individual

A intervenção da psicologia clínica e da saúde assenta no modelo biopsicossocial que tem como objetivo fornecer ferramentas aos pacientes para que estes possam controlar e melhorar a sua qualidade de vida. Este tipo de intervenção passa, essencialmente, pela intervenção em crise, educação para a saúde, acompanhamentos psicológicos, treino de competências, tendo por base o modelo cognitivo-comportamental. Segundo Alves (2016) o psicólogo clínico num contexto hospitalar "desempenha um papel relevante em várias frentes através do aconselhamento psicológico, a promoção e manutenção de saúde e a prevenção e tratamentos de doenças" (p. 15).

No âmbito deste estágio curricular, devido à situação pandémica que se instalou no nosso país, apenas foi possível acompanhar uma situação que apenas teve 3 sessões. Esta situação era de um paciente, com 35 anos que apresentava um défice cognitivo moderado e que tinha uma propensão para uma atitude desajustada aquando da presença de mulheres. De acordo com as orientações dos orientadores procurei, através de técnicas de reestruturação cognitiva básicas, modelar as crenças desajustadas deste paciente que, de uma forma focada e irredutível, queria “arranjar uma namorada”.

Após uma breve recolha da história de vida (o caso já era conhecido do meu orientador que me passou todas informações) procurei compreender o que levava este indivíduo a ter desenvolvido este enfoque tão desajustado. Tendo por base esta informação pensou-se num conjunto de estratégias que lhe permitissem colocar no papel das mulheres que ele abordava, compreender as consequências desta abordagem e treinar outro tipo de competências interpessoais socialmente mais ajustadas, ponderadas e mais reflexivas.

Estar com este paciente foi uma tarefa árdua, desconcertante, mas muito frustrante pois sempre senti que o paciente não iria conseguir alterar as suas crenças, a sua motivação e o seu enfoque. As suas limitações cognitivas associadas a esta crença obsessiva tornavam a mudança muito difícil. Nas reuniões de supervisão várias vezes se partilhou a preocupação que este paciente poderia precisar de uma intervenção diferente pois poderia vir a ter um comportamento abusivo numa das suas abordagens a mulheres.

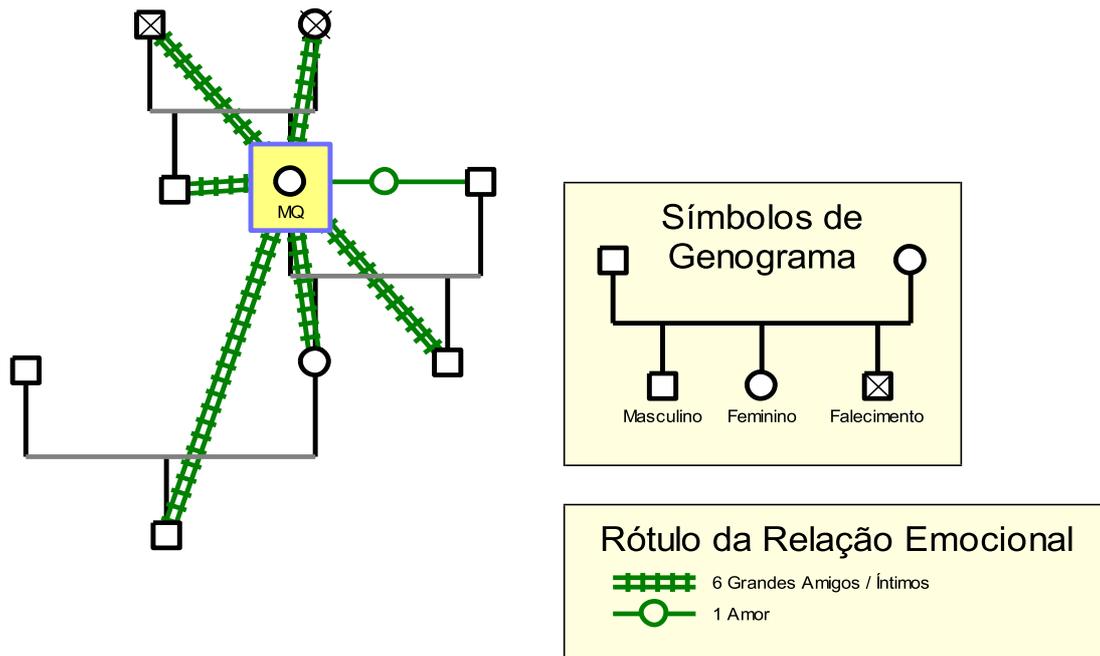
Optou-se por apresentar e explanar neste relatório um caso em que realizei a avaliação neuropsicológica de forma autónoma, apresentando uma proposta, possível, de intervenção.

Estudo de caso MQ

Identificação

MQ é do sexo feminino, tem 67 anos de idade e é casada há 44 anos. Tem uma filha de 42 anos e um filho de 17 anos, coabitando com o marido e com o filho. Há 8 anos nasceu o seu primeiro e único neto. A paciente tem ainda um irmão mais velho.

Genograma



Motivo

A paciente foi encaminhada pelo seu psiquiatra para fazer uma despistagem ao nível de deterioração mental e lesão orgânica cerebral, pois a paciente revela problemas mnésicos que têm influência nas tarefas do dia-a-dia desde há 3 ou 4 anos e para além disso, recorrendo a um exame de neuroimagem (Ressonância Magnética) foi constatado pelo psiquiatra que a paciente tem a hipófise cristalizada, perda de volume encefálico e presença de vestígios de enfartes cerebrais antigos.

História de vida

MQ é do sexo feminino, tem 67 anos de idade, é casada há 44 anos, tem uma filha de 42 anos (que há 8 anos deu à luz o seu primeiro e único neto) e um filho de 17 anos.

De salientar a perda da mãe há 34 anos, com 74 anos de forma repentina com um Acidente Vascular Cerebral, “foi uma época muito má, um grande choque porque não estava à espera” (SIC.) e a perda do pai há 8 anos, com 87 anos com bactéria hospitalar.

A morte da mãe foi a que mais a marcou pois foi totalmente inesperada. A paciente ainda chora muito quando fala da mãe e diz que quando está pior ainda chama por ela. Diz que na altura ninguém a reconhecia na rua pois estava muito magra.

O marido foi operado em 2003 e ela ia todos os dias a Coimbra, tendo depois (aquando o seu regresso ao domicílio) de cuidar dele, deitá-lo, estar atenta quando ele dormia, deixando de comer e dormir. Diz que “foi aqui que surgiu a depressão” (SIC.).

A paciente é seguida em psiquiatria há 16 anos e revela dificuldades em tarefas do dia-a-dia devido aos problemas mnésicos.

Avaliação Neuropsicológica

Para se proceder à avaliação de deterioração mental e lesão orgânica cerebral foram usados os testes de *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* e o *Teste de Retenção Visual de Benton*. Para obter mais dados sobre a paciente foi aplicada uma entrevista de Avaliação Neuropsicológica.

Os resultados que a paciente obteve sugerem uma grave afectação ao nível mnésico, da fluência verbal e num nível muito ligeiro na atenção e orientação e viso-espacial. As queixas mnésicas são as que foram mais referidas pela paciente e as que mais são vistas pela mesma como obstáculo para as tarefas do dia-a-dia como por exemplo cozinhar, dificuldade em saber o que estava a fazer e esquecer-se de objectos importantes. Os resultados vão ser explanados de uma forma geral na Tabela 1.

Tabela 1 – *Resultados de cada subescala e resultado total do ACE-R.*

	Resultado	Pontuação Máxima
Atenção e Orientação	17	18
Memória	11	26
Fluência Verbal	7	14
Linguagem	26	26
Visuo-Espacial	15	16
ACE-R Total	64	100

Numa análise mais profunda pode verificar que as áreas que suscitam mais preocupação, são a memória de evocação e anterógrada com um comprometimento severo, a memória retrógrada e de evocação com moderado comprometimento e a memória de reconhecimento com ligeiro comprometimento, a nível cognitivo pode concluir-se que a paciente tem um défice cognitivo moderado a severo nesta área cognitiva. Para além da memória temos também um comprometimento moderado da fluência verbal pelo que terá que ser um dos focos de reabilitação também.

Pode-se verificar a existência de um ligeiro défice ao nível da orientação e da percepção viso-espacial.

Com base nos resultados obtidos no *Teste de Retenção Visual de Benton* podemos concluir que os mesmos se encontram em percentis situados num "nível limite". Podem-se verificar algumas alterações ao nível da memória visual e imediata assim como nas aptidões viso-construtivas. Poderá ser sugestivo de alguma organicidade.

Proposta de Intervenção

A proposta de intervenção apresentada será vocacionada para a reabilitação cognitiva e irá ser constituída por 10 sessões, de frequência semanal, em que a primeira sessão será de hora e meia e as restantes de uma hora.

De forma a colmatar as dificuldades mostradas pela paciente deveriam ser trabalhadas as áreas que vão desde a memória que se encontra num grau de prejuízo mais severo, fluência verbal num grau moderado e também num grau mais ligeiro a orientação e a percepção viso-espacial, que embora não demonstrem uma afecção em nada significativa, pode ser um indício do início de uma disfunção a esses níveis pelo que optaria por uma intervenção precoce a este nível.

Todas as actividades vão ser propostas tendo por base os resultados da *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* para a memória anterógrada e o "Manual de Exercícios de Estimulação Cognitiva" de Rosa e Silva (2009).

Sessão 0

Objectivos a atingir:

- 1- Dar *feedback* da avaliação outrora realizada e esclarecimento de dúvidas;
- 2- Perceber se há mais dificuldades para além daquelas já referidas anteriormente;
- 3- Perceber o que a paciente sente perante as referidas dificuldades visíveis nos resultados da *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* e *Teste de Retenção Visual de Benton*;
- 4- Fazer uma apresentação psicoeducativa sobre o envelhecimento e funcionamento executivo para que a paciente possa ter contacto com a sua realidade, percebê-la melhor e saber algumas estratégias que possa utilizar em casa de forma a combater as suas dificuldades.

Sessão 1:

Áreas a trabalhar na primeira sessão: Orientação, memória imediata, área viso-espacial (praxia construtiva).

Orientação:

Como proceder: Questionar o paciente, com algumas perguntas que se encontram no quadro fornecido pelas autoras, mais precisamente, apenas um conjunto dessas perguntas, como por exemplo “Que dia da semana é hoje?”, “Em que dia do mês estamos?” Teríamos de registar as respostas do paciente na folha de resposta em simultâneo. (anexos).

Memória;

Aqui faria uma adaptação do exercício original, criava duas listas de palavras diferentes e depois fazia uma folha de respostas para cada uma, na qual poria as palavras de cada uma das tabelas misturadas com palavras que não estavam nelas, na qual a paciente teria que assinalar somente as que estavam presentes em cada uma das listas; é de salientar que primeiro a paciente leria a lista 1 e logo de seguida a lista 2, depois responderia primeiro na folha de respostas da lista 1 e em último lugar na folha de respostas da lista 2. (anexos).

Sessão 2:

Na sessão 2 iria tentar perceber como tinha corrido a semana à paciente e de seguida avançar com a estimulação cognitiva nas áreas de Orientação temporal, memória recente e área viso-espacial (praxia construtiva).

Orientação;

Para este exercício, precisaria da folha de ordens fornecida pelas autoras, onde se encontram desafios que a paciente teria que cumprir, alguns são por exemplo “Marque a hora em que costuma tomar o pequeno-almoço” ou “Marque a hora a que costuma lanchar”. Para que a paciente pudesse marcar as horas, seria utilizado um relógio impresso em acrílico com ponteiros móveis, e onde a paciente necessitaria de rodar os ponteiros, no sentido dos ponteiros de um relógio. (anexos).

Memória;

Para ser possível de executar esta tarefa, utilizaria o modelo dado pelas autoras, inicialmente mostraria uma tabela com números que equivalem a letras por exemplo o 1 equivale ao A, o 2 equivale ao D, e daria 2 minutos para a paciente visualizar bem e memorizar esses códigos.

De seguida mostraria uma segunda tabela com diversos códigos constituído por números, dando esses códigos origem a futuras palavras. (anexos).

Viso Construtiva;

Para este exercício teríamos que apresentar um grupo de imagens onde existe uma figura modelo e as restantes 3 figuras estão por completar pelo que a paciente teria que desenhar de forma a ficar igual ao desenho modelo, neste caso seriam utilizadas imagens fornecidas pelas autoras. (anexos).

Sessão 3

Na sessão 3 averiguaria como tinha sido a última semana da paciente. Após isto iria fazer a estimulação cognitiva das seguintes áreas: memória de trabalho, memória imediata, memória recente, e evocação categorial de forma a trabalhar a fluência verbal.

Memória;

Numa tabela com várias frases, eu teria de ler as frases uma a uma e pedir à paciente para as repetir. A lista de frases a utilizar seria em muito semelhante à das autoras, podendo até ter frases iguais. (anexos).

Memória;

Também com base na proposta das autoras poderíamos proceder à realização de um exercício em que pediria à paciente para repetir os números que lhe ia dizer primeiro conforme ela ouviu e depois inversamente. (anexos).

Evocação categorial;

De forma a trabalhar a fluência verbal utilizaria este exercício e fazia uma adaptação, em vez de pedir à paciente para dizer 6 nomes de cidades e 6 cores, pediria 10

nomes de cidades e 10 nomes de animais, sendo as respostas registadas numa tabela para esse efeito. Este exercício seria cronometrado, com o tempo de realização de 2 minutos para cada categoria. (anexos).

Sessão 4

Na sessão 4 avaliaria novamente como tinha sido a última semana da paciente e também corrigiria o trabalho de casa caso houvesse. Na sessão 4 mais uma vez treinar-se-ia a memória imediata, a memória semântica e a evocação categorial de forma a trabalhar a fluência verbal

Memória;

De forma a trabalhar a memória imediata faria uma tabela com caras diferentes, quer do sexo masculino, quer do feminino com os nomes por baixo e deixaria a paciente memorizar durante 2 minutos, pedindo que visse a mesma com atenção. Depois de memorizar avançaríamos para o exercício seguinte e quando esse acabasse, eu voltaria a apresentar outra tabela com as mesmas caras, mas desta vez com uma ordem diferente e sem nomes de maneira a que a paciente associasse as caras aos nomes. (anexos)

No fim da sessão voltaria a entregar a tabela com as caras trocadas e sem nome para a paciente fazer novamente em casa. (anexos).

Memória;

Com base no trabalho das autoras supracitadas, para trabalhar esta área cognitiva, teria que fazer as perguntas que estão na tabela que as autoras criaram. (anexos).

Evocação categorial;

Neste exercício seguia o postulado pelas autoras e pedia à paciente para dizer 6 palavras começadas por C e 6 palavras começadas por P, as respostas seriam igualmente anotadas numa tabela para esse efeito. Este exercício seria cronometrado, com o tempo de realização de 1 minuto, para cada categoria. (anexos).

Sessão 5

Na sessão 5 iria questionar como tinha corrido a última semana da paciente e também corrigiria o trabalho de casa. Nesta sessão trabalhar-se-ia também a fluência verbal, memória imediata.

Fluência verbal;

Para trabalhar a fluência verbal iria utilizar um exercício que foi criado por Rosa & Silva (2009) que tem por base uma tarefa verbal sobre as partes do corpo. Poderia ser útil para trabalhar a fluência verbal pois pediria à paciente que nomeasse as partes do corpo de cima para baixo de forma ordenada. (anexos)

Memória;

De forma a trabalhar a memória imediata, faria uma tabela com caras diferentes, quer do sexo masculino, quer do feminino com os nomes por baixo e deixaria a paciente memorizar durante 2 minutos pedindo que visse com atenção. Depois de memorizar avançaríamos para o exercício seguinte e quando acabasse o exercício seguinte, voltaria a apresentar outra tabela com as mesmas caras, mas desta vez com uma ordem diferente e sem nomes de maneira a que a paciente associasse as caras aos nomes. (anexos)

No fim da sessão voltaria a entregar a tabela com as caras trocadas e sem nome para a paciente fazer novamente em casa. (anexos).

Outro exercício para memória imediata proposto pelas autoras consiste em pedir à paciente para repetir os números que lhe ia dizer primeiro conforme ela ouviu e depois inversamente. (anexos).

Sessão 6

Na sessão 6 iria começar novamente por tentar saber como tinha sido a última semana da paciente e também corrigiria o trabalho de casa que foi dado na sessão anterior. Nesta sessão trabalhar-se-ia Memória imediata, memória anterógrada.

Memória;

Com base na proposta das autoras poderíamos proceder à realização de um exercício em que pediria à paciente para repetir as palavras que lhe ia dizer primeiro conforme ela ouviu e depois inversamente. (anexos).

Memória anterógrada, com base na *Avaliação cognitiva de Addenbrooke*,

Faria uma tabela com um nome e uma morada para ler à paciente e pedia que ela repetisse a morada, tal como no "Addenbrooke" teria 3 oportunidades para acertar na morada. (anexos).

Sessão 7

Nesta sessão trabalhar-se-ia a área viso construtiva, cálculo mental e orientação espacial.

Viso Construtiva;

Para este exercício teríamos que apresentar diversas lâminas onde tem uma figura modelo e as outras duas estão por completar pelo que a paciente teria que desenhar de forma a ficar igual ao desenho modelo, neste caso serão utilizadas as lâminas fornecidas pelas autoras. (anexos).

Cálculo Mental;

Para este exercício faria uma nova adaptação, em vez de por os cálculos por categorias como as autoras, misturava tudo, pois além de treinar cálculo mental e memória, serviria também para treinar a flexibilidade mental e atenção. (anexos).

Orientação;

Para este exercício, pediria à paciente que para desenhasse um percurso conhecido, com o seu início em casa da mesma e acabar por exemplo num café ou supermercado. (anexos).

Sessão 8

Memória;

De forma a trabalhar a memória imediata fazia uma tabela com caras diferentes, quer do sexo masculino, quer do feminino com os nomes por baixo e deixaria a paciente memorizar durante 2 minutos pedindo que veja com atenção. Depois de memorizar avançamos para o exercício seguinte e quando acabar o exercício seguinte, volto a apresentar outra tabela com as mesmas caras, mas desta vez com uma ordem diferente e sem nomes de maneira a que a paciente associe as caras aos nomes. (Anexos).

No fim da sessão volto a entregar a tabela com as caras trocadas e sem nome para a paciente fazer novamente em casa. (Anexos).

Memória;

Com base na sessão das autoras, este exercício consiste em pedir ao paciente para responder a algumas afirmações com verdadeiro ou falso, utilizando para isto, uma lista fornecida pelas mesmas autoras. (Anexos).

Evocação Categorical;

Neste exercício fazia uma adaptação pois pediria à paciente para dizer 6 objectos que se encontram no quarto, na cozinha e na sala, para tal, a paciente teria meio minuto para cada uma das categorias. (anexos).

Sessão 9

Nesta sessão iria-se começar por uma breve correcção do trabalho de casa, tentava-se perceber como tinha corrido a semana, tentava obter um *feedback* da paciente em relação à terapia, se nota alguma diferença no seu dia-a-dia, se melhorou em relação às queixas e também se correspondeu às suas expectativas.

Após esta fase reavaliava a paciente para ver se de facto a terapia foi benéfica em relação às áreas afectadas e também verificar se, entretanto, não teria havido deterioração nas áreas que não foram diretamente estimuladas.

Seriam também dadas tabelas para que a paciente pudesse colmatar algumas das suas dificuldades. (anexos)

Conclusão do Caso Clínico

Com estas 10 sessões a paciente poderia ter algumas melhorias na sintomatologia já referida, contudo para o nível de deterioração da memória e da fluência verbal encontrados na paciente, suponho que estas sessões não seriam suficientes para haver uma diferença significativa.

A intervenção precoce na área da orientação e viso-espacial pode ter ajudado na remissão ou pelo menos no atraso de um possível défice emergente nestas áreas, podendo por isso ajudar a paciente nas suas tarefas do quotidiano.

Estas sessões podem ter ajudado a paciente a ter mais confiança em si, a ter uma maior resistência à frustração, a lutar pelos seus objectivos, a fazer actividades que a ajudem a realizar tarefas e jogos que a ajudem a manter-se activa cerebralmente, mas sobretudo podem ter ajudado a aumentar a qualidade de vida da paciente, que há muito estava a ser afetada.

Após a reavaliação o caso seria remetido novamente ao psiquiatra da paciente para ele decidir como proceder e se a paciente beneficiaria em ter mais um conjunto de sessões.

Conclusão

Ao longo do percurso universitário foram sempre transmitidos, por parte dos professores, conhecimentos, quer teóricos, quer mais técnicos para a actividade como psicólogos. Contudo, por muito completo e vasto que esse conhecimento seja nunca será suficiente para a prática como psicólogo, pois o contacto com a prática e a nossa experiência, neste caso como estagiários é que nos ajuda a aplicar esses conhecimentos na prática, sendo por isso fulcral na nossa formação enquanto pessoas, enquanto psicólogos e enquanto seres humanos.

Algumas partes importantes deste estágio foram o estudo dos testes, a observação, pois temos a oportunidade de ver as aprendizagens do percurso académico na prática e também de forma a que o estagiário se adapte melhor e perceba aquilo que tem a fazer e como proceder.

Outra parte não menos importantes são os contactos com o paciente, o criar relações empáticas, perceber o que sente, os seus medos, as suas angústias e tentar ajudá-los ao máximo, tal como aconteceu no grupo a que assisti.

Uma das experiências que mais gostei foi o grupo de estimulação cognitiva, pois estive em contacto com realidades que para mim eram desconhecidas na prática. Para além disso tive que criar diversas sessões, que podem ter de facto mudado de certa forma a vida de todas aquelas pessoas.

Podia sem dúvida alguma ter confiado mais em mim e nas minhas capacidades, nos momentos mais complicados, pois teria participado de forma mais aberta nos grupos, dando opiniões que me eram solicitadas e às quais muitas vezes não respondi, não por que não tivesse opiniões para dar, ou porque não quisesse, mas sim porque não tive a confiança necessária nas minhas capacidades para tal.

Outro aspecto importante no estágio foi o facto de conseguir perceber se me vejo a fazer isto no futuro, se teria jeito para abraçar esta carreira, e sinceramente vejo-me fazer isto no futuro, mas de uma forma mais vocacionada para a reabilitação neuropsicológica.

Neste estágio dei o meu melhor, o melhor que sabia e podia, testei os meus limites, bati no fundo, mas com força voltei ao cimo e consegui terminar esta caminhada. Se pus

em dúvida se conseguia continuar? Claro que sim, mas o importante é que acabei, com força, esperança e persistência.

Foi um percurso duro, um teste para mim e para as minhas ambições, foi um percurso com medos, ânsias, preocupações, ansiedade, descrença, mas na realidade foi muito importante para me conhecer melhor, para aprender a lidar com as minhas frustrações, para perceber que por vezes o que está a acontecer não é tão mau como parece, mas sobretudo cresci muito, como profissional, como aprendiz que sou, como ser humano.

Uma das coisas maravilhosas da psicologia é esse lado de participarmos de alguma forma nessa metamorfose das pessoas que nos procuram, que por vezes estão encerradas no seu “casulo”, mas que no fim se transformam numa bonita borboleta.

Referências

- Ali, U., & Hasan, S. (2010). The Effectiveness of Relaxation Therapy in the Reduction of Anxiety Related Symptoms (A Case Study). *International Journal of Psychological Studies*, 2, p. 202-208.
- Alves, C. (2017). A psicologia clínica em contexto hospitalar: Unidade de Neuropsicologia. Dissertação de Mestrado, Universidades Lusíada. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11067/2646>
- American Academy of Clinical Neuropsychology (2007). Practice Guidelines for Neuropsychological Assessment and Consultation. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, p. 209-231.
- Borges, A. (2018). A Relevância da Atuação do Psicólogo Face ao Paciente Crítico/Cirúrgico e Família. ISSN 1646-6977.
- Chen, T., Lu, R., Chang, A., Chu, D., & Chou, K. (2006). The Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self-Esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), p. 3-11.
- Chung, Yu, Hsieh, I., Lai, M. & Huang, C. (2014). The Potential Role of Neurocognitive Rehabilitation in Epilepsy. *International Journal Neurorehabilitation*, 1(3), p. 1-4.
- Conrad, A. & Rhot, W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, p. 243-264.
- Day, J., Gillespie, D., Rooney, A., Bulbeck, H., Zienius, K., Boele, F., & Grant, R. (2016). Neurocognitive Deficits and Neurocognitive Rehabilitation in Adult Brain Tumors. *Curr Treat Options Neurol*, 18.
- Duarte, P., Miyazaki, M., Blay, S., & Sesso, R. (2009). Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney International*, 76, p. 414-421.
- Echeburúa, E., Muñoz, J., & Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical*

and Health Psychology, 11(1), p. 141-159. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423009>

Feng, C., Chu, H., Chen, C., Chang, Y., Chen, T., Chou, Y., Chang, Y., & Chou, K. (2012). The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy for Depression: A Meta-Analysis 2000-2010. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, p. 2-17. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2011.00229.x

Freeman, R., Belar, C., Hornyak, L., Rozensky, R., Brown, R., Hersch, L., Rickel, A., Sheridan, E., & Reed, G. (2002). The Role of Psychology in Health Care Delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), p. 536-545. DOI: 10.1037//0735-7028.33.6.536

Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy*, 33, p. 199-207. DOI: 10.1016/j.aip.2006.02.001

Kim, H., & Kim, E. (2017). Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Metanalysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, p. 1-20.

Lopes, V. (2015). *A Psicologia Clínica em Contexto Hospitalar. Relatório de Estágio*, Universidade Autónoma de Lisboa.

Rosa, I., & Silva, A. (2009). *Manual de Exercícios de Estimulação Cognitiva: Volume I. Curso Prático de Estimulação Cognitiva: do Envelhecimento Normal ao Patológico*. Psinvicta.

Rosa, I., & Silva, A. (2009). *Manual de Exercícios de Estimulação Cognitiva: Volume II. Curso Prático de Estimulação Cognitiva: do Envelhecimento Normal ao Patológico*. Psinvicta.

Silva, D. (2013). *Psicologia Hospitalar*. ISSN 1646-6977.

Silva, V. (2008). *Os Testes Psicológicos e as suas Práticas*. Disponível em: www.psicologia.com.pt

Swedo, E., Leonard, L., & Allen, J. (1994). New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Current Problems in Pediatrics*, 24, p. 12-38. DOI: 10.1016/0045-9380(94)90023-x.

Wilson, B. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, p. 141-162.

ANEXOS

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

DOENTE: M Q

PROCESSO CLÍNICO N.º: XXXXXX

PEDIDO EFETUADO POR: DR. J S

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PEDIDA: DETERIORAÇÃO MENTAL E LESÃO ORGÂNICA

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

- *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke* para avaliação neuropsicológica;

- *Teste de Retenção Visual de Benton*;

- ***Avaliação Cognitiva de Addenbrooke:***

- **ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO: Declínio Ligeiro**

Orientação: Ligeiro comprometimento

Retenção: Sem comprometimento

Atenção e Cálculo: Sem comprometimento

- **MEMÓRIA: Défice cognitivo Moderado a Severo**

Evocação: Severo comprometimento

Memória anterógrada: Severo comprometimento

Memória retrógrada: Moderado comprometimento

Memória de evocação: Moderado comprometimento

Reconhecimento: Ligeiro comprometimento

- **FLUÊNCIA VERBAL** Moderado comprometimento

- **LINGUAGEM:** Normativo

Escrita: Sem comprometimento

Repetição: Sem comprometimento

Nomeação: Sem comprometimento

Compreensão: Sem comprometimento

Leitura: Sem comprometimento

- **VISUO-ESPACIAL:** Declínio Ligeiro

Capacidade visuo-espacial: Sem Comprometimento

Percepção visuo-espacial: Ligeiro comprometimento

- **Teste de Retenção Visual de Benton:** os resultados apontam para *percentis* situados num **NÍVEL LIMITE**. Podem-se verificar algumas alterações ao nível da memória visual e imediata assim como nas aptidões viso-construtivas. Poderá ser sugestivo de alguma organicidade.

IMPRESSÕES CLÍNICAS, INFERÊNCIAS E CONCLUSÕES

Da observação do paciente e análise dos resultados do exame formal, podemos inferir os seguintes resultados:

RESULTADOS DOS TESTES ADMINISTRADOS

- **ACE-R**

	Resultado	Pontuação Máxima
Atenção e Orientação	17	18
Memória	11	26
Fluência Verbal	7	14
Linguagem	26	26
Visuo-Espacial	15	16
ACE-R Total	64	100

A observada apresenta como principal área do pensamento com maior comprometimento, aquelas que dependem da Memória e fluência verbal.

Apresenta também declínio ligeiro nas áreas de Atenção e orientação e visuo-espacial

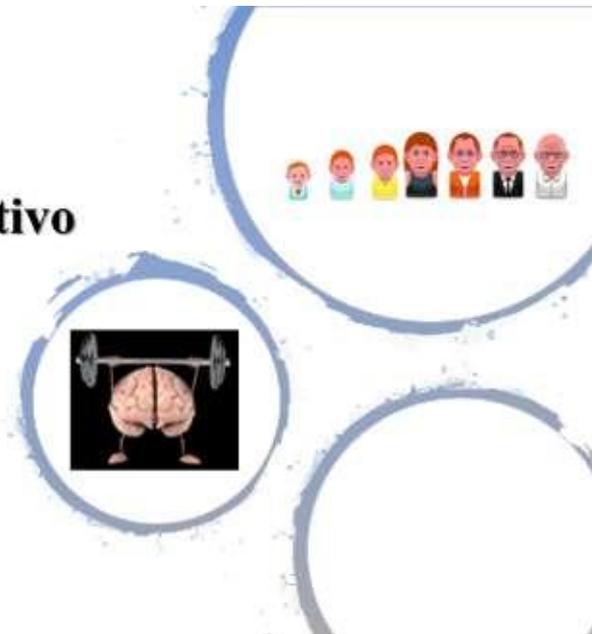
Quanto às restantes funções os resultados remetem-nos para um desempenho sem grande comprometimento.

Tendo por base o *Teste de Retenção Visual de Benton* pode-se inferir que a observada tem algumas alterações ao nível da memória visual e imediata assim como nas aptidões visuo-construtivas. Os resultados neste teste poderão sugerir alguma organicidade.

Anexo 2 – Apresentação “Funcionamento Cognitivo & Envelhecimento” realizado e apresentado com o apoio da colega de estágio.

Funcionamento Cognitivo & Envelhecimento

Estimulação Cognitiva



Envelhecimento: o que é?

Cada vez mais, de forma geral, a idade média de vida tende a aumentar. Em Portugal há cada vez mais idosos, sendo que o envelhecimento é portanto um assunto que ouvimos falar quase diariamente.

Posto isto, o que é o envelhecimento?

Segundo a Organização mundial de saúde, o envelhecimento é um conjunto de mudanças que ocorrem a nível:

- ❖ Biológico Físico ;
- ❖ Social;
- ❖ Psicológico .



Envelhecimento Normal ≠ Patológicos



Envelhecimento Saudável

Um envelhecimento saudável não é apenas ausência de doença. É um processo que implica perdas de capacidades funcionais próprias da idade no entanto, a pessoa mantém intacto o seu bemestar, a sua atividade física e as suas competências psicológicas e sociais.

Envelhecimento Patológico

Quando estas perdas se apresentam de uma forma mais grave do que é esperado para a idade da pessoa estamos perante um envelhecimento patológico.



Assim, é importante compreender qual a gravidade dessas alterações, de modo a impedir uma evolução para quadros mais graves, como a Demência.

Cognição: o que é?

A cognição é um conjunto de vários processos cognitivos que estão ligados ao funcionamento intelectual, daí a sua relação com a aprendizagem.

Quando se fala de processos cognitivos podemos falar por exemplo:

- ❖ Memória;
- ❖ Atenção;
- ❖ Linguagem;
- ❖ Perceção;
- ❖ Funções executivas.



Défice Cognitivo: o que é?

O défice cognitivo consiste numa alteração das funções das capacidades cognitivas. Estas alterações interferem diretamente com o bem-estar da pessoa provocando assim, consequências como:

- ❖ A perda de autonomia pessoal e social.

Assim, é importante a aplicação de terapias e estratégias que diminuam, em grande parte, estes défices.

As queixas mais comuns



Com o envelhecimento surgem algumas queixas que são comuns a todas as pessoas, como as alterações ao nível físico (queixas ósseas, rugas), ao nível sensorial (visão, audição ...) e ao nível do processamento da informação.

As queixas mais comuns

As capacidades que habitualmente sofrem maior declínio são:



Todas estas alterações fazem com que a pessoa tenha mais dificuldade no acesso à informação e consequentemente na aprendizagem de competências no seu dia-a-dia.



Envelhecimento Psicológico

Com o envelhecimento há, muitas vezes, a perda do papel social da pessoa devido à mudança da imagem, ao abandono da atividade profissional, à perda de oportunidades de contato social, às mudanças na estrutura familiar, à diminuição das redes sociais e à perda das capacidades psíquicas.

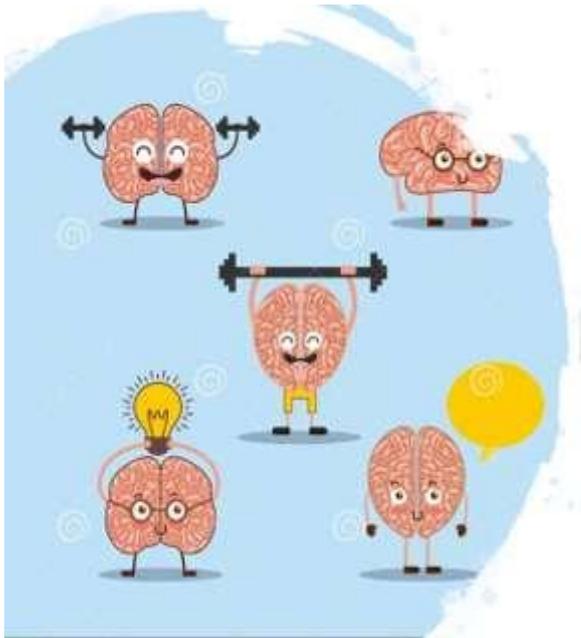
Todas estas situações podem levar a consequências psicológicas como dificuldades de adaptação a novos papéis e a mudanças rápidas, falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, perdas afetivas e sociais, baixa autoimagem e autoestima, desenvolvimento da depressão e ainda a perdas orgânicas.

Envelhecimento Psicológico

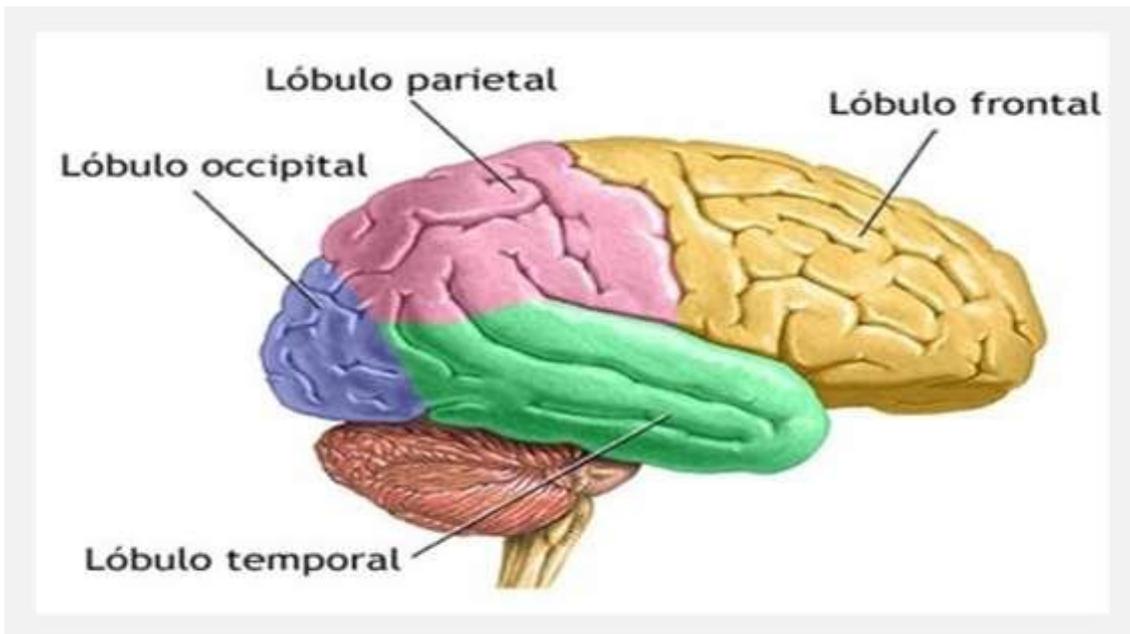


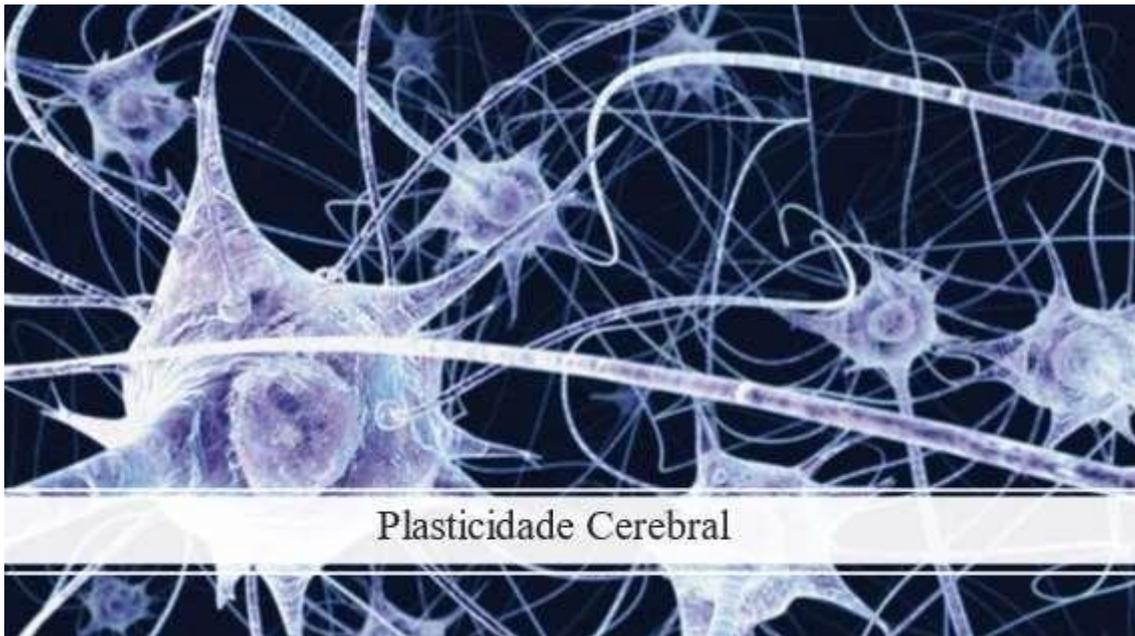
No entanto, ainda há esperança!

Sempre que trabalhamos, a inteligência e a capacidade de aprendizagem podemos continuar a progredir.



Mapeamento Cerebral



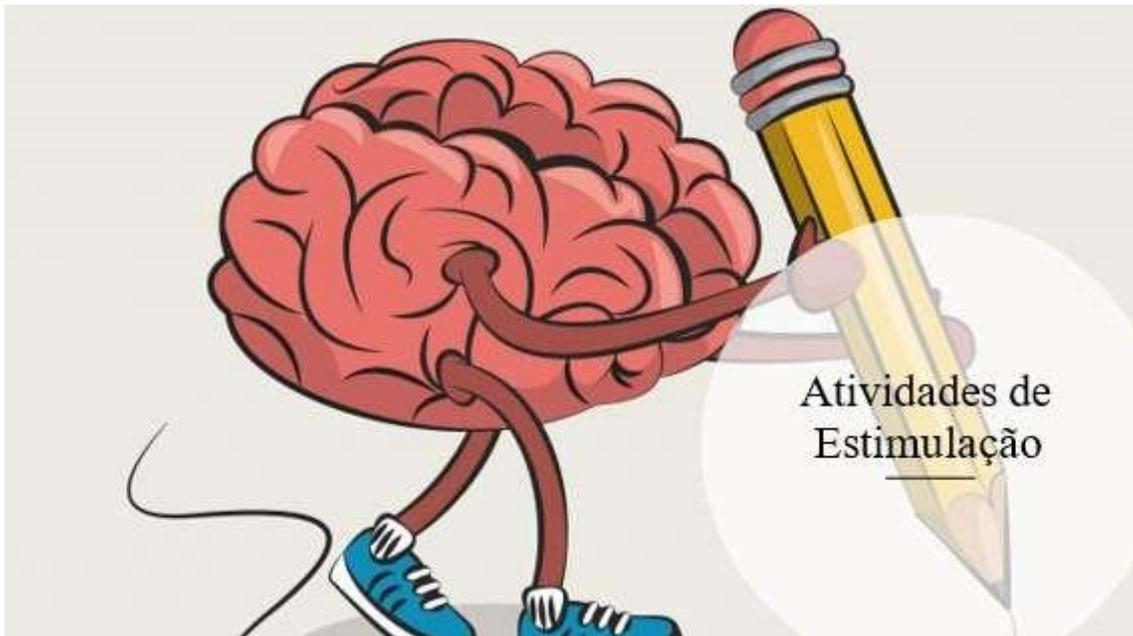


Como podemos estimular o nosso cérebro?

O nosso cérebro funciona como um músculo que tem de ser exercitado diariamente para que não sofra um declínio.

Assim podemos exercitar o nosso cérebro através de atividades como:

- ✓ Atividades diárias como vestir, fazer a higiene pessoal, tomar os medicamentos, lavar a roupa e cozinhar;
- ✓ Praticar exercício físico de forma regular;
- ✓ Fazer treino cognitivo;
- ✓ Fazer atividades que estimulem a memória, o planeamento, o raciocínio e as funções viso espaciais e visuoconstrutivas.



Jogo dos Sete Erros

JOGO DOS 7 ERROS



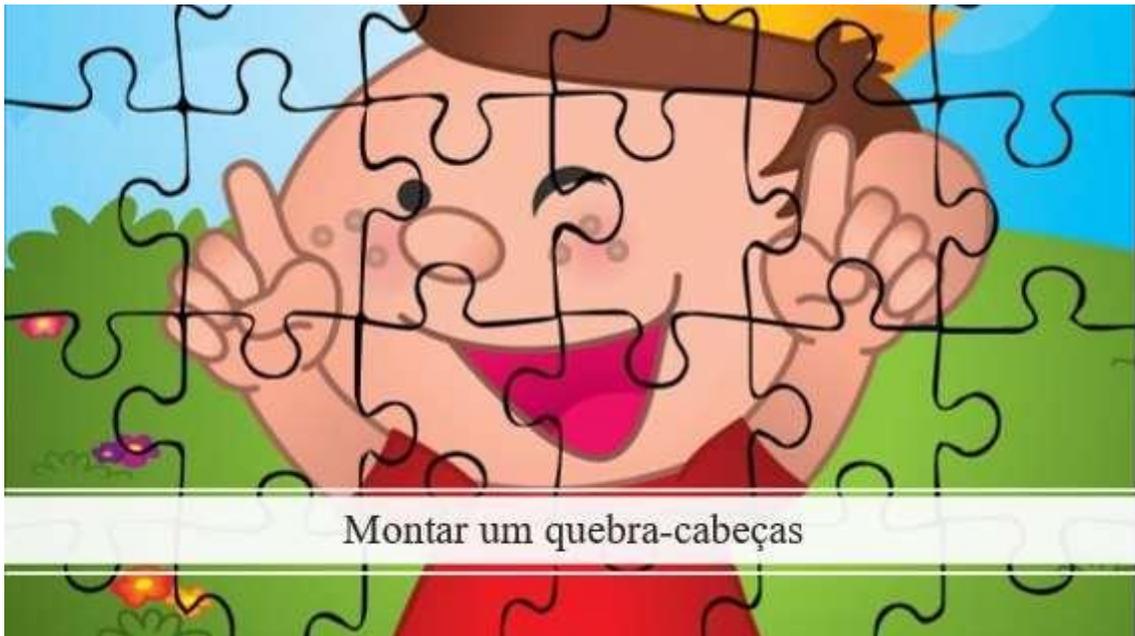
Fazer jogos como o sudoku, caça palavras, dominó, palavras cruzadas e cartas

5	3			7		
6			1	9	5	
	9	8				6
8				6		3
4		8		3		1
7			2			6
	6				2	8
			4	1	9	
				8		7

B	I	V	M	J	D	O	U	M	O
N	P	R	O	F	E	S	S	O	R
A	D	X	T	B	N	B	Q	P	A
T	M	K	O	O	T	P	T	O	X
O	E	M	R	M	I	E	A	L	M
R	S	X	I	B	S	H	X	I	E
S	I	O	S	E	T	U	I	C	D
F	O	Z	T	I	A	C	S	I	I
P	D	I	A	R	I	S	T	A	C
G	A	R	Ç	O	M	F	A	L	O

ATOR
 MEMBRADO
 DENTISTA
 ELABORISTA
 GARDEN
 MEDICO
 NEPTUNISTA
 POLICIA
 PROFESSOR
 TALENTA





Fazer jogos de memória que estão presentes nos telemóveis e computadores



Em Suma ...

Envelhecimento saudável e ativo é importante pois:

- ✓ Diminui o sofrimento psíquico;
- ✓ Aumenta a autoestima, autonomia e independência;
- ✓ Aumenta o desenvolvimento das funções cognitivas;
- ✓ Aumenta as capacidades sociais;
- ✓ Retardar o declínio cognitivo.

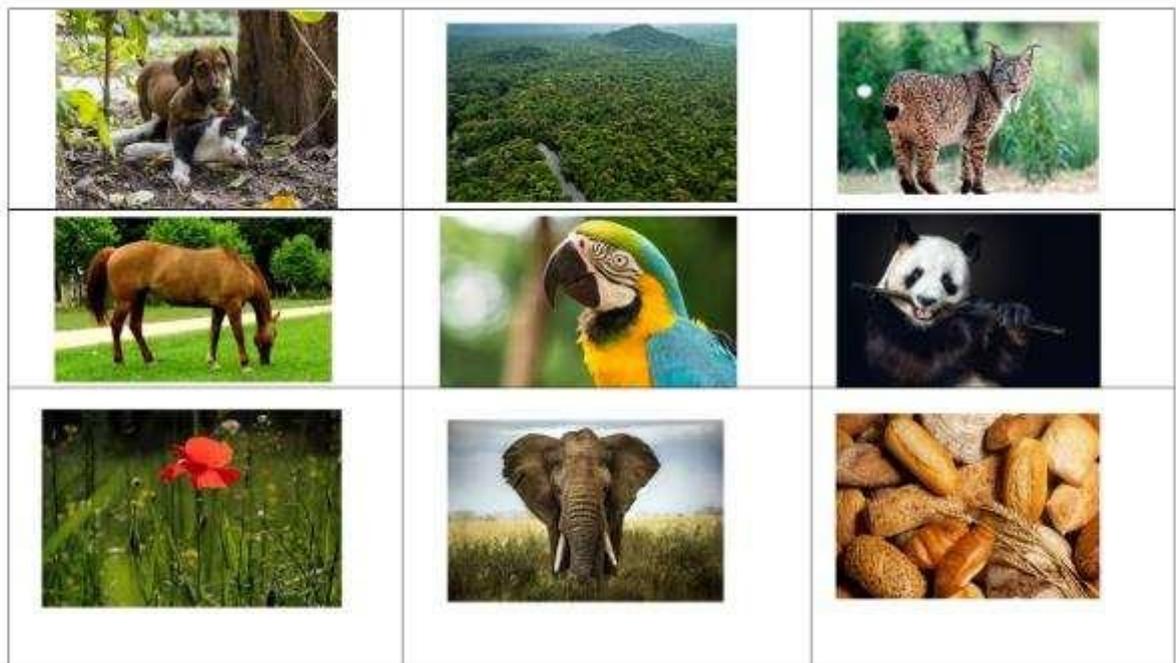
Já a estimulação cognitiva tem benefícios como:

- ✓ Desenvolvimento cognitivo;
- ✓ Aumento da qualidade de vida;
- ✓ Ajuda nos sintomas de depressão;
- ✓ Ajuda nas competências sociais.

Anexo 3 – Algumas das Tarefas Elaboradas para o Grupo de Estimulação Cognitiva



Onde está o
Intruso?







Quem é quem?

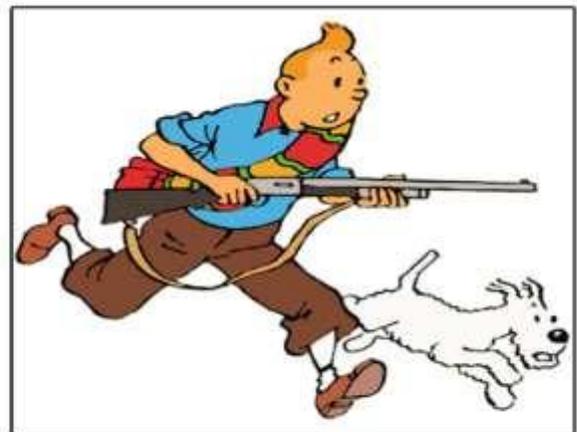


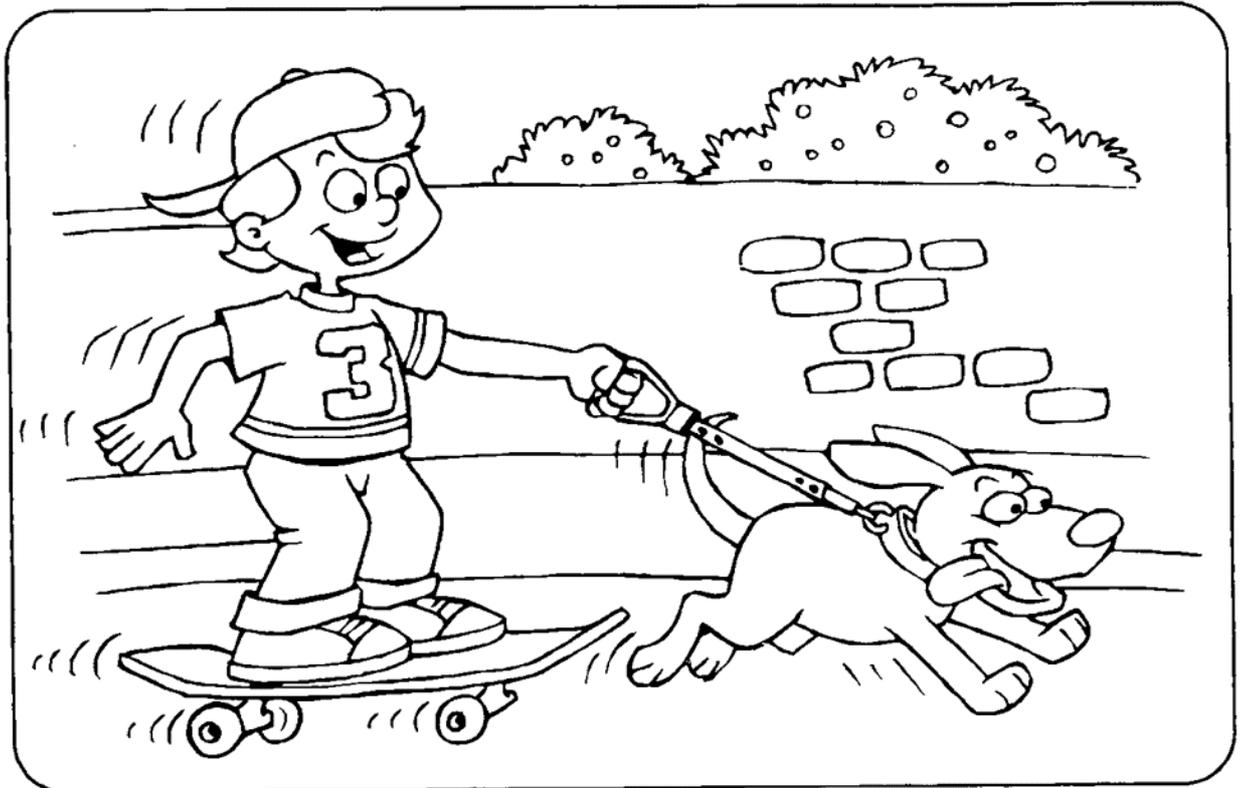
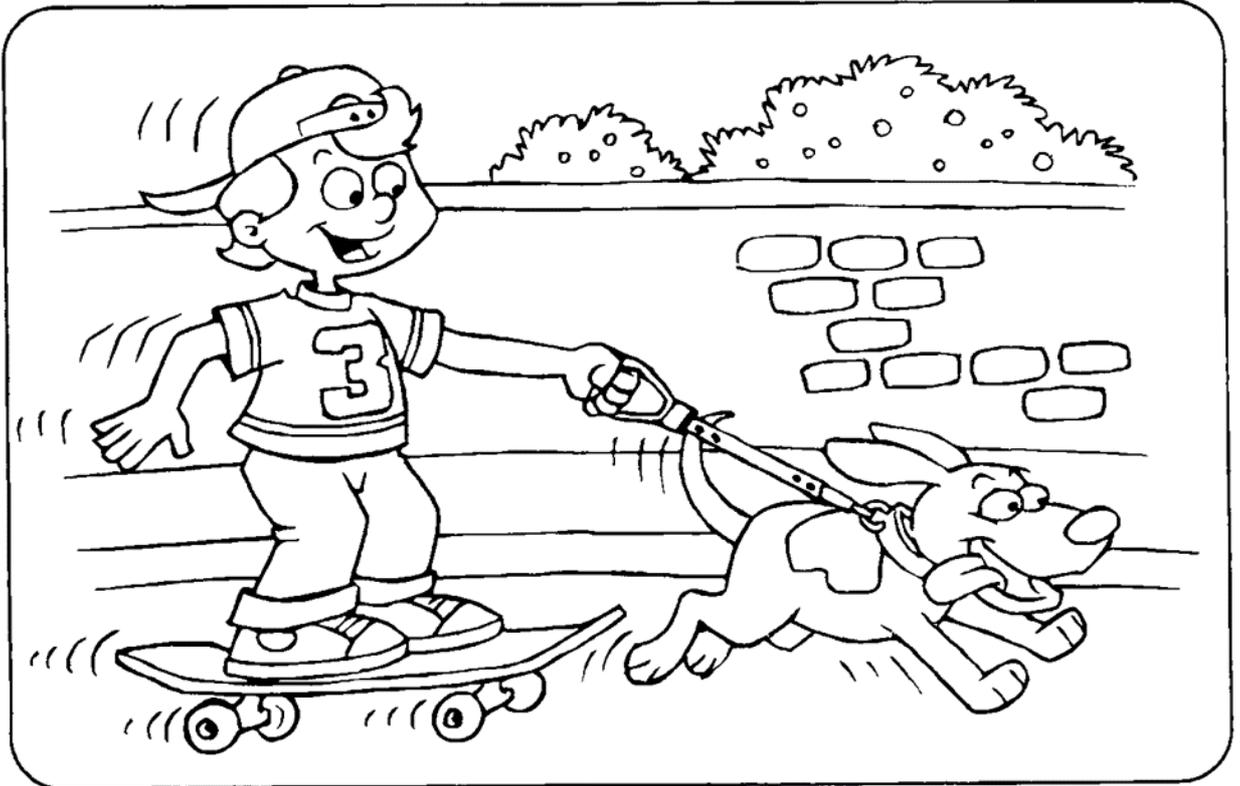
			
Isabel	Lúcia	Conceição	Helena
			
Rodrigo	João	Mário	Gaspar



TINTIN **JOGO DAS 7 DIFERENÇAS**





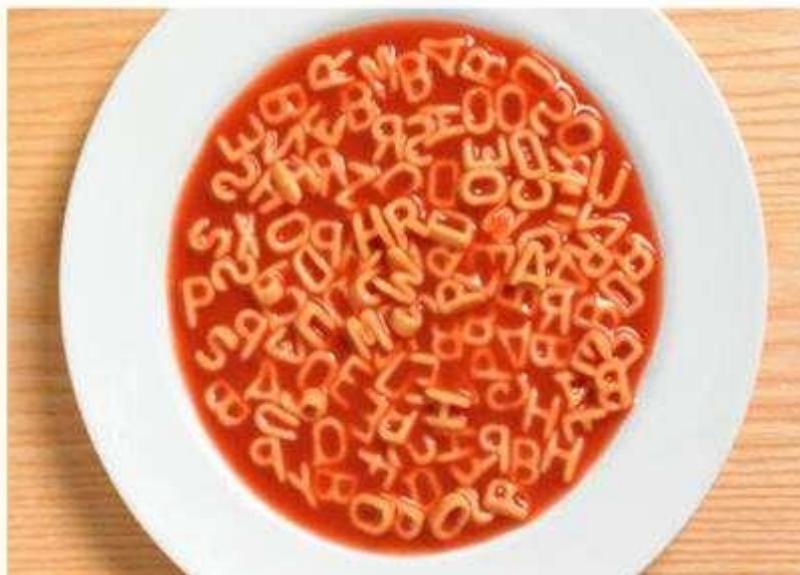
JOGO DOS 7 erros



VAMOS PROCURAR AS SETE DIFERENÇAS
ENTRE AS DUAS CENAS?



Sopa de Letras sobre Portugal



Serras de Portugal

C	N	Y	B	D	M	T	Y	E	I	L	L	U	W	V	F	N
M	A	R	Ã	O	A	O	U	P	W	U	O	D	L	U	F	I
U	B	R	G	V	A	L	N	E	Q	M	D	I	X	O	Q	L
U	N	N	A	A	Y	U	V	C	S	Y	O	I	S	O	A	E
G	G	F	E	M	R	H	E	Ã	H	W	U	Y	M	Ã	E	K
A	E	T	O	U	U	D	K	Y	O	I	R	E	O	U	C	B
P	Ç	R	U	K	S	L	U	H	F	C	Q	R	E	N	O	A
M	P	O	Ê	W	I	G	O	N	S	H	A	L	U	T	A	E
K	F	O	R	S	N	R	S	S	H	H	F	W	E	I	W	X
I	I	D	Y	M	T	Ã	I	H	E	A	F	Z	M	E	K	N
L	A	P	R	N	A	R	N	E	Z	I	S	I	M	U	F	M
A	P	U	C	A	C	U	O	J	A	X	T	O	T	O	Y	O
R	I	E	N	A	M	L	Q	A	R	R	Ã	B	I	D	A	I
V	U	C	J	T	T	A	L	T	F	E	J	I	Y	U	X	F
L	I	P	O	A	U	E	H	I	P	L	L	O	T	H	N	O
M	A	R	V	Ã	O	J	F	P	Y	A	F	R	U	C	U	O

Lousã
Açor
Arrábida
Gerês
Caramulo

Estrela
Montemuro
Marão
Monchique
Sintra

Alvão
Pico
Malcata
Grândola
Gardunha

Marvão

Distritos de Portugal



Braga
Leiria
Bragança
Coimbra
Aveiro

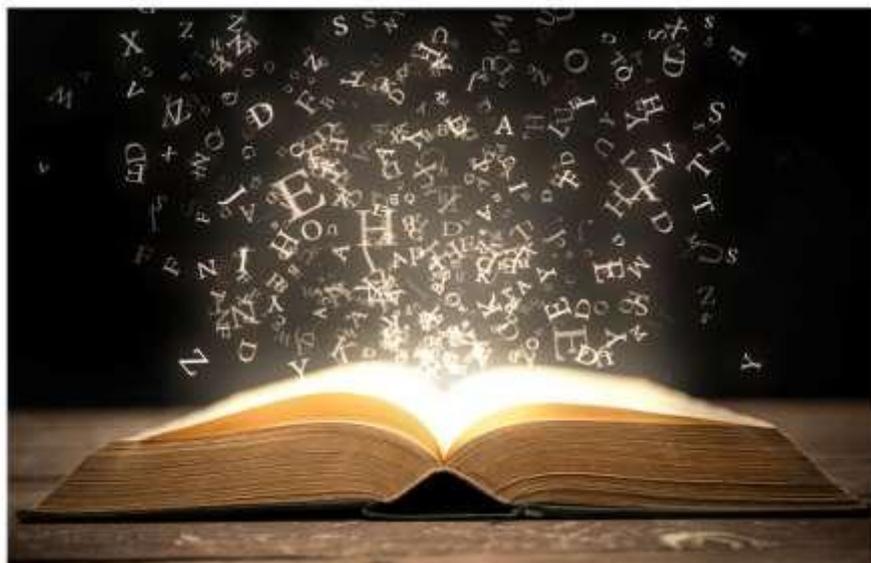
Viseu
Setúbal
Portalegre
Castelo Branco
Faro

Santarém
Beja
Lisboa
Évora
Guarda

Porto

Educima.com

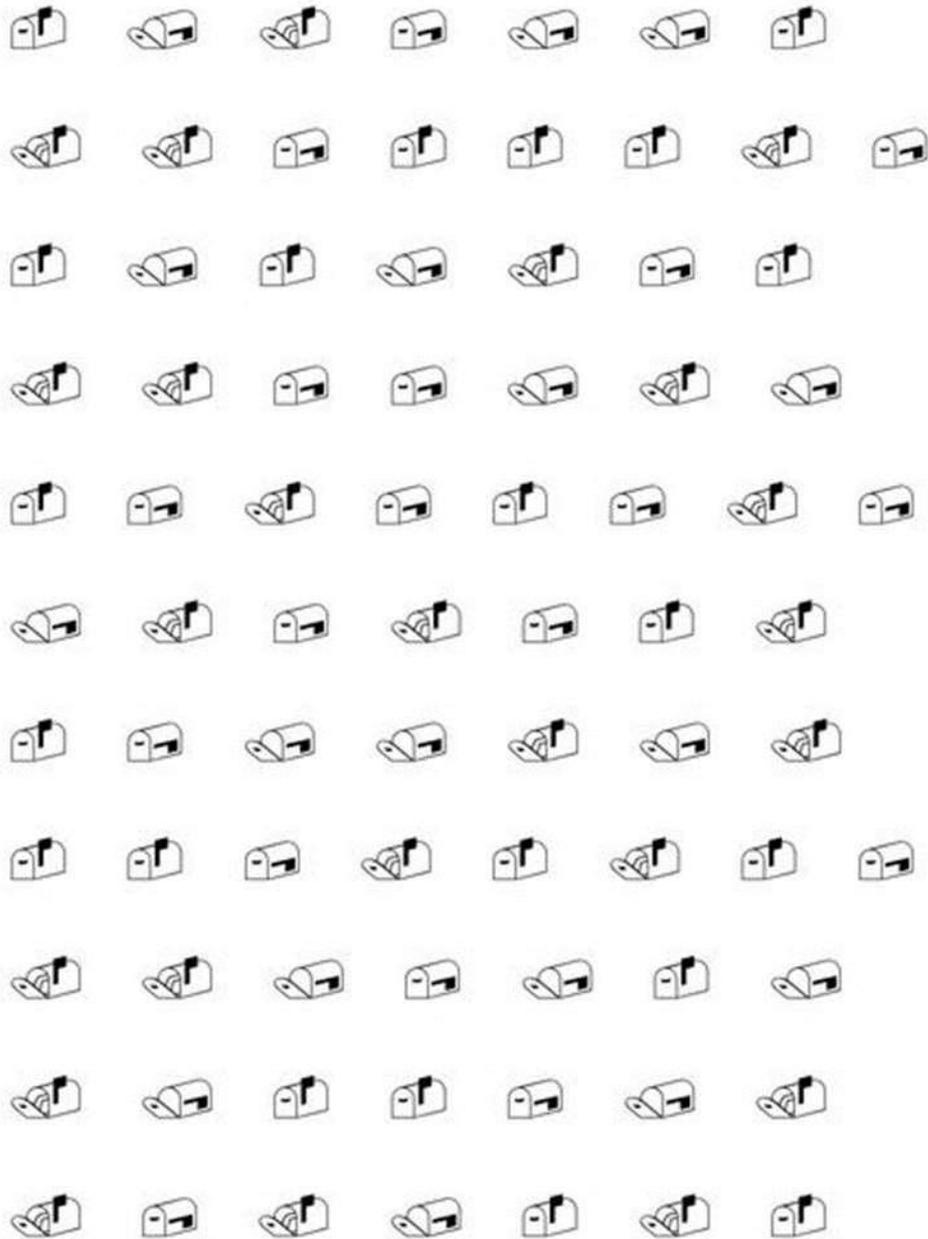
Agora, vou contar-vos uma história, estejam atentos para que possam responder às questões que irão ser colocadas:



- Perguntas:

- 1- Quem é a pessoa da história?
- 2- Que idade tinha?
- 3- Qual era o animal da história?
- 4- como eram os ovos que punha?
- 5- A mulher queria ter muito ouro?
- 6- O que fez com a galinha?
- 7- O que lhe fez depois de a matar?
- 8- Porque é que a abriu?
- 9- Como era a galinha por dentro?

Rodeie todas as caixas de correio iguais a esta



PROLEXIA

Faz um círculo à volta de todas as letras iguais às do exemplo.

b

b b d d b d b d b d d b b b d b d b b d b d d b b d
 d b d b b b d d b d b b b d d d b d d b d b d b d b
 b d d d b d d b d b d d b b d b d b b d b d d d b b
 b b b d d b d d b d b b d d d b b d d b b d b d b d
 d d b d b d d b b b d b d b d d b b d d b d d b b d

p

q p q p q q p p q p q q q p p q p q p p q p q p q q
 p p q q p p q p q p q p p p q p q p q p p q q p q p
 q p q p p p q p q q p p q p q q p p q q p p q p q p
 p p p p q q p q p q p q p q q p p q p q p p q q p p
 p q q q p p p q q p p p p q p q q q q p q p p q p q

h

h n l n h l n h h l h l n l h n l h n h l n l l h n
 h n h l n l h n l h l n n h l n h l n l h l h l n h
 l h n h l n n l h h l n h l h l n h l h h n l l h n
 h l n l h n h l h n h l l h l n n h l h h n l n h l
 h l h n l h n h l n h l h n h l l h n h n l h l n !

Anexo 4 – Apresentação de Tabelas Feitas Para os Pacientes de Forma a Apoia-los nos Seus Problemas de Memória

Onde Coloquei os Objectos?

Objectos	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Chaves de Casa							
Chaves do Carro							
Telemóvel							
Porta-Moedas							
Dinheiro							
Documentos de Identificação							
Óculos							

Objectos Que Não Me Posso Esquecer Quando Saio.

Objectos	Não me esqueci	Esqueci
Chaves de Casa		
Chaves do Carro		
Telemóvel		
Porta-Moedas		

Dinheiro		
Documentos de Identificação		
Óculos		

Atenção: Cada semana tem 7 dias, portanto nos espaços em branco devem por uma cruz (caso se esqueçam) e um visto (caso se lembrem) por dia, em cada um dos objectos, por exemplo se levarem com vocês os óculos todos os dias da semana colocam 7 cruces, uma em cada.

Planeamento Da Minha Semana (O que tenho para fazer?)

O que tenho para fazer?

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

Anexo 5 – Exercícios “Exemplo” Para as Propostas do Plano de Intervenção

a) Sessão 1

Orientação Temporal Rosa & Silva (2009, p.5)

- 1- “Que dia da semana é hoje?”
- 2- “Em que dia do mês estamos?”
- 3- “Em que mês estamos?”
- 4- “Em que ano estamos?”
- 5- “Em que estação do ano estamos?”
- 6- “Em que momento do dia estamos?”
- 7- “Que refeição vem a seguir ao lanche?”
- 8- “Em que ano nasceu?”
- 9- “Em que ano nasceram os seus filhos?”
- 10- “Se a Diana nasceu em Abril e três meses depois foi baptizada, em que mês foi?”

Memória Imediata- Rosa & Silva (2009) Exercício exemplo

Leia com atenção e memorize estas palavras.

Lista 1

Bola
Lenço
Gato
Salsa
Garfo
Óculos
Barco
Flor
Coração
Cabelo
Chimpanzé
Dado
Copo

Folha de resposta

Assinale com uma cruz as quais as palavras que estavam presentes na Lista 1

Cão	
Faca	
Lenço	
Copas	
Garfo	
Guardanapo	
Cogumelo	
Dado	
Pulmões	

Gorila	
Copo	
Salva	
Barco	

Leia com atenção e memorize estas palavras.

Lista 2

Carta
Dicionário
Cardo
Picanha
Café
Piolhos
Medronho
Orangotango
Dermatologista
Pintura
Matemática
Leitura
Gravação

Folha de resposta

Assinale com uma cruz as quais as palavras que estavam presentes na Lista 2.

Postal	
Pintura	
Saxofone	
Comida	
Gravação	

Audição	
Leitura	
Gravar	
Filme	
Foca	
Praia	
Mangueira	
Orangotango	

Memória Imediata- Rosa & Silva (2009) Exercício exemplo

Diga os números primeiro tal como ouviu se errar duas seguidas paramos aí e depois diz-me os números ao contrário daquilo que vai ouvir

Números	Ordem directa	Ordem inversa
29		
12		
150		
165		
1309		
1673		
16749		
19071		
138450		
961036		

b) Sessão 2

Orientação Temporal Rosa & Silva 2009

OT3. Orientação Temporal

Modo de Aplicação: Pedir ao paciente para mudar as horas no relógio segundo as indicações do terapeuta. Peça para marcar no relógio as horas de acordo com as situações descritas em baixo.

Material: Relógio

1. Marque a hora em que costuma tomar o pequeno-almoço
2. Marque a hora a que se costuma deitar
3. Marque a hora em que costuma fazer a sua higiene pessoal
4. Marque a hora a que se costuma levantar
5. Marque duas horas depois da hora a que se costuma levantar
6. Marque uma hora antes da que se costuma deitar
7. Marque a hora a que costuma almoçar
8. Marque a hora em que costuma ver o telejornal
9. Marque a hora em que o seu filho(a) sai do trabalho
10. Marque a hora em que lancha



MR3. Memória Recente

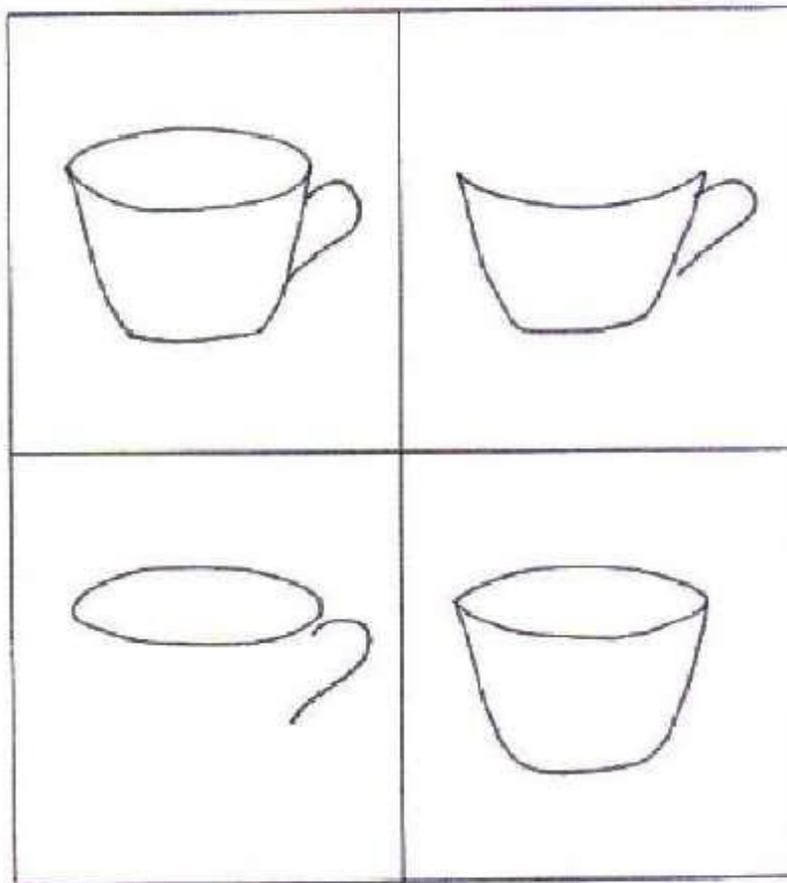
Modo de Aplicação: Pedir ao paciente que tente memorizar os códigos que aparecem na tabela abaixo. Pedir que associe cada número do código à letra correspondente de modo a formar uma palavra.

145
316
4125
5421
45251
25316

1=A
2=D
3=M
4=N
5=O
6=R

Folha de Resposta PC3. Praxia Construtiva Gráfica

Nome: _____
Data: __ / __ / ____ Sessão n.º: _____
Técnico (a): _____



c) Sessão 3

Memória de trabalho Rosa & Silva 2009

M2. Memória de Trabalho

Modo de Aplicação: Ler as seguintes frases uma a uma e pedir ao paciente para as repetir.

Material: Lista de Frases

1. Se amanhã não for jantar a casa dos meus filhos vou ver o filme que vai dar na televisão.
2. Comprei uma televisão de 32 polegadas no centro comercial da minha cidade.
3. O árbitro sancionou o jogador com cartão amarelo.
4. Todos os dias o enfermeiro vem a minha casa medir-me a tensão.
5. Hoje de manhã fui à igreja falar com o padre.
6. A minha nora deixou-me as chaves de casa para ir regar as plantas e dar de comer aos pássaros.
7. O meu filho João e a minha bisneta Maria chegam dia 25, próxima quarta-feira, para me visitar.
8. Tenho 85 anos, o meu marido 91 e os meus filhos 61 e 58 anos.
9. Antes de me deitar lavo sempre os dentes.
10. Ontem fui ao cinema com a Rita e hoje vou ao parque com o Mário.

Memória Imediata- Rosa & Silva (2009) Exercício exemplo

Diga os números primeiro tal como ouviu se errar duas seguidas paramos aí e depois diz-me os números ao contrário daquilo que vai ouvir.

Números	Ordem directa	Ordem inversa
42		
19		
170		
137		
1289		
1432		
19834		
18375		
182379		
193586		

Evocação Categorical Rosa & Silva 2009

Diga-me 10 nomes de cidades e 10 nomes de animais

Cidades	Animais

d) Sessão 4

Memória Imediata Rosa & Silva 2009

Observe com atenção e memorize o nome das pessoas.



Agora escreva os nomes das pessoas nos espaços em branco.



Como trabalho de casa vai ter que preencher os nomes das pessoas novamente.



MS3. Memória Semântica

Modo de Aplicação: Pedir ao paciente para responder às questões.

Material: Lista de Perguntas

1. Como se chama o Presidente da República?
2. Como se chama o primeiro-ministro?
3. Como se chama o Papa?
4. Como se chama o Presidente dos EUA?
5. Qual o prato típico do Porto?
6. Como se chama o rio que banha Lisboa?
7. Diga o nome de um jogador de futebol.
8. Diga o nome de um cantor actual.
9. Diga o nome de um actor actual.
10. Diga o nome de uma actriz actual.
11. Quais os principais canais de televisão em Portugal?
12. Quem escreveu "Os Lusíadas"?
13. Diga o nome de um político actual?
14. O que leva um galheteiro?
15. Quantos meses existem?
16. Quais as estações do ano?
17. Quais são os dias do fim-de-semana?
18. Que estilo de música é que só existe em Portugal?

Evocação categorial Rosa & Silva 2009

Agora vou pedir que me diga 6 palavras começadas pela letra C e 6 palavras começadas pela letra P.

C	P

e) Sessão 5

Fluência Verbal Rosa & Silva 2009

Vou-lhe pedir que nomeie as partes do corpo de cima para baixo

Memória Imediata Rosa & Silva 2009

Observe com atenção e memorize o nome das pessoas.



Agora escreva os nomes das pessoas nos espaços em branco.



Como trabalho de casa vai ter que preencher os nomes das pessoas novamente.



Memória Imediata- Rosa & Silva (2009) Exercício exemplo

Números	Ordem directa	Ordem inversa
10		
72		
109		
162		
1591		
9271		
12684		
10523		
145280		
25491		

Diga os números primeiro tal como ouviu se errar duas seguidas paramos aí e depois diz-me os números ao contrário daquilo que vai ouvir.

f) Sessão 6

Memória Imediata Rosa & Silva 2009

M4. Memória Imediata

Variante: Ler os seguintes palavras que se encontram na tabela abaixo e pedir ao paciente para as repetir, primeiro pela ordem que ouviu, depois invertendo a ordem.

SAIA
BOTA
AMOR
CASA
PÁ
AMORA
CAIXA
SAPATO
TRICICLO
CANDEIRO

Folha de Respostas M4. (Variante): Memória Imediata

Nome: _____

Data: ___ / ___ / ____ Sessão n.º: _____

Técnico (a): _____

PALAVRAS	ORDEM DIRECTA	ORDEM INVERSA	COM / SEM AJUDA
SAIA			
BOTA			
AMOR			
CASA			
PÁ			
AMORA			
CAIXA			
SAPATO			
TRICICLO			
CANDEIRO			

Memória Anterógrada Baseado na *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke*

Vou-lhe ler uma Morada, peço que esteja atenta e que tente memorizar. Tem três tentativas para acertar a morada.

	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa
Luís Manuel Pereira Rua Dr. José Correia Nr 60 4580-258 Paredes Porto			

g) Sessão 7

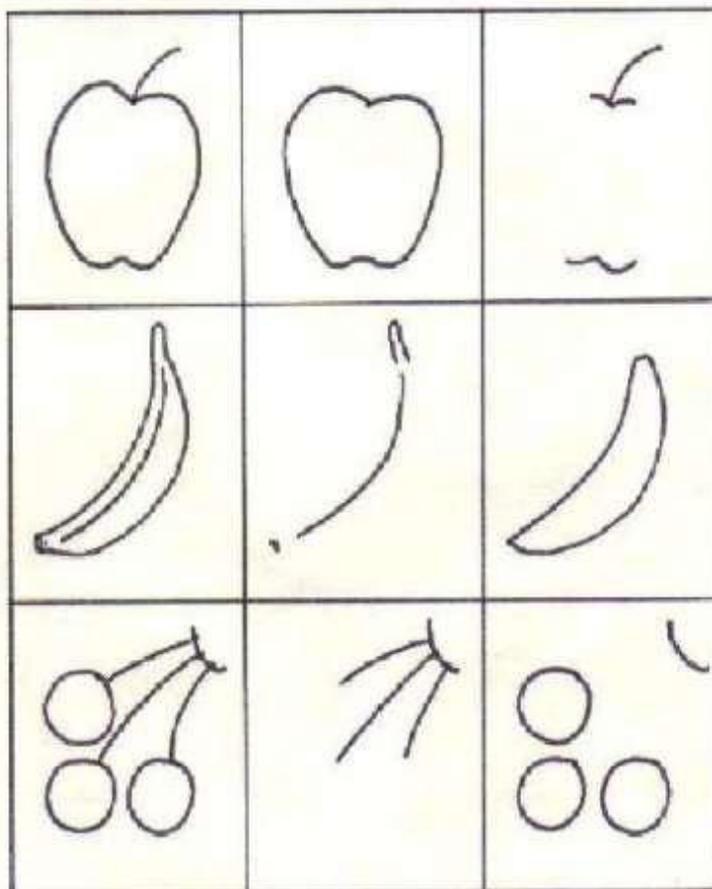
Viso Construtiva Rosa & Silva 2009

Viso Espacial Rosa & Silva 2009

Em cada uma destas linhas tem um modelo e dois desenhos para completar.
 Complete-o de forma a ficar igual ao modelo.

Folha de Resposta PC3. Praxia Construtiva Gráfica

Nome: _____
 Data: ___ / ___ / ___ Sessão n.º: _____
 Técnico (a): _____



Cálculo Mental Rosa & Silva 2009

Resolva estas contas recorrendo por isso ao cálculo mental.

$$247+32=$$

$$1269-45=$$

$$65 \times 32=$$

$$71/3=$$

$$35 \times 18=$$

$$35+18=$$

$$199-80=$$

$$99+40=$$

$$94 \times 3=$$

$$100-40=$$

$$20 \times 5=$$

$$247+32=$$

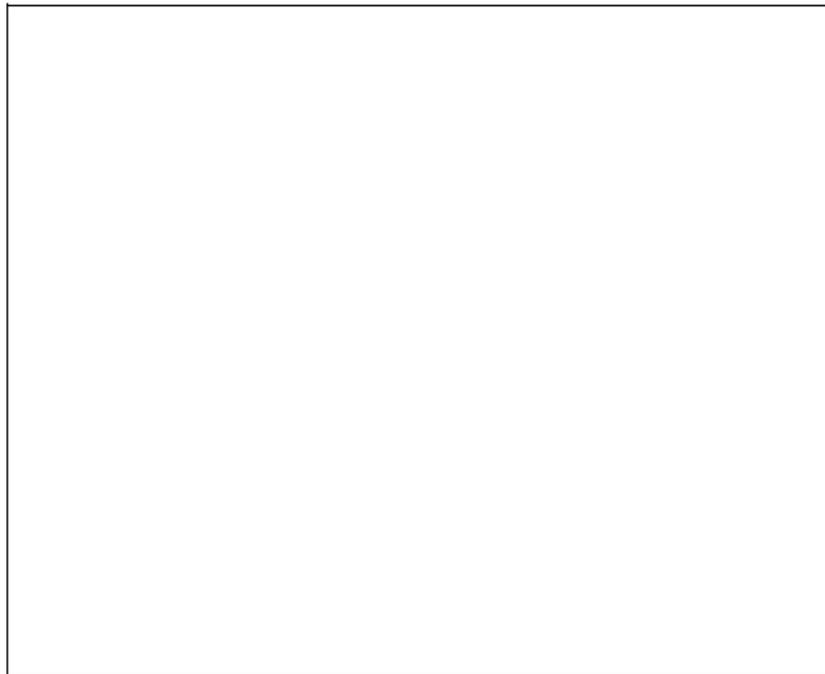
Orientação Espacial Rosa & Silva 2009

Desenhe um percurso conhecido que parta de sua casa.

Folha de Resposta OE4. Orientação Espacial

Nome: _____
Data: ___ / ___ / ____ Sessão n.º: _____
Técnico (a): _____

Percurso



OBSERVAÇÕES:

h) Sessão 8

Memória Imediata Rosa & Silva 2009

Observe com atenção e memorize o nome das pessoas.

			
Luis	Pedro	Manuel	Guilherme
			
Fátima	Leandra	Marlene	Zélia

Agora escreva os nomes das pessoas nos espaços em branco.

Como trabalho de casa vai ter que preencher os nomes das pessoas novamente.



MS5. Memória Semântica

Modo de Aplicação: Pedir ao paciente para dizer se as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsas.

Material: Lista de Afirmações

1. Rússia está no continente asiático ____
2. O golfinho é um réptil ____
3. O ananás é um fruto ____
4. O pentágono tem 6 lados ____
5. O rio Tejo banha o Porto ____
6. Os lisboetas são chamados de “alfacinhas” ____
7. O telefone tem 10 dígitos ____
8. O arroz à valenciana é um prato típico português ____
9. O dia tem 12 horas ____
10. O tango é uma dança brasileira ____
11. O água do mar é doce ____
12. O Natal é dia 25 de Novembro ____
13. A pandeireta é um instrumento de corda ____
14. Durão Barroso é o primeiro-ministro de Portugal ____
15. A sogra do meu marido é minha mãe ____
16. O irmão do meu tio é meu primo ____
17. A irmã do meu pai é minha avó ____
18. Eusébio é um jogador de ténis ____
19. O cachecol é para colocar no pescoço ____
20. A, I, M e L são números ____
21. A terceira vogal é o U ____
22. O relógio tem um ponteiro ____
23. A máquina de escrever serve para tirar fotografias ____
24. A noite tem mais horas que o dia ____
25. O Porto é no sul de Portugal ____

Evocação Categorical Rosa &Silva 2009

Vou-lhe pedir que me diga 6 objectos que se possam encontrar, no quarto na cozinha e na sala, escolha por que divisão da casa quer começar.

Quarto	Cozinha	Sala