

**Mestrado em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Neuza Carina Santos Rocha

Gandra, 2020



Mestrado em Psicologia da Saúde
e Neuropsicologia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Neuza Carina Santos Rocha

Local de Estágio: Hospital do Norte do País

Supervisor: Professora Doutora Manuela Leite

Gandra, 2020

Declaração de Integridade

Neuza Carina Santos Rocha, estudante do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

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 parte 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

Aos meus pais, por me proporcionarem esta oportunidade, pelos valores transmitidos, por acreditarem sempre em mim e por, com todo o vosso amor, me embalarem na consciência da realidade. Todos os conselhos, todas as palavras e todos os abraços, estão bem guardadas no meu coração.

Aos meus irmãos, por todo o apoio, pela alegria e por todas as “guerras de irmãos”. Por me fazerem tão feliz e estarem presentes em todos os momentos especiais da minha vida.

Ao meu namorado, Pedro, por todo o amor, carinho e motivação, por toda a compreensão e por caminhares, de dedos entrelaçados nos meus, em todos os momentos da minha vida.

À Professora Doutora Manuela Leite pelo acompanhamento constante, pela preocupação e tempo disponibilizado, pelas oportunidades e partilhas únicas, por conseguir com que retirasse o melhor de todas as situações. Um profundo agradecimento, por todo o apoio, motivação e por contribuir para que esta etapa fosse ainda mais especial.

À minha orientadora, pela notável orientação prestada ao longo destes meses, pelo rigor, exigência, profissionalismo e disponibilidade. Por toda a confiança depositada e por toda a partilha de conhecimentos e experiências, essenciais para o meu crescimento enquanto profissional.

À Doutora S. F., por todas as conversas e partilhas, por me ajudar “arrumar” a minha vida nas situações mais complicadas, por todo o carinho, ajuda e preocupação.

A toda a equipa de Cuidados Paliativos por toda a receptividade e confiança que depositaram em mim, por toda a sensibilidade imbuída num conhecimento profundo da área que nos apaixonou.

A todos os profissionais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental pela ótima receção, por me fazerem sentir parte da equipa e por todos os conhecimentos e experiências transmitidos.

A todo o corpo docente pela magnífica formação e disponibilidade ao longo deste percurso.

Muito obrigada!

Índice

Introdução	10
1. Caracterização do Local de Estágio	11
1.1. Caracterização do Departamento de Psicologia e Saúde Mental (DPSM)	11
1.2. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)	12
2. O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde em Contexto Hospitalar.....	13
2.1. O Papel do Psicólogo em Cuidados Paliativos	14
3. Descrição das Atividades de Estágio	15
3.1. Reuniões de Supervisão	16
3.2. Reuniões de Orientação	17
3.3. Reuniões do DPSM.....	17
3.4. Observação Participante da Consulta de Psicologia no DPSM	18
3.5. Consultas Realizadas Durante Estágio Curricular	19
3.5.1. Consultas Infantojuvenis.....	19
3.5.2. Avaliação Neuropsicológica	21
3.5.3. Consultas de Intervenção em Crise.....	23
3.5.4. Consultas Domiciliárias	25
3.6. Grupos de Intervenção Terapêutica	26
3.6.1. Grupo Psicoeducativo e de Autoajuda no Luto – “ <i>Histórias de uma Vida</i> ”	26
3.6.2. Grupo Psicoeducativo na Depressão – “ <i>Vamos sair da Depressão?</i> ” ...	30
3.6.3. Grupo de Estimulação Neurocognitiva.....	31
3.7. Elaboração de Planos de Intervenção Psicológica	32
3.8. Formações Realizadas.....	33
3.9. Formações Recebidas.....	34
3.10. Atividade de Investigação: “ <i>Ser Cuidador em Tempos de Pandemia</i> ”	34
4. Estudo de Caso: Paciente M.	35

4.1. Dados de Identificação.....	35
4.2. Motivo de Encaminhamento	36
4.3. Genograma.....	36
4.4. Fontes de Informação.....	36
4.5. História Clínica	36
4.6. História Pessoal.....	39
4.7. História Familiar	41
4.8. Estado Mental e Avaliação do Comportamento	41
4.9. Instrumentos Aplicados	41
4.10. Resultados	42
4.11. Análise Conceptual	46
4.12. Reabilitação Neuropsicológica	53
4.13. Reflexão do Caso	55
5. Reflexão Final.....	56
Bibliografia	58
Anexos	68

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resultados da Escala de Memória de Wechsler- WMS-III.

Tabela 2. Resultados da Escala *Addenbrooke's Cognitive Examination* - ACE III.

Lista de Anexos

- Anexo 1 – Plano de Atividades de Estágio.
- Anexo 2 – Consultas Realizadas Durante o Estágio Curricular.
- Anexo 3 – Exemplo de Relatório Infantojuvenil.
- Anexo 4 – Material Informativo e Diploma para Consulta Infantojuvenil.
- Anexo 5 – Protocolo de Avaliação Neuropsicológica.
- Anexo 6 – Protocolo de Segurança/Contingências em Tempos de Pandemia COVID-19.
- Anexo 7 – Protocolo de Intervenção em Crise à Distância – COVID-19.
- Anexo 8 – Manual Terapêutico do Profissional de Saúde no Luto.
- Anexo 9 – Apresentação Digital do Grupo de Luto.
- Anexo 10 – Panfleto Informativo do Grupo de Luto.
- Anexo 11 – Atividade “Hoje Aprendi ...” do Grupo de Luto.
- Anexo 12 – Questionário Sociodemográfico e Clínico do Grupo de Luto.
- Anexo 13 – Plano de Intervenção Psicológica Individual no Luto.
- Anexo 14 – Plano de Intervenção Psicológica na Depressão.
- Anexo 15 – Formação em Serviço “O Papel do Psicólogo no Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos Oncológicos”.
- Anexo 16 – Programa de Estimulação Cognitiva do Caso M.

Lista de Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CP – Cuidados Paliativos

DLS – Doenças Lisossomais de Sobrecarga

DPSM – Departamento de Psicologia e Saúde Mental

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ICC – Insuficiência Cardíaca Congénita

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PHDA – Perturbações de Hiperatividade de Défice de Atenção

PMA – Procriação Medicamente Assistida

RTUP – Ressecção Transuretral de Próstata

SUD – Síndrome de Últimos Dias

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TD – Terapia da Dignidade

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

Introdução

SARS-COV-2 seria o nome do vírus que levaria a uma pandemia, num dos momentos mais especiais e esperados, ao fim de cinco anos. Nada fazia prever que, o estágio curricular se tornaria numa aventura preenchida de medos pessoais e profissionais, numa exacerbação de dificuldades de contacto e partilha e, sobretudo, na impossibilidade de aplicar todos os conhecimentos e competências previamente adquiridos.

O presente relatório procura retratar as diferentes atividades realizadas ao longo do estágio curricular, que teve lugar num Hospital do Norte do País. O estágio foi realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde. É o produto final de um estágio curricular supervisionado pela Professora Doutora Manuela Leite (Docente do IUCS) e, no local de estágio, orientado pela Doutora G. M. (Psicóloga Clínica do Hospital), iniciado a 7 de outubro de 2019, com término a 31 de julho de 2020. Porém, devido à atual pandemia a atividade presencial foi suspensa no período de 9 de março a 27 de junho de 2020, existindo, no entanto, uma continuidade das atividades de estágio à distância, durante este período.

Desta forma, início o documento com a caracterização do local de estágio e o papel que o Psicólogo clínico nele assume, realçando o papel do Psicólogo nos Cuidados Paliativos. Sucede-se a apresentação das atividades de estágio, que surgem e são desenvolvidas em diferentes contextos, que vão desde a observação participante, à realização de consultas psicológicas e intervenção em grupos terapêuticos, salientando a apresentação de um estudo de caso, tendo em conta a abordagem conceptual da Psicologia e Neuropsicologia Clínicas.

Um dos principais objetivos deste relatório é fazer uma abordagem à premissa “eu enquanto profissional e enquanto pessoa” que, através de todas as experiências vividas ao longo destes meses, me fizeram reconhecer que não é possível ser um bom profissional, se na nossa prática clínica não houver empenho, dedicação, rigor, disciplina, disponibilidade e, sobretudo, humanização. Somos profissionais de saúde que lidamos com pessoas com diagnósticos graves, por vezes terminais, e que se torna essencial a capacidade de recuperar a sua dignidade, valorizar a sua experiência de vida e a sua história, e por último, mas não menos importante, a sua identidade, de modo a ver o paciente como um todo, na sua complexidade e unicidade e não apenas como mais um caso.

1. Caracterização do Local de Estágio

O local onde uma estagiária de psicologia deposita todos os seus sonhos, leva-nos para o séc. XVI. Esta entidade, cujo nome apela à tradição religiosa da região, conta com um total de 1700 profissionais na assistência prioritária a oito Concelhos vizinhos. Diariamente, todos estes profissionais dedicam-se ao cuidado de cerca de 350 mil indivíduos.

Sendo o Hospital uma entidade pública reconhecida, tem como objetivo primordial a prestação de serviços de saúde de qualidade, integrados no Serviço Nacional de Saúde e desenvolvimento de atividades de formação, pré e pós-graduadas, de ensino e de investigação. A unidade hospitalar é constituída por três edifícios. O edifício principal contém a Consulta Externa – I, o Internamento, o Serviço de Urgência, a Farmácia de Ambulatório e o centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA). Num segundo edifício localizam-se os serviços da Consulta Externa - II, Fisiatria, Unidade de Dor, os Cuidados Paliativos (CP) e a Psiquiatria e Saúde Mental. O terceiro edifício, mais recente, abrange a Consulta Externa - III e o Hospital de Dia. Pelo magnífico trabalho realizado, em 2008, o hospital obteve a acreditação da *Joint Commission International*, entidade internacional certificadora da qualidade nas organizações de saúde. O seu reconhecimento é também obtido como Centro de Excelência em Doenças Lisossomais de Sobrecarga (DLS) e Centro de Excelência Europeu de Hipertensão e Risco Cardiovascular.

1.1. Caracterização do Departamento de Psicologia e Saúde Mental (DPSM)

O DPSM prioriza o atendimento à comunidade, aquando da necessidade de dar resposta à escassez de prestação de cuidados de saúde mental.

Atualmente é constituído por uma equipa multidisciplinar, formada por sete Psiquiatras (um deles Diretor do Serviço), dois Pedopsiquiatras, quatro Psicólogos (um deles coordenador da Unidade de Psicologia), uma assistente social do serviço social, uma equipa de enfermagem e o serviço administrativo. Esta unidade contempla diversas áreas de atuação, nomeadamente, na assistência de situações particulares, como a Unidade de Psicogeriatría e Perturbações Cognitivas; Unidade de Intervenção em Crise, que envolve situações complexas como o apoio psicológico nos CP, apoio da psicologia na unidade de PMA, no serviço da Dor, na consulta de diabetes infantil e na consulta multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica. Em complemento, existe as Unidades de Psiquiatria e Pedopsiquiatria, bem como a consulta de Casal, a consulta de Neuropsicologia e a consulta de Enfermagem.

Deste modo, são recebidos utentes com variadíssimos tipos de patologia mental, de diferentes faixas etárias (desde a primeira infância à terceira idade) e nas várias modalidades de intervenção (individual, casal, familiar e em grupo).

A Unidade de Psicologia desenvolve a sua atividade em articulação com os serviços assistenciais, não só de ambulatório, mas também de internamento, permitindo o suporte técnico a toda a área de prestação de cuidados, na promoção e manutenção da saúde, de utentes, mas também de técnicos de saúde. O regime de internamento detém uma capacidade máxima de doze utentes, sendo estes, acompanhados pela consulta interna e externa e pelo hospital de dia, à qual se associa o programa de prevenção de recaídas de pacientes com perturbações mentais graves, com suporte domiciliário semanal.

Paralelamente à prática clínica, o DPSM incorpora uma vertente direcionada tanto para o ensino, como para a investigação, permitindo a aprendizagem e o trabalho multidisciplinar por parte dos profissionais de saúde e dos respetivos estagiários.

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

Com o aumento de doenças crónicas incapacitantes e irreversíveis torna-se fulcral, o desenvolvimento de respostas biopsicossociais e espirituais, que providenciem a qualidade de vida destes doentes e dos seus familiares (Grande et al., 2009). É neste contexto que surge a EIHSCP, uma equipa multidisciplinar, provida de recursos específicos que se articulam de um modo complementar com as outras unidades e equipas do Hospital.

Por ser uma área tão especial e que conta com a dedicação de quatro médicos, três enfermeiras, uma assistente social e uma psicóloga, tem como objetivo apoiar os pacientes e respetivos familiares, que carecem de cuidados paliativos diferenciados, nos vários serviços hospitalares, incorporando o internamento e consultas externas. O apoio telefónico, no regresso ao domicílio após internamento (Regulamento Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos) faz parte da missão destes profissionais. Este apoio torna-se crucial num momento de pandemia causada pelo SARS-COV-2, uma vez que, trata-se de pacientes de alto risco, com variadíssimas debilidades e que mesmo no conforto e proteção do seu lar, têm acesso ao apoio e à resposta de necessidades físicas e psicológicas. Saliento que para além da situação orgânica instável, os medos e receios destes utentes, surgem em complemento da inevitabilidade de um prognóstico reservado.

A EIHSCP tem assim objetivos sobreponíveis a outras unidades de cuidados paliativos, sendo estes, o acompanhamento de forma estruturada e diferenciada de utentes em internamento; a promoção da qualidade de vida, através do alívio de sintomas; a

afirmação/celebração da vida, encarando a morte de um modo natural; a integração de vertentes psicológicas e espirituais; o desenvolvimento de um programa de suporte, de modo a preservar uma postura ativa dos pacientes; oferecer apoio e estratégias à família perante a doença e o luto (Regulamento Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos); e por fim, mas não menos significativo, o apoio aos profissionais de saúde, uma vez que, permanecem em constante proximidade com a vulnerabilidade humana, com o sofrimento e com a morte, numa realidade inevitável.

2. O Papel do Psicólogo Clínico e da Saúde em Contexto Hospitalar

Apesar de o meu estágio ter sido interrompido pela pandemia, sou grata pela diversidade de práticas e saberes que o marcou e delineou, uma experiência enriquecedora que me leva a refletir sobre o papel do Psicólogo em contexto hospitalar.

Desta forma, a Psicologia Clínica e da Saúde neste contexto, define-se por uma metodologia de intervenção que valoriza a qualidade da relação Psicólogo-utente e caracteriza-se pela aplicação dos conhecimentos e técnicas do âmbito da psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento da doença (Marks, Murray, Evans, & Willing, 2000; Ogden, 2012; Ribeiro, & Leal, 1996). O seu papel abarca também a avaliação psicológica de utentes referenciados pelos serviços médicos, em diferentes especialidades, a intervenção clínica, consultoria e a participação em projetos de investigação, formações e grupos de trabalho (Trindade & Teixeira, 2002; Wahass, 2005). A sua finalidade primordial baseia-se na intervenção psicológica que promova a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, centrando-se nas experiências, comportamentos e interações (Teixeira, 2004). A definição do conceito de Psicologia Clínica e da Saúde afigura-se, desta forma, como o uso no campo da saúde e nos Serviços e Sistemas de Saúde, de uma metodologia clínica (Ribeiro, & Leal, 1996), podendo considerar-se a expressão de um único pressuposto numa perspetiva metodológica e contextual.

No que diz respeito ao DPSM, o Psicólogo integra uma equipa interdisciplinar e multidisciplinar, assumindo vários papéis, entre os quais o papel de Psicólogo Clínico e da Saúde, Neuropsicólogo, Formador e Investigador. De facto, todos os profissionais são essenciais para o bom funcionamento da instituição e para a possibilidade de fornecer resposta, perante quadros psicopatológicos, quadros de défice cognitivo ligeiro e/ou demências, alterações psicológicas secundárias a patologias orgânicas e avaliação cognitiva e emocional, necessárias para posterior intervenção. A intervenção psicológica ocorre através da consulta individual e/ou intervenção em grupo, sendo que, o tempo dedicado a cada paciente está

condicionado pelo elevado número de utentes. A intervenção em grupo possibilita uma intervenção atempada da resolução de problemáticas. Neste sentido, a intervenção dos Psicólogos contribui, não só para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida, mas também para a diminuição de internamentos hospitalares, menor recurso a fármacos e utilização adequada dos recursos e serviços de saúde (APA, 2001).

2.1. O Papel do Psicólogo em Cuidados Paliativos

O diagnóstico de uma doença crónica, incurável e terminal, projeta os doentes e os seus familiares para o confronto com questões éticas e emocionais relacionadas com a finitude, tomada de decisões em fase terminal e projeção de uma vida além da morte. O próprio processo de doença e do morrer, com degradação física, sofrimento físico e emocional associado, impelem a uma capacidade de adaptação constante quer por parte do doente, quer dos seus familiares. Contudo, nem sempre se sentem capacitados, solicitando muitas vezes apoio psicológico para o efeito.

À semelhança das doenças e do adoecer, a intervenção psicológica em fim de vida deverá ser individualizada, tendo como principais objetivos a identificação dos mecanismos de defesa inconscientes, a manutenção da autoestima e procura de um novo sentido/significado para a vida, uma vez que, a doença e a iminência da morte levam a um período de grande angústia e desespero, caracterizado por uma elevada vulnerabilidade psicológica (Hennezel, 2001).

A atuação do Psicólogo neste contexto não se circunscreve à fase terminal propriamente dita, ao doente e à família. A sua ação também se faz sentir junto da equipa de CP, auxiliando na compreensão da resposta individual face aos processos de doença, no que diz respeito a aspetos emocionais, cognitivos e comportamentais, o que possibilita uma adaptabilidade de planos de cuidados mais ajustados ao doente e à família (Payne & Haines, 2002).

Assim, a missão do Psicólogo passa por promover os recursos do doente e da família, potencializando as competências de comunicação; avaliar as necessidades psicológicas específicas do doente, da equipa de saúde e da família; e fornecer apoio emocional na intervenção terapêutica (Barreto & Bayés, 1990).

A *British Psychological Society* (2008), especifica as áreas de atuação do Psicólogo no âmbito dos CP, sendo estas, o luto complicado; o apoio à família; dificuldades de adaptação, nomeadamente, nas mudanças da imagem corporal, alterações cognitivas e perda de estatuto/mudança nos papéis da dinâmica familiar; questões de dependência, depressão e ansiedade, consequente do diagnóstico e prognóstico; dificuldades de comunicação e relações

interpessoais; controlo da dor e dos sintomas; estratégias de gestão de ansiedade; e avaliação de *distress* psicológico. Por sua vez, *American Psychological Association* (2012), evidencia a importância da intervenção psicológica, na progressão da doença, já em contexto paliativo, intervindo, sobretudo, na dignidade do paciente, na depressão, ansiedade, e posteriormente no luto.

À imagem do que acontece em outros contextos de intervenção psicológica, o Psicólogo deverá estabelecer uma relação de confiança, de modo a promover a comunicação, com o intuito de diminuir a ansiedade, depressão e sofrimento. Deve explorar as dúvidas do paciente e da família, as crenças, mitos e medos do doente, assim como, as necessidades específicas de cada um dos intervenientes no processo terapêutico (Paúl, 1995; Hennezel, 2001).

No Hospital apenas um Psicólogo intervém neste contexto, em consulta externa e em regime de internamento.

Saliento que viver com um diagnóstico de cancro acarreta elevados níveis de ansiedade e incerteza, sendo estes exacerbados pela atual crise pandémica, assinalada pelo medo generalizado em contrair a doença (COVID-19) e pelo isolamento profilático, aumentam significativamente os níveis de ansiedade e preocupação dos doentes, familiares e cuidadores, colocando-os vulneráveis e em risco psicológico.

Na minha opinião e refletindo sobre o tema em questão, para além da necessidade de evitar a exposição ao vírus, é de maior importância proteger o bem-estar físico e psicoemocional dos doentes e respetivos intervenientes, sendo estes parte integrante na prestação de cuidados, não esquecendo o autocuidado do próprio. Contudo, realço o modo especial observado no pré pandemia e pós confinamento, de uma equipa de profissionais de saúde, que têm um comportamento excecional perante inúmeros doentes, num apoio adequado e em tempo útil, e se têm entregado de alma e coração aos múltiplos pedidos, pondo em risco, a sua própria saúde.

3. Descrição das Atividades de Estágio

O estágio curricular teve início no dia 7 outubro de 2019. Devido à pandemia provocada pelo SARS-COV-2 a atividade presencial foi interrompida a 9 de março de 2020, salientando um período de teletrabalho, com retoma presencial no dia 27 de junho de 2020 e finalização a 31 de julho de 2020. Este período, com variadíssimas dificuldades e desafios pessoais e profissionais, incorporou um conjunto de atividades, desde a observação participante numa fase inicial, à realização de consultas, reuniões de supervisão e orientação, reuniões de serviço do DPSM, formações e atividades formativas (Anexo 1). Segue-se a descrição pormenorizada das mesmas.

3.1. Reuniões de Supervisão

As reuniões de supervisão surgiram como vertente fundamental neste percurso e como em todas as atividades que irei referir ao longo deste documento, houve um antes e um depois da instalação da atual crise pandémica.

Inicialmente, as reuniões de supervisão de estágio tiveram lugar no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), com a presença da Professora Doutora Manuela Leite, das restantes colegas estagiárias do Hospital e de uma Instituição Privada do Norte do País, decorrendo com uma periodicidade adequada às necessidades, de frequência semanal/quinzenal. Estas consistiam maioritariamente em momentos de esclarecimento de dúvidas que surgiam ao longo do período de estágio, bem como de monitorização dos casos clínicos atribuídos, disponibilização de material, discussão de ideias e partilha de experiências.

Durante o período de suspensão da atividade de estágio pela pandemia, o contacto com a orientadora e colegas foi mantido, no sentido de conservar tarefas e alternativas de operacionalização. Estas tinham a duração de 2 a 3 horas, com frequência semanal, sendo o objetivo principal a apresentação de casos clínicos, no sentido de imersão na prática clínica. As exposições consistiam na apresentação de casos atribuídos pela orientadora local, com pesquisa inerente e respetiva discussão dos mesmos. Apesar de todas as frustrações relacionados com a suspensão do estágio e o adiamento de planos de intervenção já elaborados, esta interrupção em complemento com as reuniões de supervisão permitiu-me adotar uma atitude crítica e possuir uma capacidade de reflexão face ao meu trabalho, a aprendizagem de um modo coerente, assertivo e persistente e o conhecimento e oportunidade de contactar com realidades distintas, uma vez que, nem sempre em contexto presencial havia a possibilidade de conhecer o trabalho, as experiências, as dificuldades e a diversidade de patologias presentes em instituições distintas.

Saliento que, a oportunidade de um trabalho de profunda análise de todos os casos clínicos, quer na vertente da anamnese, quer na integração dos resultados obtidos nas avaliações psicológicas, permitiu o estabelecimento de hipóteses diagnósticas fundamentadas teoricamente e o delineamento de estratégias de intervenção adaptadas às necessidades e dificuldades de cada caso. Paralelamente, as reuniões proporcionavam um espaço de partilha de inseguranças, incertezas e angústias, perante uma pandemia que nos levou a equacionar o regresso à prática clínica e as suas repercussões na finalização do estágio e respetivo percurso académico, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais, mas também pessoais. A regularidade das mesmas e a disponibilidade e motivação por parte da supervisora, proporcionaram o desenvolvimento das atividades de forma única e, sobretudo, segura.

3.2. Reuniões de Orientação

As reuniões de orientação surgiram no primeiro trimestre do ano letivo (entre outubro e dezembro de 2019), com uma periodicidade adequada às necessidades. Em janeiro de 2020 e até suspensão do estágio curricular, as reuniões tinham frequência semanal, com a orientadora local, num acompanhamento direcionado à prática clínica. Estas reuniões priorizavam a orientação das atividades clínicas programadas, mediante o esclarecimento de dúvidas; discussão de casos clínicos, apresentação de notas clínicas e relatórios de avaliação, previamente elaborados; preparação da formação em serviço; e o planeamento da intervenção em grupo, tendo em conta, o material necessário para a realização da mesma. A importância das reuniões prende-se com a oportunidade de *feedback* semanal e acompanhamento ao longo de todo o processo, não só a nível de conhecimentos e conteúdos psicológicos, mas também de gestão de tempo e de novas oportunidades de crescimento profissional e competências pessoais.

Neste seguimento e perante a suspensão das atividades, o contacto com a orientadora local manteve-se, via e-mail, proporcionando o apoio, rigor e disciplina, existente desde o primeiro dia, possibilitando a prática clínica à distância, num contexto de pandemia.

3.3. Reuniões do DPSM

Semanalmente, o DPSM realiza reuniões de serviço, que contam com a presença de todos os técnicos de saúde mental, que trabalham no local (Psiquiatras, Enfermeiros, Assistente Social, Internos de Psiquiatria ou de Medicina Geral e Familiar, Psicólogos e Estagiários de Psicologia).

Nestas reuniões procedia-se à discussão de casos clínicos, do internamento, de psiquiatria e da consulta domiciliária, casos estes com quadros mais complexos/ Graves e/ou pertinentes, assim como, a análise de pedidos de internamento/encaminhamento. São ainda abordadas questões pendentes do departamento e posterior elaboração de respostas a questões logísticas do mesmo. Posteriormente, nestas reuniões, eram realizadas as ações formativas do departamento, com a apresentação de temáticas pertinentes e atuais, no âmbito da saúde mental.

Tive a oportunidade de, ao longo do estágio, estar presente nestas reuniões, permitindo-me adquirir conceitos no âmbito da psiquiatria e enfermagem e aprofundar os conhecimentos já aprendidos ao longo da formação, integrados na prática clínica. Neste contexto, foi também possível, conhecer todos os técnicos, criando uma relação de proximidade com os mesmos e perceber a importância do trabalho em equipa, que permite a gestão deste departamento e a resolução de problemáticas intrínsecas à saúde mental.

3.4. Observação Participante da Consulta de Psicologia no DPSM

No primeiro trimestre do estágio tive a oportunidade de observar a consulta de Psicologia Clínica desenvolvida por quatro Psicólogos desta unidade, que realizam a sua prática clínica em áreas distintas, dividindo-se por Infância e Adolescência; Neuropsicologia, Psicologia Casal e PMA, e DLS; Ansiedade, Depressão e Obesidade; e a coordenadora da Unidade de Psicologia realiza a sua atuação em Oncologia e CP.

Durante este período, observei uma população de utentes muito diversificada, tanto pelas características sociodemográficas, como pela faixa etária, sexo e diferenciação psicológica, podendo destacar: consultas de psico-oncologia; intervenção em crise; infância e adolescência; neuropsicologia; consultas de casal; consultas de cirurgia bariátrica; luto; dor crónica; ansiedade e consultas individuais e em grupo de depressão, as quais tive a oportunidade de observar e intervir. A observação participante cingiu também a consultas ao domicílio em que semanalmente, os utentes recebem uma visita de diferentes profissionais, nomeadamente, enfermagem, psiquiatria, psicologia e assistência social.

As consultas de observação permitiram-me envolver em toda a dinâmica do departamento, conhecer e adaptar-me ao *setting* terapêutico, identificar as modalidades de intervenção e as estratégias utilizadas em contexto de consulta, podendo adquirir novas competências de avaliação e intervenção. Este período de observação foi, igualmente importante para compreender as necessidades dos serviços em que estava inserida.

O acompanhamento ao internamento de CP e as consultas externas, marcaram e delinearam o meu percurso enquanto estagiária, uma vez que se trata de uma área bastante delicada, com um impacto significativo ao nível psicológico, na qual tive a oportunidade de intervir e pôr em prática conhecimentos previamente adquiridos e perceber de que forma as estratégias aprendidas se aplicam na prática, centrando-me na relação terapêutica Psicólogo-utente. Esta realidade permitiu-se providenciar momentos de reflexão que influenciaram a construção de uma postura e comportamento enquanto profissional de Psicologia e enquanto ser biopsicossocial. Durante este processo de observação, foi usado como método de recolha de informação o diário de bordo, onde foi sendo registada a informação relevante à aprendizagem, todos os medos sentidos e estratégias de resolução.

3.5.Consultas Realizadas Durante Estágio Curricular

Após a atividade de observação participante, foram-me distribuídos casos clínicos para iniciação das avaliações e intervenções psicológicas, sendo o encaminhamento realizado pelos Psicólogos da instituição, tendo como critérios de seleção a urgência do pedido de intervenção e o tempo prolongado de lista de espera. As consultas de psicologia realizadas, num total de 220 consultas (Anexo 2), tiveram, maioritariamente, uma incidência da problemática do Luto. No entanto, realizei consultas em diversas temáticas e com diferentes faixas etárias, nomeadamente: consultas de intervenção em crise (na problemática COVID-19), consultas infantojuvenis e consultas de neuropsicologia.

Inicialmente houve a elaboração de um plano terapêutico, para posterior implementação, tendo por base a vertente da avaliação e respetiva intervenção/reabilitação. As consultas iniciaram-se pela avaliação psicológica, onde se privilegiou a utilização do método de entrevista clínica, na singularidade de recolha de informação, técnica que permite a observação de incongruências entre a linguagem verbal e não-verbal, do contacto ocular e postura do paciente, dos silêncios durante a sessão, do tom de voz, dos dados biopsicossociais relevantes, história familiar e antecedentes médicos/psicológicos (Araújo, 2007). O uso de instrumentos psicométricos, foi também valorizado, para o esclarecimento de dúvidas que surgissem face ao estado cognitivo e mental dos utentes, considerando sempre as idiosincrasias de cada caso. No que diz respeito às intervenções posteriores, estas eram elaboradas conforme o parecer clínico e diagnóstico estabelecido.

3.5.1. Consultas Infantojuvenis

Na distribuição dos casos clínicos, tive a oportunidade de poder conhecer um mundo tão especial e contagiante, como o mundo das crianças.

Neste contexto infantojuvenil, as consultas são divididas por consulta de intervenção em crise, consulta de infância e adolescência, consulta de Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e avaliações psicométricas, realizadas por uma psicóloga do DPSM. Estas consultas, tendo em conta o potencial de mudança da criança/adolescente, são integradas numa visão holística, de modo a compreender as necessidades destes indivíduos, segundo o contexto em que estão inseridas (contexto familiar, contexto escolar e o contexto social), tendo como intervenientes os utentes, as famílias, as escolas e instituições de apoio.

Desta forma, foram-me atribuídos dois casos, encaminhados pelo Serviço de Pediatria, para avaliação psicométrica, com recurso à prova WISC-III (Anexo 3). Ao longo das sessões e com as reuniões de orientação/supervisão tive oportunidade de esclarecer dúvidas, com entrega de notas clínicas, para que me fosse dado o *feedback* das mesmas. As avaliações psicológicas decorreram no período pré-pandemia, e as consultas de devolução alguns meses mais tarde, aquando da retoma a atividade assistencial após um período de suspensão devido ao confinamento. Estas consultas, tiveram como objetivo fazer a devolução dos resultados, para finalização do processo, utilizando-se a psicoeducação, com ensino reforçado através de material informativo em papel (Anexo 4), o qual foi entregue às crianças e os pais/avós, com ênfase na promoção de práticas educativas/disciplinares adaptativas face ao diagnóstico.

As avaliações permitiram-me compreender as dificuldades de administração de uma prova com os inúmeros estímulos, tendo em conta a agitação comportamental das crianças e a falta de regras parentais, perante um quadro de PHDA. Foi possível também adquirir estratégias, que promovessem atenção e o interesse das crianças, num instrumento considerado longo e perante um novo contexto. Neste acompanhamento, verifiquei a importância da interação entre o indivíduo e o contexto para o potencial de mudança da criança, considerando-se promotor de uma regulação do desenvolvimento adaptativo e consequente bem-estar e qualidade de vida (Lerner et al., 2005).

A infância é, por excelência, o período do desenvolvimento onde todas as etapas e desafios crescem e sucedem-se a um ritmo frenético. Neste contexto, perante um mundo tão especial e complexo, visto como um carrossel, surgem diversos obstáculos, que exigem da criança uma capacidade adaptativa para a qual, por vezes, não está preparada. É nestas circunstâncias que emergem muitas das problemáticas infantis, sentidas, sobretudo, na interação com aqueles que lhes são mais próximos, os pais, a família, os professores e os colegas. Neste crescimento partilhado, também os pais se deparam com as suas próprias limitações, inquietudes e inseguranças, confrontando-se com a difícil tarefa que é aceitar que, humanamente, nem sempre são capazes. Perante o exposto, durante este processo, enfrentei obstáculos e aprendizagens preponderantes, que despertaram o meu interesse na psicologia do desenvolvimento e me fizeram perceber que muitas das vezes, as crianças só querem que olhem para elas com amor e que é tão difícil fazer o que todos querem que façam, quando às vezes, não sabem mesmo fazê-lo.

3.5.2. Avaliação Neuropsicológica

A Neuropsicologia Clínica é uma especialidade da Psicologia, que se dedica ao estudo da compreensão das relações cérebro-comportamento e a aplicação desse conhecimento nas problemáticas apresentadas pelos utentes (APA, 2010). Desta forma, a Neuropsicologia ocupa um lugar intermédio entre a Neurologia e as Neurociências, assim como, entre a Psicologia e as Ciências Sociais (Ardila & Rosselli, 2007). Esta prática torna-se essencial não apenas na procura e descrição de síndromes neuropsicológicas, mas também na análise da topografia e extensão do processo patológico, na proposta de prognóstico do utente e na sugestão de medidas terapêuticas (Ardila & Ostrosky, 2012). Neste sentido, a função do Neuropsicólogo abrange a avaliação, diagnóstico e reabilitação neuropsicológica de perturbações inerentes à disfunção cerebral (Margolin, 1992).

Durante a atividade de estágio foi-me proporcionada a oportunidade de avaliar nove casos, no âmbito da neuropsicologia. O acompanhamento de cada caso incluiu o registo diário das consultas realizadas e a elaboração de um relatório final, com as conclusões diagnósticas e possíveis indicações terapêuticas. Devido à pandemia não foi possível realizar intervenções mediante as patologias identificadas, sucedendo-se o encaminhamento para o Psicólogo responsável pelo caso. No entanto, foi exequível a promoção do interesse pela estimulação cognitiva, o apoio psicoemocional e a monitorização do estado psicoemocional e cognitivo.

Uma das dificuldades intrínsecas que surgem no início da atividade prática, correlaciona-se com a incerteza do diagnóstico, após aplicação dos instrumentos, uma vez que, existe uma grande diversidade de patologias encontradas diariamente em meio hospitalar. Em oito dos nove casos acompanhados, a avaliação neuropsicológica passou pela aplicação de um protocolo previamente estabelecido (Anexo 5), com o objetivo de compreender a situação atual do utente, permitindo estabelecer prioridades acerca da necessidade de acompanhamento psicológico ou encaminhamento para outro serviço. O outro caso restante, irá ser apresentado com mais detalhe no presente documento, foi encaminhado pela Consulta Externa de Psicologia do DPSM, para avaliação e reabilitação neuropsicológica, devido a queixas mnésicas e alterações cognitivas, sendo que, apenas foi possível realizar a avaliação neuropsicológica, devido à COVID-19.

Perante estes casos, houve a necessidade de desenvolver recursos emocionais e clínicos de forma a lidar com as questões que surgiam no decorrer das sessões e aptidões de comunicação, essenciais no contacto com indivíduos mais idosos. “*A minha memória já não é o que era antes*”, foi a expressão mais ouvida ao longo deste percurso e que nos suscita

demasiadas questões que requerem, estudo, empenho e acima de tudo observação, sendo esta última a mais difícil quando inicialmente estamos focados nos instrumentos e em todas as questões que devemos avaliar. No entanto, ao longo destes meses, juntamente com as reuniões de orientação e supervisão, fui aprimorando estas características e percebendo que, em variadíssimos casos as queixas como “*não sei onde pus a chave de casa*” podem não estar apenas relacionadas com a memória, mas sim com questões de atenção e que “*não ter a memória que tinha*”, nem sempre significa que estamos perante um quadro de demência. No entanto, a avaliação precoce das queixas apresentadas pode evitar uma evolução mais complexa da situação e promover a prevenção da deterioração cognitiva.

3.5.2.1. Protocolo de segurança/contingências em tempos de pandemia COVID-19

Nos últimos meses, a atual pandemia associada à COVID-19 levou a mudanças repentinas, que conseqüentemente, geraram incerteza e contribuíram para elevados níveis de *stress* e insegurança. Apesar disto, a pandemia não causou pânico generalizado, mas sim cooperação e uma unanimidade internacional em torno dos nossos recursos individuais e coletivos que foram cruciais perante uma situação de calamidade. Em muitos de nós, a mudança gerou resiliência e acabamos por nos adaptar ao tão falado “novo normal”.

Este protocolo foi desenvolvido por mim e pelas restantes colegas do Hospital e surgiu no âmbito do retorno à atividade assistencial presencial, com cumprimento obrigatório de medidas de higienização e segurança decorrentes da pandemia COVID-19 (Anexo 6). Este consiste na exposição de comportamentos a adotar pelas estagiárias; na descrição do *setting* terapêutico em plena pandemia, tendo como principal objetivo a proteção do utente e respetivo profissional; nas medidas de proteção face ao paciente, realçadas durante contacto telefónico com utente, num período prévio à consulta; e a descrição pormenorizada de medidas de contingências durante a avaliação neuropsicológica. A elaboração do protocolo teve por base as medidas de proteção e segurança apresentadas pela Direção Geral de Saúde e a supervisão da neuropsicóloga do Hospital.

Neste sentido, e enquanto futura Psicóloga ressalto que a pandemia não acabou, apenas tem vindo a transformar-se e é importante que quem ajuda os que sofrem de doença mental ou aqueles que se sentem particularmente vulneráveis nesta nova realidade, procure adaptar-se à mudança que fomos obrigados a fazer e manter doravante os comportamentos de proteção que ainda serão necessários. Portugal tem sido um exemplo no combate à COVID-19, fruto da conjectura, da Saúde Pública, mas sobretudo da ação dos Médicos, dos Enfermeiros, dos Psicólogos e de todos os profissionais de saúde.

3.5.3. Consultas de Intervenção em Crise

No que diz respeito à intervenção neste contexto, esta baseia-se no princípio de crise psicológica, onde podemos considerar que a crise se afigura como resposta a um incidente crítico, em que a homeostasia psicológica está prejudicada (Everly, & Lating, 2019). Na origem destas crises podem estar eventos como a perda de um ente querido, acidentes de viação, diagnósticos de doenças com prognóstico reservado, lesões graves, catástrofes ou crenças enraizadas (Everly, & Lating, 2019). Reiteradamente, os indivíduos que presenciam o evento sofrem uma cessação na perpetuação de um sentido de propósito na vida e respetivo vínculo, podendo experienciar sintomas como hipervigilância, alterações no ritmo circadiano, pensamentos intrusivos do evento e perda de interesse nas atividades de vida diária (Flannery, 1994). Perante estas situações e na ausência de intervenção psicológica, os efeitos podem ser devastadores (Brooks, Dunn, Amlôt, Greenberg, & Rubin, 2018).

Neste sentido, a intervenção em crise, define-se como a prestação de serviços psicológico de emergência, promovendo a adaptabilidade do funcionamento global do utente, assim como, prevenindo o potencial impacto negativo de trauma psicológico (Everly, & Lating, 2019). Desta forma, o Psicólogo deve estabilizar e repor a homeostasia psicológica, facilitar a compreensão do evento, promover a ventilação emocional e o *coping* adaptativo, focar em resolução de problemas e encorajar a autoconfiança (Ahmad, 2019).

Apesar de todos os medos e inquietudes, durante o estado de emergência e respetivo confinamento social devido à pandemia COVID-19, tive a oportunidade de poder intervir numa população mais vulnerável, desenvolvendo competências profissionais, no âmbito da intervenção em crise e na intervenção psicológica à distância (teleconsulta). Este acompanhamento teve a supervisão da orientadora local e entrega de notas clínicas, para posterior discussão. Neste sentido, a intervenção tinha como objetivo a monitorização do estado mental do utente, a exploração de acontecimentos significativos, a educação para a saúde sobre a necessidade de manter o autocuidado e as medidas de proteção individual, assim como, o distanciamento social e estruturação de rotinas. A resolução de problemas, a escuta ativa, a resposta empática e a promoção da expressão e validação emocional, foram prioritárias neste acompanhamento. Saliento que, sendo a relação interpessoal o instrumento central da Intervenção Psicológica, e pelo que qualquer alteração à mesma poderá ter implicações no processo de intervenção, o utente foi devidamente informado quanto às limitações existente e que poderia recorrer aos serviços psicológicos, nomeadamente, com recurso ao telefone do Hospital ou *e-mail* da orientadora local.

Confesso que, durante as intervenções houve um misto de emoções, que levaram a um crescimento pessoal e uma adaptabilidade acrescida às condições atuais, tendo sido também infetada pelo vírus, durante o período de apoio aos utentes. Neste sentido, houve um predomínio do medo de contagiar os meus familiares e um culminar de incertezas face à situação clínica em que me encontrava e ao prognóstico da mesma, que conseqüentemente, se tornou numa mais valia na compreensão dos receios e medos expressos pelos pacientes, assim como, medidas a adotar perante sintomas de COVID-19 e respetivas estratégias de *coping*. Em contrapartida, a intervenção numa temática vivenciada na primeira pessoa, levou a um confronto de medos e a reviver processos dolorosos. Assim, tempos de crise são tempos de sofrimento e dor, mas também de transformação e conversão, e no meu pensamento para além do debate sobre as medidas necessárias ao combate da COVID-19 gostaria de partilhar os meus sentimentos de impotência, uma vez que, numa situação de grande fragilidade, onde é visível o rastro de vítimas, de medo e de paralisação social, que esta ameaça invisível e traiçoeira nos impõe, percebemo-nos de como verdadeiramente somos vulneráveis. Contudo, o retorno de expressões como *“Obrigada Dra., estou sozinha em casa desde o início da pandemia e ouvir a sua voz foi o melhor que me aconteceu nas últimas três semanas.”* *sic*, faz emergir um sentimento de realização e propósito, atualmente essenciais na prestação de cuidados.

3.5.3.1. Protocolo de Intervenção em Crise à distância – COVID-19

No seguimento da intervenção em crise, anteriormente abordada, foi desenvolvido um Protocolo de Intervenção Psicológica (Anexo 7) dirigido aos utentes acompanhados durante o estágio curricular, tendo como objetivo a realização de avaliação de rastreio psicológico a todos os utentes (avaliação qualitativa e quantitativa). Este consiste, numa entrevista clínica breve do estado emocional e sintomas físicos, na aplicação do Termómetro do Sofrimento Emocional, utilizando a seguinte questão: *“Tendo em conta este acontecimento, como está a vivenciá-lo emocionalmente? Numa escala de zero a dez, em que 0 é sem sofrimento algum e 10 o máximo de sofrimento, qual o valor que sente neste momento?”* e no envio de material informativo da Ordem dos Psicólogos Portugueses e da Organização Mundial de Saúde (*“Guia de boas práticas para quem tem de se submeter a uma situação de isolamento”*; *“Ajudar as crianças a lidar com o stress durante o surto de COVID-19”*; *“Como lidar com o stress durante o surto de covid-19”*). A realização do mesmo contou com a supervisão da orientadora local.

3.5.4. Consultas Domiciliárias

Em situações de alta hospitalar ou incapacidade de deslocação, o DPSM realiza visitas domiciliárias. Estas consultas têm uma periodicidade semanal, onde se implementou um sistema de rotatividade das diferentes especialidades. Deste modo, a Psiquiatria está sempre presente nas visitas, sendo que, alternadamente, é acompanhada pelo Serviço de Psicologia, Assistente Social e pela equipa de Enfermagem.

Tive a oportunidade de acompanhar a equipa em quatro visitas domiciliárias, no âmbito das Psicoses, dos CP, das Demências e em casos sociais, na qual se verificava a ausência de suporte social e familiar e a ausência de bens alimentares e de higiene, podendo intervir junto dos utentes.

Partilhando um pouco da minha experiência, realço o impacto de uma das visitas domiciliárias, que me marcou indubitavelmente. Tinha iniciado o estágio há duas semanas, não sabia bem o meu papel enquanto estagiária e tudo se resumia a competências teóricas.

A degradação do estado do doente em fase terminal torna-se perceptível para quem o rodeia, bem como para o próprio, quando o seu estado psicoafectivo o permitir. De facto, estava perante uma emergência de CP, com um paciente em fase terminal. Era visível as dificuldades de comunicação, as dificuldades de respiração, os vômitos recorrentes, o aspeto excessivamente emagrecido e a necessidade constante de cuidados. Por momentos fiquei imóvel, sem saber ao certo como poderíamos ajudar alguém nestas condições, apenas observando. Na verdade, a morte é um fenómeno que parece estar presente ao longo da nossa vida, mas que de certa forma a mantemos radicalmente ausente enquanto vivemos. Foi então que percebi, que o objetivo do cuidar seria o de proporcionar qualidade e dignidade nos últimos instantes de vida. Na maioria dos casos, quando o paciente está em Síndrome de Últimos Dias (SUD), pode ter uma durabilidade de dias ou horas, sendo que, se verifica uma maior longevidade em paciente mais jovens ou em pessoas com conflitos internos/externos. Foi o caso deste paciente. Os conflitos familiares estavam muito presentes, questões por resolver, necessidade de perdão e reconciliação e a motivação para a descoberta de um significado.

Nesta intervenção o nosso papel consistiu em promover o processo de facilitação da tomada de decisão, de resolução de problemas, assuntos pendentes e despedidas; potenciar a comunicação doente-família; identificar fatores de *stress* e intervir neste sentido; promover a expressão e elaboração de sentimentos e pensamentos; trabalhar os medos e fobias; promover o sentido e significado da vida; e o alívio do sofrimento psicológico (Martinho, Pilha & Sapeta, 2015). No entanto, para além de todos os termos técnicos anteriormente apresentados,

estávamos presentes e de mãos dadas, proporcionando carinho e conforto. Não sabia, de todo, se a nossa intervenção faria diferença na vida deste ser tão especial. Após dois dias soube do seu falecimento e no centro do meu pensamento estava a garantia do conforto, o apoio psicológico ao doente e à família, que proporcionou uma morte digna. Para morrer com dignidade, o paciente necessita de manter a sua identidade até ao fim, enquanto ser único, e de ser tido em consideração, essencialmente por quem cuida.

3.6. Grupos de Intervenção Terapêutica

Numa fase inicial do estágio, foi proposto a criação de um grupo terapêutico e a respetiva elaboração de um manual terapêutico, com a apresentação de diversas problemáticas. Neste sentido, a terapia em contexto de grupo proporciona o crescimento pessoal e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais, através de um processo experiencial (Rogers, 2002), sendo este uma mais-valia em contexto hospitalar, pela possibilidade de intervir num elevado número de utentes, em simultâneo, e pela variedade de competências interpessoais, cognitivas e comportamentais que podem ser desenvolvidas. Desta forma, o terapeuta oferece um espaço seguro, de modo a promover a expressão e validação emocional dos participantes.

3.6.1. Grupo Psicoeducativo e de Autoajuda no Luto – “*Histórias de uma Vida*”

A perda é encarada como uma das experiências de vida mais dolorosas, comum a todos os indivíduos, sendo considerado um momento de crise, com maior ou menor intensidade (Barreto, Soler & Yi, 2008). Segundo a literatura, o luto de uma pessoa significativa é um processo complexo, multidimensional, que envolve o domínio físico, social e psicológico (Worden, 2009). Por conseguinte, existe uma necessidade por parte do utente em reconstruir o significado da perda, onde a pessoa em luto reaprende a viver no mundo sem o seu ente querido (Gillies, & Neimeyer, 2006).

Neste sentido, o grupo “*Histórias de uma Vida*” tinha como objetivo oferecer informação para a compreensão do processo do luto; promover um espaço para identificação, expressão e aceitação de sentimentos, emoções e pensamentos individuais relacionados com a perda; oferecer estratégias de confronto ativo para lidar com eficácia face a diferentes respostas de luto; proporcionar a oportunidade para o crescimento e desenvolvimento pessoal; possibilitar a adoção de comportamentos que permitem um maior poder sobre a sua vida e bem-estar e celebrar a vida de quem partiu, na vida de quem ficou, recordar e não esquecer.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que o grupo deveria ser composto por pacientes (conjugues, filhos e cuidadores) sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima de doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHS CP. Assim sendo, devido ao elevado número de pacientes foram inicialmente constituídos dois grupos fechados, cada um com 14 elementos, havendo a possibilidade de divisão em três grupos, após a primeira sessão. Estes eram heterogéneos quanto ao sexo, idade (58-68), nível de escolaridade, tempo de perda e o grau de parentesco com a pessoa falecida. Foram planeadas seis sessões mensais, com uma durabilidade de aproximadamente 120 minutos para cada sessão, no entanto, apenas as sessões 0 e 1 foram efetivamente realizadas, devido à pandemia por COVID-19.

De forma a dar suporte às sessões, desenvolvi um manual terapêutico do profissional de saúde (Anexo 8), a apresentação em formato digital (Anexo 9) e a elaboração de panfletos informativos (Anexo 10), sobre questões abordadas durante as sessões. As sessões tinham essencialmente uma vertente psicoeducativa-motivacional e de suporte emocional, assentes no Modelo Cognitivo-Comportamental, apresentando-se seguidamente uma síntese dos conteúdos de cada uma das sessões.

A sessão 0 juntou ambos os grupos e foi realizada uma apresentação do programa e dos conteúdos da intervenção, onde foram referidos os objetivos e a finalidade do programa, para posterior seleção dos participantes.

Na sessão 1, realizou-se a apresentação da terapeuta (Neuza Rocha) e coterapeuta (colegas de estágio) e de todos os participantes (já em constituição de dois grupos), houve a recapitulação das normas e regras de funcionamento e a análise das expectativas e das necessidades do grupo. Posteriormente, foi pedido a cada um dos participantes o preenchimento do Inventário do Luto Complicado (Prigerson et al., 1995; Frade e Rocha, 2010) possibilitando a avaliação da sintomatologia no luto e permitindo a diferenciação entre o Luto Complicado e o Luto Normativo/ Não Complicado e o preenchimento do questionário *Brief Cope* (Ribeiro & Rodrigues, 2004) de modo a avaliar as estratégias de *coping* do indivíduo. Em seguida, houve a exploração do conceito de Luto e respetivos processos inerentes. No final de cada sessão, explorava-se os conteúdos apreendidos durante a intervenção (atividade “Hoje aprendi...”), com anotação em cartolina para posterior análise (Anexo 11) e entrega do folheto informativo. Como trabalho de casa foi sugerido que na sessão seguinte os participantes se fizessem acompanhar de lembranças do ente querido e de modo a conhecer o participante, foi entregue um Questionário Sociodemográfico (Anexo 12), para preenchimento e entrega na sessão 2.

Com a suspensão do estágio curricular, consequente da pandemia COVID-19, as sessões seguintes foram desmarcadas, sendo que, não houve a possibilidade de realizar as mesmas. Deste modo, irei apresentar as sessões que iria concretizar e que foram elaboradas e incluídas no Manual Terapêutico.

A sessão 2 tinha como objetivo a exploração da tarefa um de Worden (2009), de modo a proporcionar sentimentos e emoções desencadeadas pelo processo de luto, através de memórias/lembranças. Deste modo, a sessão teria início na psicoeducação sobre “Aceitar a Realidade da Perda”. De seguida pretendia-se a apresentação da Pessoa Falecida, através das lembranças pedidas na sessão anterior, com exploração das circunstâncias em que ocorreu a perda e reflexão sobre as características do ente querido. Por fim, a intervenção consistia no confronto de memórias que poderiam provocar sentimento dolorosos, com respetiva atividade “Hoje aprendi...” e entrega de folheto informativo.

A sessão 3 centrava-se na exploração da tarefa um e dois de Worden (2009), promovendo a identificação de emoções e respetivas vivências, assim como, sentimentos e emoções desencadeadas pelo processo de luto. Desta forma, iniciava-se a psicoeducação sobre “Processar a Dor do Luto”, valorizando a experiência emocional e individual relacionada com a perda e com o processo de luto (identificação de emoções), com posterior exploração da gestão emocional e estratégias de *coping* para lidar com a perda (utilização da técnica *Role-Play*). Por fim, seriam explorados os conteúdos apreendidos durante a sessão (atividade “Hoje aprendi...”) e entrega do folheto informativo.

Na sessão 4 seria abordada a tarefa três de Worden (2009), promovendo a identificação e avaliação de alterações de rotinas e respetivas dinâmicas familiares, após a morte do ente querido. Tal como nas sessões anteriores, esta iniciar-se-ia pela psicoeducação face à “Adaptação a um Mundo sem a Pessoa Falecida”. Em seguida, sugeria-se aos participantes a reflexão sobre mudanças experienciadas no seu sentido de *self*, identidade e família e exploração de alterações nos papéis e dinâmicas familiares (com recurso a imagens de diferentes famílias (Anexo 10). Por fim, a sessão tinha como objetivo reforçar valores, papéis e relações, que facilitem a capacidade do participante em se orientar e identificar mudanças perspetivadas. Avaliação de conteúdos apreendidos durante a sessão (atividade “Hoje aprendi...”) e entrega do folheto informativo.

No que diz respeito à sessão 5, esta centrava-se na exploração da tarefa quatro de Worden (2009), promovendo a continuidade dos laços com o ente querido, realçando o controlo do enlutado sobre a vida e o seu papel ativo no processo do luto. Desta forma, primeiramente seria realizada a psicoeducação – Reposicionar em Termos Emocionais a Pessoa que Faleceu e

Investir Noutras Relações, enfatizando e realçando o papel de agente ativo na definição do caminho percorrido por cada participante no processo de luto e reconstrução da vida sem o ente querido (renegociação da perda e reconstrução de significado). Para terminar a sessão seriam identificadas as atividades percebidas como prazerosas/relaxantes (passadas, presentes ou futuras) e explorados os conteúdos apreendidos durante a sessão (atividade “Hoje aprendi...”), com respetiva entrega do folheto informativo.

Na última sessão, sessão 6, pretendia-se a realização da implementação de estilos de vida saudáveis; a integração dos ganhos do processo terapêutico/do programa; a partilha/discussão dos objetivos/metapas após o término do grupo e a aplicação das escalas de avaliação, utilizadas no pré teste, de forma a avaliar a eficácia do grupo terapêutico.

Relativamente à eficácia desta intervenção em grupo, não foi possível verificar os resultados obtidos pela mesma, sendo que o processo não foi permitido até conclusão do respetivo estágio curricular. No entanto, na retoma da atividade de estágio, foi sugerido pela orientadora local, que terminasse o acompanhamento destes utentes, de forma individual, através da adaptação do programa de grupo.

3.6.1.1. Intervenção Psicológica no Luto

Na sequência da informação anterior, foi delineada a intervenção individual no Luto (Anexo 13). Assim, foram realizadas quatro sessões, duas presenciais e duas via telefone, agendadas semanalmente com a durabilidade de uma hora, por consulta. A adaptação da intervenção foi elaborada e entregue, previamente, para supervisão da orientadora local.

Embora o contexto de intervenção fosse modificado, houve a aplicação dos instrumentos, com respetiva reflexão sobre os resultados apresentados. Inicialmente, em grupo, os resultados obtidos pela primeira avaliação demonstraram valores clinicamente significativos para luto complicado, assim como, a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas, com prevalência, do desinvestimento comportamental e da negação. A autoculpabilização e a autocrítica, foram também identificadas em alguns elementos do grupo, no entanto, em menor percentagem.

Feita a comparação dos resultados obtidos nas duas avaliações (pré e pós teste), juntamente com a observação comportamental, foi possível verificar que no geral houve uma melhoria da sintomatologia psicoafetiva e comportamental inicialmente apresentadas pelos pacientes, com retoma da funcionalidade nas atividades de vida diárias. Deste modo, a maioria dos participantes obtiveram valores normativos na escala de luto complicado (≥ 25), indicando uma adaptação à perda e à vivência do luto e integração interna da realidade da perda. Quanto

ao questionário *Brief Cope*, verificou-se a adoção de estratégias de *coping* adaptativas, durante o período de confinamento, com ganhos notórios no processo de luto. Desta forma, verifica-se um predomínio da utilização do *coping* ativo, através da motivação e auto distração, o planeamento de comportamentos adaptativos e atividades prazerosas, com impacto significativo na diminuição do sofrimento emocional e, em complemento, a utilização da reinterpretção positiva e respetiva aceitação da perda. Estes resultados são congruentes com o *feedback* positivo legado pelos utentes, assim como, pela observação clínica.

Contudo e refletindo sobre os resultados obtidos, apesar dos benefícios apresentados pela intervenção, saliento, que na minha opinião, os pacientes ao qual foi dada alta, deveriam ser monitorizados após a finalização do processo, uma vez que, o facto de terem alguém que os ouvisse todas as semanas, durante o último mês, pode ter contribuído para a diminuição da sintomatologia. Porém num contexto de pandemia, o abraço e a proximidade física dos familiares e amigos não podem existir, potenciando maior solidão e vulnerabilidade, que podem traduzir-se numa recaída. Na minha perspetiva, cabe aos profissionais de saúde, o desafio de viabilizar a manutenção da saúde mental dos pacientes ao criar estratégias por meio de chamadas de vídeo ou áudio, numa situação de vulnerabilidade e insegurança mundial, sendo que, a sensação de vazio descrita nos processos de luto, assim como, a sintomatologia conhecida sobre o tema, ganha ainda mais intensidade em contexto de isolamento social, e viver uma crise (a pandemia) dentro de outra crise (a perda) pode acentuar a ansiedade e o risco de depressão. Assim, as necessidades são múltiplas e, neste cenário de crise pandémica, extrapolam a dimensão psicológica. Contudo, se for possível sintetizar uma mensagem, e fazermo-nos sentir presentes, eu diria que podemos ajudar no cuidado desta população.

3.6.2. Grupo Psicoeducativo na Depressão – “Vamos sair da Depressão?”

Ainda dentro da intervenção em grupo, foi-me dada a possibilidade de participar como coterapeuta num outro grupo de intervenção destinado a pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva persistente (distimia) ou perturbação depressiva *major*.

Este grupo de intervenção assumiu uma valência psicoeducativa e preventiva, permitindo o conhecimento sobre as perturbações depressivas e ansiosas, tendo em conta, os sinais, sintomas, fatores protetores e fatores precipitantes. Neste sentido, tinha como objetivo promover a aceitação e compreensão da doença; criar uma relação de suporte e apoio emocional que suscite a relação terapêutica, de modo, a promover a motivação do utente, durante o processo terapêutico; fornecer estratégias de *coping* adaptativas, na gestão do humor, dos níveis de *stress*, dos comportamentos e cognições, de forma a reduzir a sintomatologia e a prevenção

de recaídas; intervir nas distorções, crenças e pensamentos automáticos; promover o autoconceito e autoeficácia, a expressão e aceitação emocional, a resolução de problemas e adoção de estilos e hábitos de vida saudáveis, facilitando o processo de mudança.

Assim, o grupo fechado e heterogêneo, seria constituído por 8 a 10 participantes. Foram planeadas 8 sessões de uma hora, com periodicidade quinzenal. No entanto, à semelhança do que já foi referido anteriormente, devido à pandemia por COVID-19, apenas foram realizadas duas sessões, não sendo possível a finalização do programa terapêutico. Em todas as sessões seria entregue um folheto informativo, aos participantes, com um breve resumo de cada sessão.

Enquanto coterapeuta, a minha função prendia-se com a monitorização, supervisão e suporte nas atividades realizadas pelos participantes, podendo intervir sempre que fosse pertinente. As sessões presenciadas tornaram-se particularmente importantes no meu percurso, adotando um papel de descoberta de uma temática que me apraz, promovendo a reflexão sobre as características e as necessidades da população, perante um quadro tão prevalente, na sociedade atual.

3.6.3. Grupo de Estimulação Neurocognitiva

Paralelamente aos grupos anteriores, houve a possibilidade de participar como coterapeuta num outro grupo de estimulação cognitiva, destinado a pacientes com défice cognitivo ligeiro. O grupo fechado e heterogêneo, seria constituído por 8 participantes, num total de 10 sessões de uma hora e trinta minutos, com periodicidade quinzenal. Devido à situação atual de pandemia, a atividade de grupo que se iniciaria no mês de março, foi suspensa, por tempo indeterminado, não sendo possível a realização do programa terapêutico.

Neste sentido, o grupo tinha como objetivo promover a compreensão dos mecanismos envolventes no envelhecimento cognitivo; promover o autoconhecimento, tendo em conta as habilidades e os pontos fracos dos participantes; desenvolver relações interpessoais; adquirir estratégias de compensação; promover a autonomia e independência nas diferentes atividades de vida diária, tendo em conta o contexto sociofamiliar; capacitar a compreensão, reabilitação e estimulação dos diferentes domínios cognitivos; proporcionar a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; e orientar o participante, tendo em conta as perspetivas futuras e o quadro clínico do mesmo.

Tal como no grupo anterior, enquanto coterapeuta, a minha função prendia-se com a monitorização, supervisão e suporte nas atividades realizadas pelos participantes, podendo intervir sempre que fosse pertinente. Saliento que, a participação neste grupo teria sido

fundamental para aquisição de competências basilares e indispensáveis no meu percurso enquanto estagiária de Psicologia.

3.7. Elaboração de Planos de Intervenção Psicológica

Com a implementação de medidas de contingência, e posteriormente, a declaração do Estado de Emergência, decorrente da evolução da pandemia provocada pelo SARS-COV-2, houve um conjunto de contenções sociais, o que implicou situações de retenção domiciliária, de modo a evitar o risco de contágio. Neste sentido, o Conselho de Administração do IUCS suspendeu as atividades letivas nos seus estabelecimentos de ensino superior e locais de estágio, no sentido de proteger os alunos que se encontram temporariamente impedidos de frequentar as atividades previstas nos respetivos projetos de investigação e de estágio.

Deste modo, uma das atividades propostas pela orientadora local, durante este período de instabilidade, consistiu na elaboração de planos de intervenções, com base em notas clínicas prévias, das diferentes áreas em que o utente estava a ser acompanhado. Num contexto de imprevisibilidade, como o atual, este parâmetro constitui uma oportunidade de manifestar um papel de participação ativa na criação de atividades, planeamento contínuo e de observação atenta às oportunidades de crescimento profissional, contribuindo para o desenvolvimento de competências de flexibilidade, resiliência e adaptabilidade ao meio.

Neste sentido, a elaboração do presente plano de intervenção (Anexo 14), teve por base a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na perturbação depressiva, partindo dos princípios que, a forma como o utente percebe o ambiente influencia as suas respostas emocionais e comportamentais, sendo capaz de integrar os conteúdos de forma a processar os seus pensamentos, permitindo o aumento da funcionalidade e comportamentos adaptativos, de forma intencional, alterando as suas respostas cognitivo-comportamentais (Beck & Dozois, 2011). Assim, pretende-se que o paciente explore, examine e teste os seus próprios pensamentos/esquemas com a ajuda do Psicólogo, de modo a analisar objetivamente a sua consistência e, conseqüentemente, estar capacitado para ser um agente ativo no processo terapêutico (Beck & Dozois, 2011).

Deste modo, as sessões iniciais têm como objetivo a diminuição da sintomatologia. Para este efeito, o processo inicia-se pela definição/delineamento das questões problemáticas, priorizando as mesmas de acordo com o potencial de mudança e a importância na vida do doente. A apresentação da psicopatologia e a compreensão dos respetivos processos inerentes, são componentes desta etapa, assim como, oferecer estratégias cognitivas no alívio sintomático (Beck & Dozois, 2011; Barlow, 2008). Posteriormente, numa segunda fase, a intervenção incide

nos conteúdos e padrões de pensamento do paciente (Beck & Dozois, 2011; Barlow, 2008), mediante a exploração de pensamentos específicos acerca da situação problema e respetivos esquemas cognitivos (desadaptativos). Nesta etapa, o paciente assume uma responsabilidade crescente na identificação dos problemas, proposta de soluções e implementação de trabalhos de casa.

A TCC não só revela alteração sintomática, como apresenta modificação da atividade das estruturas cerebrais associadas à perturbação depressiva (Goldapple et al., 2004), uma vez que, ao intervir na atenção e na memória, nos vieses afetivos e no processamento de informação, repõe a atividade normal do córtex pré-frontal (hipoativo na depressão), levando a uma diminuição da atividade da amígdala (hiperativa na depressão), ambos envolvidos na sintomatologia referida (DeRubeis, Siegle & Hollon, 2008). De facto, a aplicação da TCC na depressão apresenta uma base sustentada no âmbito da evidência científica.

3.8. Formações Realizadas

No dia 20 de janeiro de 2020, realizei uma apresentação, na sequência do trabalho e pesquisa desenvolvida no âmbito dos CP, intitulada de “O Papel do Psicólogo no Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos Oncológicos” na reunião de Serviço do DPSM. Inicialmente foi complexo definir um tema que fosse relevante para o serviço, reforçando conhecimentos e práticas a desenvolver no âmbito da Psicologia e da Psiquiatria, sendo que, optei por um tema que me suscita bastante interesse e o qual, na minha opinião, não é devidamente explorado.

Deste modo, a apresentação (Anexo 15), teve como objetivo explorar as áreas de atuação do Psicólogo nos CP, tendo em conta as necessidades dos doentes e respetivos familiares/cuidadores, no domicílio. Nesta ação formativa, foi também abordado o modelo de integração dos CP, salientando a intervenção desde o diagnóstico e percurso evolutivo da doença, até ao fim de vida e conseqüentemente, no luto. Foi abordado com maior destaque os objetivos e as técnicas utilizadas pelo Psicólogo neste contexto, na intervenção ao doente e, paralelamente, aos familiares e cuidadores.

A vulnerabilidade humana foi também explorada na formação, uma vez que, o profissional de saúde mental trabalha em constante proximidade com o sofrimento, com o morrer e com a morte, o que pode repercutir em sofrimento acrescido e, como tal, o aumento da probabilidade de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Neste sentido foram apresentados fatores protetores, que promovem a adaptabilidade e o sentimento de realização, perante uma temática que põe à prova todos os nossos recursos internos e externos.

A formação realizada pretendia ser uma paragem nas inúmeras solicitações de consultas externas/internamento para que, em conjunto, numa visão multidisciplinar, pudéssemos refletir sobre o tema, sobre o que podemos fazer para melhorar a nossa prática e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida de quem lida com a morte demasiado perto.

3.9. Formações Recebidas

Para além da concretização das atividades exigidas pelo estágio, surgiu a oportunidade de participar em várias formações, que seguiram uma multiplicidade de problemáticas relacionadas, não só com a saúde mental, mas também com o contexto hospitalar, que proporcionaram um maior enriquecimento do mesmo.

Neste sentido, foi facultada a oportunidade de participar nas seguintes formações: “Cuidados Paliativos em Doenças não Oncológicas”; “Ansiedade e Síndrome Pós-Stress Traumático”; “Depressão e Comportamentos Suicidários”; e, “Psicopatologia na Infância e na Adolescência”. Foi possível, também, participar na 3ª Reunião Interdisciplinar “Família e Eu ... Eu e a Relação” e nos seguintes cursos: Plano de Emergência; Observadores de higiene das mãos – Abordagem para enfermeiros e técnicos; Combate à Resistência Antimicrobiana – Abordagem para Enfermeiros, TSS e TSDT; Proteção da inflamação de Saúde – Noções Gerais do RGPD; e, Noções Gerais do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Estas oportunidades de aprendizagem revelaram-se essenciais permitindo a aquisição e o aprimoramento dos conhecimentos, incentivando a um processo contínuo de procura de informação atualizada, quer prática, quer científica; à proatividade na procura de conhecimento em diversas áreas para afunilar temáticas de interesse; e à gestão e organização de tempo face aos inúmeros estímulos experienciados ao longo deste percurso. O contacto com profissionais de diferentes áreas e a observação de discussões críticas sobre as variadíssimas problemáticas, constituiu-se uma mais valia, assegurando a formação complementar e o enriquecimento curricular.

3.10. Atividade de Investigação: “*Ser Cuidador em Tempos de Pandemia*”

A presente investigação surgiu na sequência da atual pandemia provocada pela COVID-19. Para quem cuida, este período de confinamento e isolamento social trouxe vários desafios, pondo à prova recursos internos e externos, perante a alteração de padrões de relacionamento, apoio e cuidados.

O tema surgiu em discussão com o grupo de supervisão de estágio, no seguimento das dificuldades que os nossos utentes e respetivos familiares cuidadores estavam a enfrentar, no

momento em que o país se encontrava em confinamento e todas as atividades assistenciais foram suspensas. Deste modo, perante os cuidadores de pacientes em fim de vida, cuidadores de utentes com demências e perante cuidadores de crianças com diferentes diagnósticos de perturbações psicológicas, apercebemo-nos que, de facto, muitos dos seus recursos não estavam disponíveis e os níveis de sofrimento físico e psicológico poderiam começar a denotar-se.

Neste sentido, deliberámos desenvolver uma investigação intitulada de “*Ser Cuidador em Tempos de Pandemia*”, com o objetivo de compreender as necessidades e dificuldades dos cuidadores, tendo em consideração o momento em que vivemos. Perante este conhecimento, pretendia-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção que minimizem o seu impacto, na iminência de novos períodos de confinamento.

O projeto contou com a colaboração das estagiárias do Hospital e de uma Instituição do Norte do País, da supervisora de estágio Professora Doutora Manuela Leite (IUCS) e, contou com a colaboração de uma outra docente da instituição. Para a sua implementação foram realizadas várias reuniões para o desenvolvimento do questionário específico sobre a temática; desenvolvimento do mesmo em plataforma; submissão e aprovação pela Ordem dos Psicólogos Portugueses; recolha de dados mediante o contacto através de redes sociais e envio de *e-mail* a instituições específicas, como o Instituto de Desenvolvimento, o Café Memória e a Associação Nacional de Cuidadores Informais; e por fim, a análise dos dados, onde se verificou uma reduzida adesão e resultados pouco significativos. Não será possível a publicação da investigação em revistas científicas com *peer-review*, mas é expectável a realização de um poster com os dados da mesma.

Apesar dos resultados, é crucial construir um conhecimento sobre a Saúde Psicológica e os comportamentos da população, expondo as consequências da atual crise pandémica ao nível da saúde física e psicológica e oferecendo esforços no sentido de alterar e manter novos comportamentos, necessários à contenção da propagação do vírus e, similarmente, à gestão individual, organizacional e social. Não esquecendo que, o conhecimento científico e profissional permite que, perante futuras crises, haja um conhecimento de informação e evidência que possibilitem a preparação de práticas mais eficazes.

4. Estudo de Caso: Paciente M.

4.1. Dados de Identificação

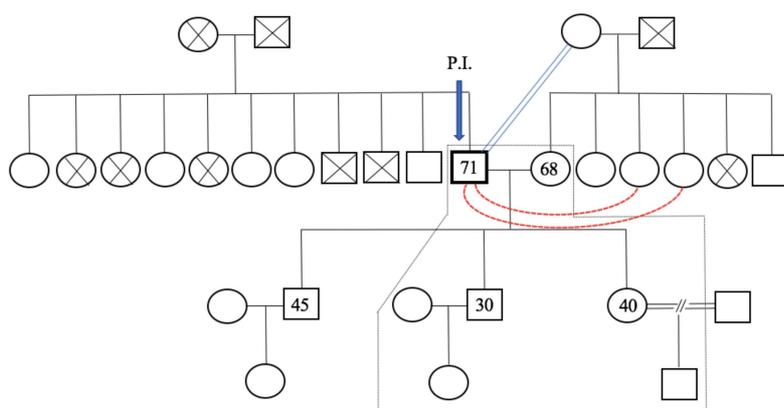
Homem de 71 anos, casado, pertence a uma fratria de 11 irmãos, reside com a esposa I. de 68 Anos (reformada, trabalhava em confeção, tem o 4º ano de escolaridade), dois filhos (de uma fratria de 3 filhos), uma nora e dois netos. É católico e atualmente está reformado,

desempenhava a profissão de serralheiro, desde os 13 anos de idade. Estudou até ao 4º ano de escolaridade, sem reprovações.

4.2. Motivo de Encaminhamento

M. foi encaminhado pela Consulta Externa de Psicologia do DPSM, para avaliação e reabilitação neuropsicológica, devido a alterações cognitivas, com impacto nas rotinas e funcionamento global.

4.3. Genograma



Legenda:

○	Mulher	—	Casal Junto
□	Homem	= =	Casal Divorciado
⊗	Morte do Sexo Feminino	==	Relações Próximas
⊗	Morte do Sexo Masculino	- - -	Relações Conflituosas
.....	Coabitação	P. I.	Paciente Identificado

4.4. Fontes de Informação

Utilizaram-se duas fontes para a recolha da história clínica, a entrevista com o M. e a Esposa I., e a consulta do processo clínico.

4.5. História Clínica

M. deu entrada no Hospital em 2018, encaminhado pelo médico de família, devido a um aumento do volume da próstata, com sintomas de obstrução do colo vesical, como, poliúria¹,

¹ Micção frequente.

urgência miccional², e noctúria³ esvaziamento incompleto e retenção urinária. No entanto, não apresentava diminuição da força e do tamanho do jato urinário ou disúria⁴.

Esta multitude de sintomas que costumam ser progressivos, são coletivamente conhecidos como sintomas do trato urinário inferior. Após estudo orgânico, histologicamente observava-se um envolvimento extenso de todos os fragmentos da próstata (>80%) por processo neoplásico epitelial maligno, com características de adenocarcinoma de grau 8 combinado de Gleason⁵ (4+4)⁶, assim como, a presença associada de imagens de invasão neoplásica peri-neural, sem lesões à distância. Desta forma, o paciente foi inscrito para prostatectomia radical⁷, com linfadenectomia⁸. No entanto, dada a patologia cardíaca foi submetido a uma Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP), considerado um procedimento minimamente invasivo, através da uretra, com o objetivo de remover a parte da próstata que causa os sintomas. Para além da intervenção cirúrgica realizou radioterapia, com hormonoterapia.

M. refere que as complicações cirúrgicas: “Após RTUP fecharam-me a uretra e eu não consegui urinar, tive de ser novamente submetido a vários procedimentos” sic, tiveram um impacto significativo a nível cognitivo e de humor (mais deprimido e ansioso).

Segundo informações clínicas, como antecedentes médicos o paciente foi diagnosticado com *Diabetes mellitus* Não Insulino-Dependente e Insuficiência Cardíaca Congénita (ICC), o que levou a uma intervenção cirúrgica para colocação do *bypass* cardíaco (após diagnóstico de doença oncológica). Foi ainda submetido a uma apendicectomia e remoção de uma hérnia inguinal direita. Apresenta hipoacusia, hipertensão e hipercolesterolemia.

Apesar dos problemas cardíacos, M. nunca perdeu a consciência ou foi submetido a reanimações, no entanto, refere que já teve cem princípios de enfarte.

Em 2019, foi sinalizado para a Consulta Externa de Psicologia Oncológica pelo serviço de Urologia, por humor deprimido após diagnóstico de cancro na próstata, durante tratamento de radioterapia. Devido a queixas de insónia com impacto na qualidade de vida socio relacional e bem-estar do paciente, foi pedida a colaboração da Psiquiatria, referindo agravamento da sintomatologia depressiva durante o período de espera para tratamento oncológico, salientando o facto de ter andado de algália durante três meses.

² Ocorrem devido ao esvaziamento vesical incompleto e reenchimento rápido da bexiga.

³ Necessidade de urinar durante a noite.

⁴ Micção dolorosa ou desconfortável, sensação aguda de ardor.

⁵ Cancros com pontuações de Gleason de 8 a 10 são considerados de risco elevado, com prognóstico menos favorável e maior taxa de recidiva bioquímica.

⁶ Com maior probabilidade de crescer e se disseminar rapidamente.

⁷ Procedimento de retirada de toda a próstata e tecidos em volta da mesma.

⁸ Remoção ganglionar.

Perante o aparecimento e agravamento de queixas mnésicas, queixas de cefaleias, oscilações de humor, dificuldade de concentração e falta de coordenação, foi realizado um despiste neurológico. O estudo orgânico (TAC Cerebral) revelou que não se registavam alterações significativas da densidade do parênquima⁹ encefálico, sugestivas de lesão vascular. Foram observáveis calcificações nas paredes dos sinos carotídeos¹⁰, sendo que, não se evidenciavam lesões por traumatismo cranioencefálico, intra ou extra parênquima, sem lesões neoformentais, supra ou infratentorial¹¹ ou aspetos malformativos, sendo a charneira nervosa occipitovertebral normal. Verificou-se um alargamento difuso dos sulcos da convexidade cerebral e cerebelosa¹², bem como do sistema ventricular por atrofia cortico subcortical¹³. As imagens dos seios perinasais e do rochedo não revelaram alterações significativas da sua transparência, referindo-se apenas ligeiro espessamento da mucosa nos seios maxilares.

Desta forma, o estudo orgânico encontra-se aparentemente normativo, iniciando-se a terapêutica farmacológica: Memantina¹⁴. Neste sentido, foi solicitada a avaliação neuropsicológica. A par do acompanhamento de Neuropsicologia da Unidade de Psicologia e Saúde mental, o paciente encontra-se a ser acompanhado pela consulta de Urologia e pela Psiquiatria/Oncologia.

Atualmente, realiza como terapêutica farmacológica habitual o Trinomia (Ácido acetilsalicílico + Atorvastatina + Ramipril)¹⁵, Insulina¹⁶ + Metformina¹⁷ e o Zomarist (Metformina + Vildagliptina)¹⁸. Realiza ainda o Ramipril e o Nebivolol¹⁹, Acido

⁹ Tecido em volta do encéfalo, responsável pelas funções cerebrais.

¹⁰ Acúmulo de gordura/colesterol na parede das artérias, que com o passar do tempo é substituída por cálcio.

¹¹ Na parte superior ou inferior da tampa do cerebelo.

¹² Com o avançar da idade, ocorre atrofia do encéfalo, com alargamento dos sulcos e estreitamento dos giros. No entanto, o desempenho cognitivo não está diretamente associado a atrofia encefálica, mas sobretudo à duração encurtada das fases de sono profundo.

¹³ A atrofia cortico-subcortical caracteriza-se pela atrofia na maior parte do córtex cerebral, cerebelo, corpo estriado e tálamo.

¹⁴ Fármaco utilizado no tratamento antidemêncial.

¹⁵ Indicado para a prevenção secundária de acidentes cardiovasculares.

¹⁶ Para o tratamento da *Diabetes mellitus* em adultos, adolescentes e crianças de idade igual ou superior a 2 anos de idade.

¹⁷ Indicado no tratamento da *Diabetes mellitus* tipo 2, especialmente em doentes com excesso de peso, nos quais um tratamento à base de dieta e exercício físico não seja capaz, por si só, de proporcionar um controlo glicémico adequado. Este fármaco pode ser utilizado como terapêutica única ou em associação com outros anti-diabéticos orais, ou com insulina.

¹⁸ Utilizado no tratamento da *Diabetes mellitus* tipo 2, em doentes que não conseguem atingir um controlo suficiente da doença.

¹⁹ Indicados no tratamento da hipertensão e prevenção cardiovascular: redução da morbilidade e mortalidade cardiovasculares.

Acetilsalicílico²⁰, Atorvastatina²¹ e o Transulosina²². Perante as queixas apresentadas, foi acrescentado a Sertralina²³.

No entanto, mantém-se as queixas cognitivas e segundo a esposa, verifica-se um isolamento social desde a reforma, que se vai agravando (questão presente antes do isolamento obrigatório, devido à atual pandemia por COVID-19). Nega tendência para o isolamento. São também salientados períodos de ansiedade marcada, com preocupações hipocondríacas.

Segundo informação recolhida com a esposa, existem alterações do comportamento pré-mórbido, tornando-se mais impulsivo e agressivo, o que resulta em dificuldades na dinâmica familiar. Apresenta *insight* face à sua condição, no entanto, verifica-se uma negação quando as queixas são apresentadas pela esposa, referindo “*Ela está a exagerar, mas eu deixo para lá, que isto só me deixa nervoso e piora a minha situação.*” *sic*. Consequentemente as alterações supra descritas acabam por interferir ligeiramente com a sua autonomia diária.

4.6. História Pessoal

M. refere que nasceu de parto normal, sendo uma gravidez não vigiada, salientado que “*Na altura vinha uma enfermeira a casa quando alguém se sentia mal, caso contrário não se ia ao médico e os partos eram realizados em casa.*” *sic*. Durante a primeira infância teve um desenvolvimento normal. Concluiu o 4º ano de escolaridade, sem nenhuma reprovação. Aos 13 anos de idade começou a exercer a profissão de Serralheiro, a qual se manteve até à idade da reforma. Foi reformado devido à idade, no entanto, as questões relacionadas com a *Diabetes mellitus* Tipo 2, contribuíram também para esta tomada de decisão “*Eu trabalhava como serralheiro e com o aparecimento da diabetes, como ainda não estava totalmente controlada, tinha várias alturas em que sentia tonturas, tinha muito medo de estar a trabalhar com as máquinas e magoar-me a mim ou aos meus colegas.*” *sic*.

O paciente pertence a uma fratria de onze irmãos, quatro do sexo masculino e sete do sexo feminino, sendo que, cinco já faleceram. M. salienta que, sempre tiveram uma boa dinâmica familiar, eram muito unidos e cuidavam uns dos outros. A figura paterna faleceu aos 70 anos, quando M. tinha apenas 13 anos de idade, no entanto, não sabe o motivo da morte. A figura materna era mais nova que o pai 22 anos, sendo empregada doméstica do mesmo e faleceu aos 87 anos, sem patologias associadas à causa de morte.

²⁰ Utiliza-se em situações onde é necessário prevenir a ocorrência de fenómenos tromboembólicos.

²¹ Utilizado na diminuição dos níveis de colesterol no sangue.

²² Indicado no tratamento dos sintomas do trato urinário inferior, associados a hiperplasia benigna da próstata.

²³ Indicado no tratamento de sintomas depressivos.

Aos 20 anos conheceu a esposa, uma vez que, I. habitava-a ao lado da tia de M. e durante um jantar foram apresentados. Estiveram juntos 4 anos e só depois casaram (casados há 47 anos). M. refere que foi a sua primeira e a única namorada e que foi com ela que teve a sua primeira relação sexual. Fruto deste amor, nasceram três filhos, dois do sexo masculino e uma do sexo feminino. Atualmente, M. tem três netos.

Ainda enquanto serralheiro dedicava os seus tempos livres à arte e à leitura (atualmente, o paciente refere dificuldades nestes domínios). No entanto, após a reforma, estas atividades também foram interrompidas, dedicando o seu tempo ao cuidado de vegetações e de animais, o que se repercutiu no isolamento social já referido. Nos últimos dois meses, M. teve três quedas, as quais ocultou da esposa, sendo que, esta só teve conhecimento após verificar hematomas em diferentes partes do corpo. M. refere que não sabe o motivo das quedas, mas que *“devo ter ficado preso em qualquer coisa” sic*. No entanto, a esposa salienta que o motivo destas quedas foi o elevado esforço do paciente em horas de calor intenso, o qual nega que esse seja o motivo.

O tempo passado na habitação é ocupado com a mudança de objetos, sendo que a esposa refere *“Ele passa a vida a mudar os objetos de lugar e mexe nos comprimidos, a ver se as caixas estão vazias e é preciso comprar mais, se já os tomou, o problema é que faz isto todos os dias, várias vezes ao dia.” sic*.

Tem uma relação próxima com a sogra, a qual se encontra diagnosticada com Doença de Alzheimer, uma vez que, a esposa é a cuidadora principal da figura materna. Como já vivenciou este processo e declínio cognitivo e motor, perante este diagnóstico e analisando a sua situação clínica, M. refere elevados níveis de ansiedade e predomínio do medo, de estar também a vivenciar um processo de demência. Esposa menciona *“Eu já sei o que isto é, a minha mãe foi igual e eu já lhe disse a ele. Ele tem é de conversar mais e não se isolar, se não cada vez é pior.” sic*. Perante estas palavras, observava-se uma negação por parte do paciente.

M. perante todas as queixas apresentadas, refere que na presença de conflitos familiares, verifica um agravamento dos sintomas. Durante o confinamento devido à COVID-19, o paciente experienciou diversos conflitos com irmãs da esposa e que estes, promoveram as oscilações de humor (com elevados níveis de irritabilidade) e agitabilidade, o que se repercutiu em alterações da dinâmica familiar e que juntamente com os medos e receios face à pandemia, houve um declínio significativo a nível cognitivo e motor do paciente (desequilíbrio e descoordenação entre a postura e o movimento da marcha). Segundo a esposa na base destes conflitos estão questões económicas, sendo que, na sua opinião esse é o motivo da inquietação do paciente *“Ele só pensa no dinheiro, cada vez mais só fala em dinheiro e é por isso que discutimos.” sic*.

M. refere dificuldades de condução em percursos pouco habituais e mais distantes da sua residência, sendo que a esposa menciona “*Eu já começo a ter medo de andar com ele de carro e quando ele vai sozinho eu fico preocupada, porque ele parece que anda distraído e não está atento aos sinais.*”sic, expressão esta também negada pelo paciente, apesar de mencionar dificuldades anteriormente.

Após proposta de acompanhamento neuropsicológico, M. apresenta-se motivado, com potencial de mudança, perante rotina pouco ativa e estruturada.

Reconhece bom suporte familiar.

4.7. História Familiar

No que diz respeito a doenças psiquiátricas ou psicológicas na família, M. refere que a mãe foi diagnosticada com Défice Cognitivo Ligeiro, por volta dos 80 anos de idade.

Quanto a doenças crónicas, refere que a *Diabetes mellitus* Tipo 2 e a ICC estão presentes na família há várias gerações, sendo estas hereditárias. Dos cinco irmãos falecidos, M. menciona que um dos irmãos faleceu devido à *Diabetes mellitus* Tipo 2, três devido à ICC e a restante, faleceu devido a cancro na mama.

4.8. Estado Mental e Avaliação do Comportamento

Durante a avaliação neuropsicológica M. compareceu sempre com um aspeto revelador de bom cuidado geral, comportamento adequado e cooperante, de postura reservada. Manteve contacto ocular, consciente, sem aparente comprometimento ou alteração senso perceptiva e de conteúdo. Estavam patentes dificuldades na orientação espacial e temporal, com discurso lógico e organizado, no entanto, circunstancial. Apresentava diferenciação psicológica, com *insight* e humor eufímico.

4.9. Instrumentos Aplicados

Para além da anamnese focalizada na história do problema, tendo em conta, os sintomas, a evolução dos mesmos e os fatores precipitantes e predisponentes, foi realizada a recolha de dados biopsicossociais relevantes (dados sociodemográficos, desenvolvimentais e familiares), a avaliação da autonomia e funcionalidade perante as diversas tarefas da vida diária e a aplicação dos seguintes instrumentos, tendo em conta, a história clínica:

- *Escala de Memória de Wechsler - WMS-III*:
 - Tem como objetivo diferentes dimensões da memória (Wechsler, 1997).
- *Montreal Cognitive Assessment – MoCA*:

- Contempla tarefas de memória de curto prazo, habilidades visuoespaciais, múltiplos aspetos das funções executivas, atenção e concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação espaciotemporal (Nasreddine et al., 2005; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011).
- *Addenbrooke's Cognitive Examination - ACE III*:
 - Avalia diferentes dimensões cognitivas, como a atenção, a memória, a fluência verbal, a linguagem e o domínio visuoespacial (Hsieh et al., 2015; Machado, Baeta, Pimentel, & Peixoto, 2015).
- *Ineco Frontal Screening – IFS*:
 - Avalia a disfunção executiva em condições neurodegenerativas, no que se refere ao funcionamento do lobo frontal, a área cerebral que se encarrega pela tomada de decisões, planificação, interação social e memória de trabalho (Lezak, 1995).
- *Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD*:
 - Avalia tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008).
- *Escala Depressão Geriátrica – GDS*:
 - Objetiviza a representação do número total de sintomas depressivos (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009).

4.10. Resultados

Escala de Memória de Wechsler - WMS-III:

	Índices	Percentis	SITUAÇÃO DO PACIENTE
Índice Auditivo Imediato	103	58	M. encontra-se dentro dos valores médios, sendo que, 58% dos indivíduos na mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo do mesmo.
Índice Visual Imediato	88	21	M. encontra-se dentro dos valores médios (médio inferior), sendo que, 21% dos indivíduos da mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo mesmo.
Índice Memória Imediata	96	39	M. encontra-se dentro dos valores médios, sendo que, 39% dos indivíduos na mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo mesmo.
Índice Auditivo Diferido	99	47	M. encontra-se dentro dos valores médios, sendo que, 47% dos indivíduos na mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo mesmo.
Índice Visual Diferido	72	3	M. encontra-se entre -1DP a -2DP abaixo da média (Inferior), sendo que, 3% dos indivíduos na mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo mesmo.

Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia			
Índice Recordação Auditiva Diferida	61	0.5	M. situa-se entre -2DP e -3DP abaixo dos valores médios (muito inferior), sendo que, apenas 0.5% dos indivíduos na mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo mesmo.
Índice Memória Geral	75	5	M. situa-se entre -1DP e -2DP abaixo dos valores médios (inferior), sendo que, 5% dos indivíduos na mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo mesmo.
Índice Memória Trabalho	77	6	M. situa-se entre -1DP e -2DP abaixo dos valores médios (inferior), sendo que, 6% dos indivíduos na mesma faixa etária, situam-se neste índice ou abaixo mesmo.

Tabela 1. Resultados obtidos na Escala de Memória de Wechsler – WMS-III.

Perante os resultados obtidos na WMS-II (Tabela 1) e tendo em conta que M. não apresenta história prévia de problemas neurológicos, verifica-se uma diferença entre o Índice de Memória Imediata – Índice Memória Geral de +21 pontos, para análise das diferenças globais. Esta diferença é estatisticamente significativa a 0.05, a qual significa que uma discrepância desta dimensão ocorre em menos de 1% da amostra normativa. Deste modo, sendo estatisticamente significativa e altamente infrequente na população em geral, pode colocar-se a hipótese de deterioração ao nível da memorização de informação nova apreendida, após intervalos, durante os quais sucedem-se outras tarefas cognitivas.

Salienta-se que, o Índice de Memória Geral, encontra-se muito inferior à média devido ao Reconhecimento Auditivo Diferido. Comparado com indivíduos da mesma faixa etária, o paciente apresenta um funcionamento de nível muito inferior na medida padronizada do Reconhecimento Auditivo Diferido, o que sugere dificuldades de aprendizagem verbal/memória verbal. É também possível verificar que, comparando o Índice Auditivo Imediato - Índice Auditivo Diferido, apesar de não se tratar de uma diferença estatisticamente significativa e sendo frequente em 63.4% da amostra normativa, os resultados revelam uma pontuação muito inferior no Índice Auditivo Diferido, comparativamente ao Índice Auditivo Imediato, este valor indica um elevado grau de esquecimento, o que inclui o procedimento de evocação.

Para a análise das diferenças entre as modalidades específicas de memória, fez-se a comparação entre o Índice Visual Imediato – Índice Visual Diferido, com uma diferença de pontuação de +16 pontos. Esta diferença é estatisticamente significativa a 0.15, o que significa que esta discrepância ocorre em 10.5% da população normativa. Estes resultados sugerem dificuldades nos subtestes Faces e Cenas de Família, o que se traduz em debilidade ou défices de memória quando o material é apresentado visualmente. Salienta-se que, a memória de faces é sensível a défices no hemisfério direito (Newcombe, Haan, Ross & Young, 1989; Schweinberger, Buse, Freeman, Schönle & Sommer, 1992; Carlesimo & Caltagirone, 1995) e a lesões no lobo temporal direito e hipocampo. Paralelamente, estão patentes défices de

evocação que implicam a recordação de pessoas, objetos, lugares e acontecimentos, o que se traduz em debilidades na capacidade do paciente em reter material previamente aprendido.

Comparando o desempenho nos Índices Auditivos e nos Índices Visuais, e tendo em conta o Índice Auditivo Imediato - Índice Visual Imediato verifica-se diferenças estatisticamente significativas a 0.15 e uma prevalência de ocorrência na população normativa de 28.4%, sendo que, no Índice Auditivo Diferido- Índice Visual Diferido, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa a 0.05, o que sugere que, apenas 5.3% da amostra normativa obteve estes resultados. Desta forma, o desempenho de M. indica défices adquiridos nos processos da memória, quando a informação é apresentada em diferentes modalidades, que requerem capacidades cognitivas como a atenção, linguagem receptiva, organização perceptiva, vocabulário e a articulação.

Por fim, os resultados da WMS-III sugerem défices ao nível da Memória de Trabalho. Quando comparado o Índice de Memória Imediata – Índice de Memória de Trabalho, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa a 0.05, a qual significa que uma discrepância desta dimensão ocorre em 17,9% da amostra normativa, tendo em conta a faixa etária de M. Neste sentido, pode colocar-se a hipótese de défices na capacidade de manter na memória de trabalho uma sequência visuoespacial de acontecimentos (subteste Localização Espacial), assim como, na memória de trabalho auditiva. Desta forma, pode-se concluir que os resultados apresentados por M. mostraram uma codificação ineficaz e um défice na retenção da nova informação, sem défices proeminentes de recuperação.

Montreal Cognitive Assessment – MoCA: Total = 12/30

Os resultados obtidos nesta prova são sugestivos da presença de um quadro de Demência de Alzheimer, Demência Frontotemporal ou Demência Vascular, tendo em consideração o valor total inferior ao ponto de corte (<17).

Deste modo, as áreas em que apresenta um desempenho inferior e que merecem maior destaque são respetivamente a memória de trabalho, tendo em conta os défices na evocação de conteúdos aprendidos previamente e a capacidade visuoespacial/ capacidade executiva, referindo a perda da instrução dada inicialmente. Verificou-se dificuldades ao nível da fluência verbal semântica, o que sugere défices na capacidade de armazenamento da memória semântica, na recuperação da informação guardada na memória e do processamento das funções executivas, nomeadamente, da capacidade de organizar o pensamento e estratégias utilizadas para a procura de palavras.

A capacidade de reconhecimento é também reduzida, no entanto, deve-se ter em conta que as figuras não reconhecidas, não seriam comuns para o paciente, tendo em conta a faixa

etária (indicada aplicação do ACE-III). É ainda de salientar, que o paciente apresenta graves dificuldades no cálculo mental. Paralelamente, foram objetiváveis dificuldades ao nível da orientação espaciotemporal, tendo em conta o dia e o mês em que se encontrava (foi questionado o conhecimento relativo ao dia de Natal – data significativa – o qual referiu que não se recordava).

Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE III:

	Resultados Brutos	Resultados em notas Z
Atenção	6/18	-7.8 (Muito Inferior)
Memória	2/26	-8.6 (Muito Inferior)
Fluência	1/14	-6.4 (Muito Inferior)
Linguagem	19/26	-4.0 (Muito Inferior)
Visuoespacial	10/16	-0.9 (Médio Inferior)
Total	38/100	-7.8 (Muito Inferior);

Tabela 2. Resultados da Escala *Addenbrooke's Cognitive Examination* - ACE III.

Os resultados obtidos neste instrumento foram traduzidos em notas Z, sendo que, de uma forma global o paciente encontra-se com um funcionamento cognitivo muito inferior ao que seria de esperar, tendo em conta a faixa etária em que se encontra.

O domínio cognitivo que se encontra mais afetado é a componente mnésica, patenteando alterações relativas à memória imediata, memória episódica recente e na memória semântica. A atenção encontra-se também prejudicada, o que pode contribuir para as alterações mnésicas referidas anteriormente. A componente da fluência verbal também se encontra muito inferior à média, devido a défices na evocação de informação.

Não foram patentes alterações significativas ao nível da capacidade gráfica visuoespacial, tanto ao nível da componente bidimensional como tridimensional.

M. apresenta dificuldades na orientação temporal e espacial.

Ineco Frontal Screening - IFS: Total= 4/30 pontos; Índice Memória de Trabalho= 4/10.

Nesta prova, o paciente apresentou um valor total que se situa abaixo do ponto de corte (≤ 8) indicativo de Deterioração Cognitiva, sendo considerado um valor sugestivo de Demência Alzheimer.

Desta forma, M. revelou dificuldades na realização da tarefa de sensibilidade à interferência (Instruções Conflituosas), com tendência para existir perseveração e na concretização da tarefa *Go-No-Go*, sendo revelador de défices ao nível do controlo inibitório.

A memória de trabalho é outra das dimensões executivas na qual foram observadas alterações. Na tarefa de Dígitos Inverso, o número de algarismos da série mais longa conseguida foi 2. A memória de trabalho verbal e espacial estão prejudicadas, apresentando um desempenho inferior à média, na organização dos meses do ano em ordem inversa e na sequenciação dos movimentos observados em ordem inversa.

Por fim, no que diz respeito ao raciocínio abstrato (Provérbios) e ao controlo inibitório verbal (Teste Hayling), ambos os domínios se encontram prejudicados.

Perante os resultados apresentados, M. revela um comprometimento significativo em todas as dimensões executivas avaliadas.

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD: Total = 4

O paciente apresenta uma dependência ligeira nas diferentes atividades básicas e instrumentais da vida diária, sobretudo em questões financeiras, que são realizadas pelos filhos. É de salientar que as tarefas que não são realizadas atualmente, nunca foram executadas pelo paciente, no entanto, na aplicação da prova a março de 2020, o paciente referia ser totalmente independente na responsabilidade dos próprios medicamentos, sendo que, em julho de 2020 a esposa refere que esta o ajuda na toma da medicação, uma vez que, o paciente esquece-se se já realizou a toma. Realço ainda que, nesta aplicação o paciente referiu que viajava independentemente no próprio carro, no entanto, com o passar do tempo a esposa refere que a condução vem-se tornando insegura, sendo o número de viagens mais reduzido, assim como, a sua distância. Estas alterações são negadas pelo próprio paciente.

Escala Depressão Geriátrica – GDS: Total = 10

No presente teste, os resultados são indicativos de ausência de sintomatologia depressiva, no entanto, salienta-se que esta pontuação se encontra muito próxima dos valores estipulados para depressão ligeira.

4.11. Análise Conceptual

Para facilitar a compreensão do quadro clínico apresentado anteriormente, foi realizada uma análise de cada uma das patologias orgânicas e do respetivo funcionamento neuropsicológico, de forma a podermos estabelecer uma correlação anatómica e funcional dos défices.

A *Diabetes mellitus* Não Insulino-Dependente (Tipo 2) é uma doença heterogénea caracterizada por uma hiperglicemia crónica (Scheen, 2003). As suas causas são multifatoriais e incluem fatores genéticos e ambientais que afetam a secreção de insulina pelas células β do pâncreas e, concomitantemente, a sensibilidade dos tecidos à ação da insulina (Scheen, 2003; Kohei, 2010).

Estudos indicam que, idosos com *Diabetes mellitus* tipo 2 apresentam um funcionamento cognitivo inferior e um declínio cognitivo acentuado, quando comparados com indivíduos da mesma faixa etária (Perlmutter, 1984; Tun, Perlmutter, Russo & Nathan, 1987; Mooradian, Perryman, Fitten, Kavonian & Morley, 1988; Gregg, Yaffe, Cauley, Rolka, Blackwell, Narayan & Cummings, 2000). Desta forma, estudos referem que perante a diabetes existe um declínio cognitivo de 74% nesta população, quando avaliada repetitivamente por testes neuropsicológicos (Gregg, Yaffe, Cauley, Rolka, Blackwell, Narayan & Cummings, 2000). Ainda na literatura, estudos longitudinais observaram um risco aumentado de 60% de demência, clinicamente comprovada, entre pacientes com diagnóstico de diabetes (Katzman et al., 1989; Leibson et al., 1997). No entanto, a durabilidade deste diagnóstico encontra-se correlacionada com o aumento dos défices cognitivos (Gregg, Yaffe, Cauley, Rolka, Blackwell, Narayan & Cummings, 2000).

Paralelamente, estudos transversais relacionaram a função cognitiva à hiperglicemia, hiperinsulinemia e à resistência à insulina (Reaven, Thompson, Nahum & Haskins, 1990; Jagusch, Cramon, Renner & Hepp, 1992; Meneilly, Cheung, Tessier, Yakura & Tuokko, 1993; Kalmijn, Feskens, Launer, Stijnen & Kromhout, 1995; Strachan, Deary, Ewing & Friere, 1997; Elias et al., 1997; Vanhannen et al., 1997; Stolk et al., 1997; Vanhanen et al., 1998). Além disso, estudos relatam um aumento da qualidade de vida e da função cognitiva após um controlo glicémico mais rigoroso, indicando que a variação aguda na glicemia pode influenciar a função cognitiva (Meneilly, Cheung, Tessier, Yakura & Tuokko, 1993; Testa & Simonson, 1998). Fatores como a hiperglicemia e a hiperinsulinemia podem influenciar a função cognitiva diretamente ou por meio de efeitos microvasculares, assim como, através da doença vascular subclínica (Perlmutter et al., 1984; Prince, 1995).

Estudos epidemiológicos relacionam a diabetes a diferentes comorbilidades como a demência vascular e, potencialmente, a doença de Alzheimer (Ott, Hofman, van Harskamp, Grobbee & Breteler, 1996; Katzman et al., 1989; Leibson et al., 1997; Yoshitake et al., 1995; Leibson et al., 1997). De facto, existem evidências da prevalência substancial de indivíduos diabéticos, com pontuações em testes neuropsicológicos compatíveis com demência moderada a grave (Sinclair, Girling & Bayer, 2000). Estas alterações são observadas sobretudo em idades

superiores a 60 anos, com alterações da memória, atenção e aprendizagem (Sinclair, Girling & Bayer, 2000). Todos estes fatores, decorrentes da diabetes podem ter precipitado as alterações da flexibilidade cognitiva e do funcionamento cognitivo global de M.

Posteriormente, M. foi diagnosticado com um processo neoplásico epitelial maligno, com características de adenocarcinoma, na próstata.

O cancro, independentemente da sua etiologia, é reconhecido como uma doença crónica e degenerativa, que acarreta para o paciente um vasto leque de consequências psicológicas, sendo este associado a sentimentos de desesperança, medo, dor e, imprescindivelmente, pensamentos relacionados com a finitude da vida (Bittencourt et. al., 2008). Neste sentido, a morbidade psicológica associada à doença oncológica tem origem nas mudanças fisiopatológicas do corpo, na adaptação aos sintomas e nos tratamentos ao qual o paciente é submetido (Frick, Tyroller & Panzer, 2007). A ansiedade e a depressão são sintomas vulgarmente associados a estas patologias (Derogatis et al., 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Hacpille, 2000). De acordo com Ogden em 1999, até 20% dos doentes com cancro manifestam depressão grave, luto antecipado, falta de controlo, alterações de personalidade e elevados níveis de ansiedade. No entanto, verifica-se que na presença destes sintomas, a ansiedade diminui com o passar do tempo, enquanto que a depressão não apresenta um decréscimo significativo (Nordin & Glimelius, 1999). Os sintomas depressivos são amplamente influenciados pela perda/diminuição de capacidades físicas, sentimento de impotência, fealdade, questões económicas e perda de estatuto social e familiar (Couvreur, 2001), assim como, pela dor física e desconforto que envolve a perda da identidade e integridade da pessoa e alteração da sua perceção perante o futuro (Rosas, 1998).

Segundo Halcpille (2000), a depressão pode manifestar-se através de um comportamento agressivo do doente para com a família e cuidadores, ou através de um comportamento de passividade acompanhado de mutismo. No entanto, habitualmente o comportamento do doente consiste numa perda de interesse em si próprio e no meio envolvente, perda de confiança/esperança no futuro e auto depreciação. De facto, o conhecimento do diagnóstico, as múltiplas perdas e aos efeitos colaterais dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia), contribuem, para a morbidade psiquiátrica (Hughes & Barraclough, 1987). Apilanez (1995) refere que os tratamentos realizados pelo doente oncológico, com os seus efeitos colaterais, que por vezes são irreversíveis, promovem os problemas psicológicos. O prazer e os sentimentos positivos, vivenciados anteriormente em atividades sociais desaparece, surgindo a desesperança e os sentimentos de culpa (Stedeford, 1986).

Na realidade, os doentes que efetuaram a cirurgia e a radioterapia, submetem-se a maiores efeitos secundários, com o sofrimento inerente, a mais deslocações ao hospital, o que implica custos e períodos de internamento superiores, repercutindo numa perceção de cronicidade da sua doença, com consequências mais nocivas e proporcionam variadíssimas alterações emocionais com implicações na qualidade de vida (Restrepo, 1998; McCray, 2000).

No caso de M. este diagnóstico levou a uma instabilidade emocional, caracterizada pelo humor triste e depressivo, sendo necessária a intervenção em crise, uma vez que, o domínio destes sentimentos evidenciou-se desde o momento em que o paciente entra num mundo desconhecido, onde os sintomas são desconhecidos e os tratamentos morosos. Desta forma, devido às repercussões deste diagnóstico, nomeadamente, o uso de algália durante um período de tempo alargado, tendo em conta o desconforto sentido, verificou-se um isolamento total por parte de M., com agravamento da sintomatologia apresentada. No entanto, paralelamente a este diagnóstico M. foi diagnosticado com ICC.

Segundo a *European Society of Cardiology* (2013), a insuficiência cardíaca pode definir-se como uma anomalia na estrutura ou função cardíaca, que resulta na incapacidade de o coração fornecer o oxigénio necessário, tendo em conta, as exigências dos tecidos. Esta síndrome caracteriza-se por sintomas típicos (exemplo: dispneia e a fadiga) e sinais (exemplo: turgescência venosa jugular²⁴ e as crepitações pulmonares²⁵) resultantes desta anomalia, sendo a postura ativa do paciente significativamente prejudicada (Mayou, Blackwood, Bryant & Garnham, 1991). Na literatura estudos subsequentes confirmaram que a ICC está associada a défices cognitivos (Acanfora et al., 1996; Bornstein, Starling, Myerowitz & Haas, 1995; Putzke, Williams, Rayurn, Kirklin & Boll, 1998; Rengo et al., 1995; Zuccalà, Cattel, Manes-Gravina, Di Niro, Cocchi & Barnabei, 1997; Cacciatore et al., 1998), sendo que, os défices de atenção apresentados por estes pacientes contribuem para o padrão de comprometimento cognitivo generalizado (Zuccalà, Cattel, Manes-Gravina, Di Niro, Cocchi & Barnabei, 1997; Cacciatore et al., 1998).

Tendo em conta a severidade da patologia cardíaca é necessária uma intervenção *bypass*, no sentido de promover a revascularização do coração e consequentemente o seu funcionamento. A cirurgia cardíaca (*bypass*) pode estar associada a alterações a nível do sistema nervoso central cuja gravidade vai desde a disfunção neurocognitiva ao acidente vascular cerebral (AVC), que podem levar a sequelas como, a encefalopatia²⁶ e as alterações do

²⁴ Aumento persistente das veias jugulares.

²⁵ Sons pulmonares patológicos/adventícios, que podem indicar pneumonia, bronquite, tuberculose, doença pulmonar intersticial ou edema pulmonar.

²⁶ Deterioração da função cerebral que ocorre em indivíduos com doença hepática grave.

comportamento, no entanto, a causa desse declínio cognitivo ainda não foi claramente estabelecida, mas tem sido comumente assumida a fatores como o uso da circulação extracorpórea²⁷, durante a cirurgia, como as flutuações hemodinâmicas²⁸, microêmbolos²⁹ e a resposta inflamatória sistêmica³⁰ (Selnes, Grega, Bailey, Pham, Zeger, Baumgartner & McKhann, 2008). Embora o declínio cognitivo inicial pareça melhorar nos primeiros meses após a cirurgia, estudos de acompanhamento prospectivos de longo prazo descreveram um declínio cognitivo tardio subsequente da mesma (Selnes, Grega, Bailey, Pham, Zeger, Baumgartner & McKhann, 2008). No entanto, a única comparação de resultados a longo prazo, após a cirurgia, com e sem circulação extracorpórea não encontra diferenças na incidência de declínio cognitivo tardio (van Dijk et al., 2007), o que reforça a possibilidade deste declínio ser causado por efeitos não específicos da cirurgia, pela anestesia, pela progressão da doença cerebrovascular subjacente ou pelo envelhecimento normal (Selnes, Grega, Bailey, Pham, Zeger, Baumgartner & McKhann, 2008).

Quando falamos de AVC, a faixa etária, a angina instável, a diabetes, os antecedentes de AVC, de doença vascular periférica, de doença pulmonar crônica ou de cirurgia de *bypass* cardíaco são fatores de risco (Newman et al., 2006). As alterações cognitivas após cirurgia cardíaca podem incluir alterações no domínio da atenção, memória, velocidade psicomotora, capacidades visuo-construtivas e das funções executivas (Murkin, Newman, Stump & Blumenthal, 1995).

Segundo a literatura, os resultados dos testes neuropsicológicos, após cirurgia cardíaca, são suscetíveis de grande variação e têm sido reportados valores de disfunção cognitiva, numa prevalência de 5% a 59% da população (van Dijk, Keizer, Diephuis, Durand, Vos & Hijman, 2000; Boodhwani, Rubens, Wozny, Rodriguez, Alsefaou, Hendry & Nathan, 2006). No entanto, esta grande variabilidade, depende das características dos indivíduos (idade, fatores de risco, nível de diferenciação psicológica) e da sensibilidade, condições de administração e o intervalo de tempo entre os testes aplicados, assim como, dos níveis de ansiedade e depressão apresentados. No entanto, existem evidências de vários estudos, em que a melhoria das pontuações dos níveis de depressão, não predizem uma melhoria no desempenho cognitivo (Wesnes & Pincock, 2002; Andrew et al., 2000; Airakssinen et al., 2006). Se a taxa de declínio

²⁷ Dispositivo artificial pelo qual a circulação de sangue do paciente é total ou parcialmente transportada para fora do organismo. Circula por tubos e órgãos artificiais, sendo depois devolvido ao corpo do paciente.

²⁸ Perfusão sanguínea global ou regional inadequada, insuficiente para o normal funcionamento dos órgãos

²⁹ Corpo estranho intravascular, normalmente constituído por um coágulo sanguíneo.

³⁰ Resposta que afeta o organismo como um todo, e se desenvolve perante diferentes tipos de agentes agressores e se caracteriza por febre/hipotermia, taquiperneia, taquicardia/bradicardia e aumento/redução dos leucócitos no sangue.

cognitivo em pacientes idosos estiver relacionada a fatores de risco vascular, espera-se que a redução desses fatores de risco possa reduzir o grau de declínio cognitivo tardio (Selnes, Grega, Bailey, Pham, Zeger, Baumgartner & McKhann, 2008).

No entanto, também foi sugerido que pode haver um risco aumentado para a Doença de Alzheimer vários anos após a cirurgia (Brown, et al., 1997). Um estudo de coorte retrospectivo, que utilizou pacientes com revascularização do miocárdio (*bypass*) e pacientes com intervenção coronária percutânea³¹, concluiu que o risco de desenvolvimento da Doença de Alzheimer foi significativamente maior entre os pacientes submetidos ao *bypass* cardíaco (Lee et al., 2005).

A hipertensão arterial, apresentada pelo paciente é um fator a ter em conta, uma vez que, segundo a literatura a pressão arterial elevada é um forte e independente preditor de défices cognitivos em idades mais avançadas (Rigaut, Hanon, Seux & Forette, 2003), nomeadamente, nas funções executivas, memória verbal, aprendizagem e capacidades visuo-espaciais, no entanto, esta relação não é linear. Quanto aos elevados níveis de colesterol, apresentados pelo paciente, segundo a literatura esta condição tem um impacto negativo no funcionamento neurocognitivo (Qiu, Winblad & Fratiglioni, 2005).

Desta forma, e analisando o caso de M., podemos verificar que, os acontecimentos de vida anteriormente citados mostram ser fatores predisponentes para a condição atual do paciente. No entanto, de acordo com a avaliação neuropsicológica realizada, podemos constatar evidências de um declínio cognitivo significativo, em vários domínios, nomeadamente, na memória episódica recente, na memória semântica e na capacidade de evocação (não consegue recuperar informação previamente aprendida). Simultaneamente, o paciente revelou alterações cognitivas nas diversas dimensões do funcionamento executivo, salientando défices na memória de trabalho verbal e espacial, no controlo inibitório verbal e motor, na fluência verbal semântica e no raciocínio abstrato. Podemos verificar uma velocidade psicomotora lentificada, algumas falhas ao nível da atenção (sobretudo na capacidade visuoespacial) e um comprometimento do cálculo mental. A organização perceptiva e a localização espacial e temporal encontram-se também significativamente afetadas.

O domínio da linguagem recetiva, composta pelo *feedback* auditivo e visual, apresenta défices, no entanto, uma vez que se caracteriza pela capacidade em compreender a palavra falada, os resultados podem ter sido influenciados pelas dificuldades de audição do paciente. Contudo, existe uma relação intrínseca e recíproca entre a receção e expressão da linguagem, sendo o vocabulário e articulação domínios a serem abordados na estimulação cognitiva, uma

³¹ Designa-se por angioplastia coronária associada ou não à colocação de stents, é um procedimento realizado com o objetivo de desobstruir uma artéria coronária.

vez, que se encontram ligeiramente afetados. Saliento ainda, as quedas de M. Evidências epidemiológicas sugerem que o risco de quedas aumenta entre os idosos com défices cognitivos (Springer et al., 2006; Hausdorff et al., 2008).

Neste sentido, perante a observação clínica foi possível verificar a existência de uma deterioração confusa, insidiosa e progressiva das funções cognitivas, sendo que, estes défices cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária do paciente.

Realço ainda que M. apresenta um discurso por vezes circunstancial, sendo que, não termina frases e não sabe o motivo pela qual as começou (memória de trabalho). Para justificar as queixas, M. refere que não tem tempo para ler e escrever, devido a ocupação nos terrenos da habitação e que esse é o motivo do estado atual (negação perante os défices - preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva).

Perante o exposto e de acordo com o DSM-V (APA, 2013) M. preenche todos os critérios de Transtorno Neurocognitivo Maior: Possível doença de Alzheimer (Leve), uma vez que, existem evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem, um declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados e a ausência de evidências de etiologia mista (exemplo: ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica) (APA, 2013), com Perturbação Comportamental (alterações de humor, agitação), sendo que, as características clínicas não sugerem outra etiologia primária para o Transtorno Neurocognitivo. Assim, este diagnóstico caracteriza-se pela deterioração neurológica progressiva, que causa perda gradual das funções cognitivas e, no seu decurso, défices no comportamento social e ocupacional, como podemos observar no caso de M.

A idade é o fator de risco mais preponderante para a doença de Alzheimer, sendo que, a suscetibilidade genética ao polimorfismo da apolipoproteína E4 aumenta o risco de conter a doença (APA, 2013). Esta informação é relevante, na medida em que esta proteína está relacionada com a dislipidémia³², aterosclerose³³, doença cardíaca e AVC, sendo que M. apresenta ICC, hipertensão arterial e elevados níveis de colesterol (fatores de risco). Desta forma, a doença de Alzheimer é mais frequente na população idosa, onde se observam múltiplas condições médicas capazes de precipitar ou complicar o diagnóstico e influenciar o curso clínico (APA, 2013).

³² Condição em que ocorrem níveis anómalos de lípidos no sangue. Existem essencialmente dois tipos de lípidos: o colesterol e os triglicéridos.

³³ Designa-se pela acumulação local de lipoproteínas e migração de células inflamatórias, com proliferação anómala de alguns elementos celulares das camadas mais internas das artérias.

4.12. Reabilitação Neuropsicológica

Devido à interrupção do estágio curricular, durante o período da atual pandemia, não foi possível realizar a reabilitação neuropsicológica, sendo o caso encaminhado para a psicóloga local responsável. Neste sentido, a intervenção descrita à posteriori, tem como objetivo um processo interventivo adaptado às necessidades do doente, nas suas valências cognitivas, emocionais, físicas, sociais e comportamentais (Wilson, 2008), no sentido de reabilitar o paciente, procurando uma otimização máxima das suas capacidades, induzindo a um aumento da qualidade de vida (Svendsen & Teasdale, 2006). Uma vez que, M. apresenta um comprometimento cognitivo significativo, apesar de se encontrar numa fase inicial da doença e tendo em conta os défices apresentados e as suas repercussões ao nível das diferentes áreas de vida, a intervenção com base na reabilitação neuropsicológica assume um papel preponderante, salientando a tendência de agravamento do quadro clínico e os seus efeitos cumulativos.

Desta forma, foi elaborado um programa de estimulação cognitiva (Anexo 16), no sentido de promover a adaptação de M. à nova realidade, através de um ajustamento emocional, procurar desenvolver a sua autonomia e funcionalidade nas atividades da vida diárias, e uma adaptação ao nível social e familiar (Guerreiro et al., 2009). Esta intervenção visa melhorar a qualidade de vida do paciente, otimizando o aproveitamento das funções cognitivas total ou parcialmente preservadas, por meio do ensino de estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes (Macedo et al., 2007).

Desta forma, o programa tem como principal objetivo trabalhar as funções que se encontram afetadas, nomeadamente, o domínio da memória, propondo atividades no sentido de ajudar o paciente a explorar os vários desafios da memória, juntamente com estratégias para facilitem este processo. Saliento que estas estratégias não irão recuperar ou melhorar a memória em geral, mas irão ajudar o paciente a utilizar as suas capacidades de memória preservadas e funções cognitivas associadas de um modo mais eficaz, facilitando o progresso em direção aos objetivos propostos pela reabilitação. As funções executivas foram também incluídas no programa, sendo que, este termo refere-se às capacidades que permitem aos indivíduos estabelecer objetivos, formular estratégias úteis de atingi-los e, posteriormente, seguir e adaptar às circunstâncias, tendo em conta as dificuldades e a alteração das mesmas, durante longos períodos de tempo (Burgess & Alderman, 2004). As funções executivas também incluem a capacidade do paciente em regular e controlar as suas emoções e comportamentos. Neste sentido, o programa fornece ferramentas para trabalhar os défices das funções executivas, que

irão contribuir para melhorar a sua autonomia e desempenho nas diferentes tarefas da vida diária, bem como as suas aptidões mnésicas. No entanto, as capacidades visuo-espaciais têm também um enfoque neste programa de reabilitação, uma vez que, envolvem o armazenamento e/ou o processamento de informação visual e espacial do ambiente, além da ativação, retenção e/ou manipulação de representações mentais que estão, portanto, relacionadas com a memória (Baddeley, 2012).

Paralelamente à reabilitação neuropsicológica, deve ser implementada uma intervenção psicoterapêutica, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico do paciente, assim como, a sua qualidade de vida. A família deve ser tida como parte integrante deste processo, uma vez que, na progressão da doença o cuidador desempenha um papel essencial na vida diária dos pacientes, envolvendo-se em todos os aspetos de cuidado e assumindo progressivamente mais responsabilidades no ato de cuidar (Engelhart, Dourado & Lacks, 2005).

Deste modo, o Psicólogo surge com o objetivo de trabalhar os défices cognitivos, avaliar perturbações emocionais relacionadas com o quadro clínico, a adaptação social e familiar, bem como acompanhar o paciente durante o processo de tratamento, visando contribuir para a promoção de comportamentos e modos de vida mais saudáveis (Rodrigues e Fonseca, 2004). Simultaneamente, o Psicólogo deve promover a formação e acompanhamento dos cuidadores informais, uma vez que, aquando da receção do diagnóstico, podem surgir reações inapropriadas ou até mesmo agressivas por parte de quem cuida (Portet & Touchon, 2002). A psicoeducação e o suporte emocional atribui ao cuidador uma maior eficácia na melhoria das competências e na qualidade dos cuidados prestados (Davison et al., 2007), em programas bem estruturados, de curta duração, que devem ser multidisciplinares (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007). A componente educativa oferece aos familiares informação sobre o quadro clínico do paciente, sendo que, a vertente de suporte emocional promove orientações práticas, que possibilitem a redução do sofrimento emocional provocado pelo impacto da doença, através da aprendizagem de estratégias de gestão de sintomas psicológicos e comportamentais (Dunkin & Hanley, 1998; Hinrichsen & Niederehe, 1994) e do desenvolvimento de competências de comunicação com o sujeito (Dunkin & Hanley, 1998), utilizando estratégias mais eficazes na resolução de problemas. A intervenção psicológica pode ainda ajudar a amenizar a angústia sentida pelo cuidador, evitar a institucionalização do paciente e permitir à família o planeamento de objetivos a longo prazo (Haley, 1997).

Assim, esta intervenção deverá ter como objetivo diminuir o sofrimento do paciente, bem como do cuidador informal, tendo em conta os diferentes aspetos inerentes à sua patologia (Côrrea, Ferreira, Ferreira, & Banhato, 2012). O Psicólogo é um elemento fundamental na

prevenção e tratamento dos vários tipos de demência. Segundo Yalom (2000), o papel do Psicólogo não é curar, mas reduzir, tanto quanto possível, os obstáculos patentes na vida do paciente e a aceitação da realidade vivenciada. A inclusão de aspetos motivacionais, sociais e psicológicos para cativar o paciente e a sua família no processo (Boccardi & Frisoni, 2006), devem ser a base da intervenção.

4.13. Reflexão do Caso

O envelhecimento é a última fase de desenvolvimento do indivíduo onde algumas perdas são inevitáveis e o aparecimento de variadíssimas comorbilidades é considerado algo bastante comum. Isto reflete uma necessidade de serviços de acompanhamento psicológico crescente na população idosa, que requer a aquisição e aplicação de conhecimentos e competências especializados (Knight et al., 2009), uma vez que, os idosos apresentam um conjunto de desafios únicos nesta fase de vida, incluindo a adaptação à reforma, envelhecimento com défices adquiridos e congénitos, doenças crónicas, défice cognitivo progressivo e a aproximação do fim de vida.

A Psicologia, enquanto ciência, deve conhecer as patologias características da terceira idade e buscar estratégias capazes de contribuir com a saúde mental e a qualidade de vida dos idosos. Saliento, a necessidade de novas pesquisas que avaliem quantitativamente os benefícios da reabilitação neuropsicológica a médio e longo prazo, assim como, estratégias no âmbito clínico, que possibilitem ao Psicólogo entrar no contexto social do idoso, de modo que, os familiares e cuidadores auxiliem neste processo.

Este caso clínico foi um grande desafio enquanto estagiária, pela diversidade de patologias orgânicas, que tornam o caso único e complexo, reforçando a necessidade constante de procura de informação, no âmbito das patologias cardíacas, das doenças oncológicas e das doenças metabólicas crónicas. A principal dificuldade relacionou-se com as dificuldades de audição do paciente e conseqüentemente, com a dificuldade em manter o discurso. Desta forma, houve uma adaptação da comunicação, nomeadamente, lentificação do discurso e utilização de um volume mais grave, de modo a adaptar o ambiente às dificuldades do paciente. Os conflitos conjugais e a necessidade de ventilação face aos conflitos familiares, traduziram-se em dificuldades na aplicação dos instrumentos, uma vez que, o paciente não respondia ao que lhe era pedido, tendo sido necessário um alargamento do número de sessões para a avaliação neuropsicológica.

De um ponto de vista profissional, este caso permitiu-me a aprendizagem e a consolidação de conhecimentos e competências previamente adquiridos na minha formação.

5. Reflexão Final

Durante a elaboração do presente documento, poucas foram as situações em que as palavras não descreviam as circunstâncias, desafios e respostas perante as situações. No entanto, chego a este ponto e faltam-me termos e expressões que possa utilizar para descrever a minha experiência de estágio. Desde o primeiro momento, o meu percurso foi sublinhado por dificuldades e incertezas, mas também por momentos de autonomia, responsabilidade e crescimento, que determinaram o desenvolvimento de meu eu, enquanto profissional e enquanto pessoa, onde o rigor, a disciplina e a adaptabilidade eram princípios a serem cumpridos.

Diariamente, a prática e a confrontação com o conhecimento adquirido, impulsionaram uma atitude proactiva e persistente, num contexto desafiador e diversificado, como o do Hospital. A adaptação a este local de estágio não foi, de todo, a mais fácil, devido ao ritmo e as características inerentes à prática clínica em contexto hospitalar, ao elevado número de utentes e à necessidade iminente de dar resposta aos pedidos de avaliação e intervenção psicológica. Realço também, a sobreposição de patologias e problemáticas presentes na prática clínica, que dificultaram o diagnóstico, não se evidenciando com a clareza, que nos foram apresentadas durante a formação curricular. No entanto, com o período de observação participante foi possível a elaboração de uma opinião crítica perante pressupostos teóricos, apreendidos na formação e, como efetivamente, na prática esses pressupostos se comprovam. Tive a oportunidade de observar um vasto leque de intervenções, em inúmeras patologias, dentro da população pediátrica, dos adultos e da delicada população geriátrica. Esta oportunidade permitiu variadíssimas reflexões sobre áreas de interesse, que devem ser exploradas no meu percurso enquanto profissional, que agora se inicia.

As primeiras consultas despoletaram um misto de emoções, características de uma aprendizagem constante, perante o contexto real da Psicologia. O confronto com o fim de vida e a morte, em CP, foi sem dúvida o desafio mais intenso durante este período, que me levou a refletir sobre o meu próprio conceito de morte e a perceber que cada paciente tinha de ser visto para além da sua doença, na sua globalidade e complexidade enquanto pessoa. Percebi também que, a intervenção neste contexto deve ter como princípio a empatia e o respeito pela dignidade humana. De facto, a angústia sentida perante um diagnóstico grave, que ameaça a própria sobrevivência e autonomia, as mudanças de contexto de tratamento e as mudanças físicas, a alteração de objetivos a longo prazo, para objetivos a curto prazo, faz-nos pensar que existirão pensamentos e sentimentos, consequentes da própria doença, que nos tornam disponíveis e recetivos a entrar no mundo do paciente e a partilhar com ele todas as etapas de fim de vida,

proporcionando um ambiente calmo, deixando clara a nossa presença e escuta ativa, num culminar de emoções e preocupações genuínas, perante um sentimento de entrega. Lidar com a carga emocional dos pacientes, dos familiares (mesmo após a morte do ente querido) e com as minhas próprias emoções, sem que existisse um envolvimento pessoal nos casos foi, sem dúvida, o maior desafio do meu estágio. No entanto, esta experiência fez-me apaixonar, numa interligação entre a razão e a emoção, pelo que será o meu papel enquanto Psicóloga.

Posteriormente, surge uma pandemia a nível mundial, que interrompe todos os objetivos delineados, daquela que seria a continuidade do estágio curricular. O isolamento devido à pandemia foi um desafio extremamente exigente para mim e para toda a população, que provocou, inevitavelmente, sentimentos de insegurança, medo, receio, revolta e impotência. Foi uma altura crucial que me levou a uma adaptabilidade e reconstrução de objetivos, que permitiram a continuidade da atividade de estágio, mesmo à distância. Todo o contexto de adversidade, de doença, de angústia e incerteza, provocou em mim, por vezes, uma forte reação emocional, onde as lágrimas descreviam um estado constante de ansiedade. Contudo, ao longo desta instabilidade, fui criando mecanismos de *coping* que, perante um teste positivo de COVID-19, me permitiram a continuidade do apoio psicológico, a assimilação de novas rotinas e o ajuste a uma nova realidade. No entanto, este percurso foi partilhado e vivenciado através de reflexões com a supervisora de estágio, prevalecendo a sua presença assídua e que, com as suas próprias incertezas, me permitiu retirar o melhor deste período, entrando numa viagem de conhecimento, aprendizagem e crescimento pessoal. De facto, momentos difíceis às vezes são necessários para o nosso crescimento pessoal, espiritual, emocional e profissional.

O que começou por ser um estágio curricular intenso, acabou igualmente intenso, mas com mais conhecimento, resiliência, maturidade e certezas. Certezas de que a formação não acaba aqui e que a entrega deste documento é apenas o início de uma nova etapa.

Bibliografia

- Acanfora, D., Trojano, L., Iannuzzi, G. L., Furgi, G., Picone, C., Rengo, C., ... & CHF Italian Study Investigators. (1996). The brain in congestive heart failure. *Archives of gerontology and geriatrics*, 23(3), 247-256.
- Ahmad, N. S. (2019, March). Crisis Intervention: Issues and Challenges. In *4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018)*. Atlantis Press.
- Airaksinen, E., Wahlin, Å., Larsson, M., & Forsell, Y. (2006). Cognitive and social functioning in recovery from depression: results from a population-based three-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 96(1-2), 107-110.
- American Psychological Association. (2001). What a Health Psychologist Does, and How to Become One.
- American Psychological Association. (2010). Clinical Neuropsychology.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Andrew, M. J., Baker, R. A., Kneebone, A. C., & Knight, J. L. (2000). Mood state as a predictor of neuropsychological deficits following cardiac surgery. *Journal of psychosomatic research*, 48(6), 537-546.
- Apilanez, V. (1995). La Personalización como Mejora de la Calidad de Vida. In D. Caro. Enfermería Oncológica. Pamplona. Eunsa, 153-169.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 655-659). Porto: Universidade do Porto.
- Araújo, M. D. F. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 9(2).
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. *Florida: American Board of Professional Neuropsychology*.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Manual Moderno.
- Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland CNIPCRG, Marie Curie Cancer Care, National Council for Palliative Care and Palliative Care Section of the Royal Society of Medicine. (2012). *Commissioning Guidance for Specialist Palliative Care: Helping to deliver commissioning objectives*.

- Baddeley, A. (2012). Working memory: theories, models, and controversies. *Annual review of psychology*, 63, 1-29.
- Barlow, I. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 1-64.
- Barreto Martín, P., & Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología*, Vol. 6, N° 2, 1990.
- Barreto Martín, P., Soler, M. D. C., & Yi Yi, P. (2008). Predictores de duelo complicado.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397-409.
- Boodhwani, M., Rubens, F. D., Wozny, D., Rodriguez, R., Alsefaou, A., Hendry, P. J., & Nathan, H. J. (2006). Predictors of early neurocognitive deficits in low-risk patients undergoing on-pump coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 114(1_supplement), I-461.
- Bornstein, R. A., Starling, R. C., Myerowitz, P. D., & Haas, G. J. (1995). Neuropsychological function in patients with end-stage heart failure before and after cardiac transplantation. *Acta Neurologica Scandinavica*, 91(4), 260-265.
- British Psychological Society (2008). *The Role of Psychology in End of Life Care – Report (2008)*. American Psychological Association Report - End of Life Issues and Care.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2018). Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review. *Journal of mental health*, 1-25.
- Brown, W. R., Moody, D. M., Tytell, M., GHAZI-BIRRY, H. S., & Challa, V. R. (1997). Microembolic Brain Injuries from Cardiac Surgery: Are They Seeds of Future Alzheimer's Disease? a. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 826(1), 386-389.
- Burgess, P. W., & Alderman, N. (2004). Executive dysfunction. In *Clinical Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians* (eds L. H. Goldstein and J. E. McNeil), pp 185-210. *Chichester*: John Wiley.
- Cacciatore, F., Abete, P., Ferrara, N., Calabrese, C., Napoli, C., Maggi, S., ... & Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. (1998). Congestive heart failure and cognitive impairment in an older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(11), 1343-1348.
- Carlesimo, G. A., & Caltagirone, C. (1995). Components in the visual processing of known and unknown faces. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(5), 691-705.

- Corrêa, J. C., Ferreira, M. E. C., Ferreira, V. N., & Banhato, E. F. C. (2012). Percepção de idosos sobre o papel do psicólogo em instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 127-136.
- Davison, T. E., McCabe, M. P., Visser, S., Hudgson, C., Buchanan, G., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 22(9), 868-873.
- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Henrichs, M. & Caneicke, C. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-796.
- Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1 Suppl 1), S53-S60.
- Elias, P. K., Elias, M. F., D'Agostino, R. B., Cupples, L. A., Wilson, P. W., Silbershatz, H., & Wolf, P. A. (1997). NIDDM and blood pressure as risk factors for poor cognitive performance: the Framingham Study. *Diabetes care*, 20(9), 1388-1395.
- Engelhardt, E., Dourado, M., & Laks, J. (2005). A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Rev. bras. neurol*, 5-11.
- European Society of Cardiology. (2013). Recomendações de 2012 da ESC para o diagnóstico e o tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Everly, G. S., & Lating, J. M. (2019). Crisis Intervention and Psychological First Aid. In *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response* (pp. 213-225). Springer, New York, NY.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 33(9), 989-996.
- Speckhard, A. (1994). Post-traumatic stress disorder: The victim's guide to healing and recovery. By Raymond B. Flannery, Jr. 1992. New York: Crossroad Publishing Co, 231 pages hardbound, \$21.95. *Journal of Traumatic Stress*, 7(1), 154-155.

- Frick, E., Tyroller, M., & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European journal of cancer care*, 16(2), 130-136.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31-65.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., & Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of general psychiatry*, 61(1), 34-41.
- Grande, G., Stajduhar, K., Aoun, S., Toye, C., Funk, L., Addington-Hall, J., ... & Todd, C. (2009). Supporting lay carers in end of life care: current gaps and future priorities. *Palliative medicine*, 23(4), 339-344.
- Guerreiro, S. & Almeida, I. (2006). Relatório do Estágio de Observação Clínica ao NYU Medical Center Rusk Institute for Rehabilitation Medicine de Nova Iorque. CRPG.
- Guo, Z., Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (1999). Low blood pressure and incidence of dementia in a very old sample: dependent on initial cognition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(6), 723-726.
- Haley, W. E. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48(5 Suppl 6), 25S-29S.
- Hausdorff, J. M., Schweiger, A., Herman, T., Yogev-Seligmann, G., & Giladi, N. (2008). Dual-task decrements in gait: contributing factors among healthy older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(12), 1335-1343.
- Hennezel, M. (2001). O Papel do Psicólogo in Abiven, Maurice (ed.) Para Uma Morte Mais Humana – Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos (2a edição). *Loures: Lusociência*, 133-154.
- Hinrichsen, G. A., & Niederehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *The Gerontologist*, 34(1), 95-102.
- Hsieh, S., McGrory, S., Leslie, F., Dawson, K., Ahmed, S., Butler, C. R., ... & Hodges, J. R. (2015). The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: a new assessment tool for dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 39(1-2), 1-11.
- Hughes, J., & Barraclough, J. (1987). *Cancer and emotion: Psychological preludes and reactions to cancer*. John Wiley & Sons.

- Jagusch, W., CRAMON, D. V., Renner, R., & Hepp, K. D. (1992). Cognitive function and metabolic state in elderly diabetic patients. *Diabetes, nutrition & metabolism (Testo stampato)*, 5(4), 265-274.
- Kohei, K. A. K. U. (2010). Pathophysiology of type 2 diabetes and its treatment policy. *JMAJ*, 53(1), 41-46.
- Kalmijn, S., Feskens, E. J. M., Launer, L. J., Stijnen, T., & Kromhout, D. (1995). Glucose intolerance, hyperinsulinaemia and cognitive function in a general population of elderly men. *Diabetologia*, 38(9), 1096-1102.
- Katzman, R., Aronson, M., Fuld, P., Kawas, C., Brown, T., Morgenstern, H., ... & Ooi, W. L. (1989). Development of dementing illnesses in an 80-year-old volunteer cohort. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 25(4), 317-324.
- Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205.
- Lee, T. A., Wolozin, B., Weiss, K. B., & Bednar, M. M. (2005). Assessment of the emergence of Alzheimer's disease following coronary artery bypass graft surgery or percutaneous transluminal coronary angioplasty 1. *Journal of Alzheimer's Disease*, 7(4), 319-324.
- Leibson, C. L., Rocca, W. A., Hanson, V. A., Cha, R., Kokmen, E., O'brien, P. C., & Palumbo, P. J. (1997). Risk of dementia among persons with diabetes mellitus: a population-based cohort study. *American journal of epidemiology*, 145(4), 301-308.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J. B., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., ... & Smith, L. M. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *The journal of early adolescence*, 25(1), 17-71.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Macedo, E. C., Firmo L. S., Duduchi, M. & Capovilla, F. C. (2007). Avaliando a Linguagem Recetiva via Teste Token: versão original Versus Computorizada. *Avaliação Psicológica*; 6 (1), pp.61-68.
- Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). PSYCHOMETRIC AND NORMATIVE INDICATORS OF THE PORTUGUESE VERSION OF THE ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION-III. PRELIMINARY STUDY ON A SAMPLE OF HEALTHY SUBJECTS. *Acta Neuropsychologica*, 13(2).

- Margolin, D. I. (Ed.). (1992). *Cognitive neuropsychology in clinical practice*. Oxford University Press.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willing, C. (2000). 2000. Health Psychology: Theory, Research and Practice.
- Martinho, A. R., Pilha, L., & Sapeta, P. (2015). Competências do psicólogo em cuidados paliativos.
- Mayou, R., Blackwood, R., Bryant, B., & Garnham, J. (1991). Cardiac failure: symptoms and functional status. *Journal of psychosomatic research*, 35(4-5), 399-407.
- McCray, N. (2000). Questões psicossociais e da qualidade de vida. *Enfermagem em Oncologia. Lusociência*, 893-912.
- McCurry, S. M., Fitz, A. G., & Teri, L. (1994). Comparison of age-extended norms for the Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised in patients with Alzheimer's disease. *Psychological assessment*, 6(3), 231.
- Meneilly, G. S., Cheung, E., Tessier, D., Yakura, C., & Tuokko, H. (1993). The effect of improved glycemic control on cognitive functions in the elderly patient with diabetes. *Journal of Gerontology*, 48(4), M117-M121.
- Molu, N. G., Ozkan, B., & Icel, S. (2016). Quality of life for chronic psychiatric illnesses and home care. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(2), 511.
- Mooradian, A. D., Perryman, K., Fitten, J., Kavonian, G. D., & Morley, J. E. (1988). Cortical Function in Elderly Non—Insulin Dependent Diabetic Patients: Behavioral and Electrophysiologic Studies. *Archives of internal medicine*, 148(11), 2369-2372.
- Murkin, J. M., Newman, S. P., Stump, D. A., & Blumenthal, J. A. (1995). Statement of consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery. *The Annals of thoracic surgery*, 59(5), 1289-1295.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Newcombe, F., de Haan, E. H., Ross, J., & Young, A. W. (1989). Face processing, laterality and contrast sensitivity. *Neuropsychologia*, 27(4), 523-538.
- Newman, M. F., Mathew, J. P., Grocott, H. P., Mackensen, G. B., Monk, T., Welsh-Bohmer, K. A., ... & Mark, D. B. (2006). Central nervous system injury associated with cardiac surgery. *The Lancet*, 368(9536), 694-703.

- Nordin, K., & Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer*, 79(3), 525-529.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook: A textbook*. McGraw-Hill Education (UK).
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa. *Climepsi*.
- Ott, A., Stolk, R. P., Hofman, A., van Harskamp, F., Grobbee, D. E., & Breteler, M. M. B. (1996). Association of diabetes mellitus and dementia: the Rotterdam Study. *Diabetologia*, 39(11), 1392-1397.
- Paul, M. C. (1995). Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais. *Mcintyre & Vila-chã (ed.). O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*, 33-47.
- Payne, S., & Haines, R. (2002). The contribution of psychologists to specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(8), 401-406.
- Perlmutter, L. C., Hakami, M. K., Hodgson-Harrington, C., Ginsberg, J., Katz, J., Singer, D. E., & Nathan, D. M. (1984). Decreased cognitive function in aging non-insulin-dependent diabetic patients. *The American journal of medicine*, 77(6), 1043-1048.
- Perlmutter, L. C., Hakami, M. K., Hodgson-Harrington, C., Ginsberg, J., Katz, J., Singer, D. E., & Nathan, D. M. (1984). Decreased cognitive function in aging non-insulin-dependent diabetic patients. *The American journal of medicine*, 77(6), 1043-1048.
- Pocinho, M. T., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236.
- Portet, J. T., & Touchon, J. (2002). *Guia Prático da doença de Alzheimer*.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press.
- Prince, M. J. (1995). Vascular risk factors and atherosclerosis as risk factors for cognitive decline and dementia. *Journal of psychosomatic research*.
- Putzke, J. D., Williams, M. A., Rayburn, B. K., Kirklin, J. K., & Boll, T. J. (1998). The relationship between cardiac function and neuropsychological status among heart transplant candidates. *Journal of Cardiac Failure*, 4(4), 295-303.
- Qiu, C., von Strauss, E., Fastbom, J., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2003). Low blood pressure and risk of dementia in the Kungsholmen project: a 6-year follow-up study. *Archives of neurology*, 60(2), 223-228.
- Qiu, C., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2005). The age-dependent relation of blood pressure to cognitive function and dementia. *The Lancet Neurology*, 4(8), 487-499.

- Reaven, G. M., Thompson, L. W., Nahum, D., & Haskins, E. (1990). Relationship between hyperglycemia and cognitive function in older NIDDM patients. *Diabetes care*, 13(1), 16-21.
- Regulamento Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, disponível em: <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2017/12/RegEIHSCP.pdf>, consultado a 3/8/2020.
- Rengo F., et al. (1995). Congestive heart failure and cognitive impairment in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 20:63-68.
- Restrepo, M. (1998). Calidad de Vida en el paciente en fase terminal. In E. IMEDIO. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid. Panamericana. 351-356.
- Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde.
- Rigaud, A. S., Hanon, O., Seux, M. L., Forette, F. (2003). Hypertension and Dementia. *Curr Hypertens Rep*. 5(6): 435-40.
- Rodrigues, F. P., & Fonseca, F. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*.
- Rogers, B. (Ed.). (2002). *Teacher leadership and behaviour management*. Sage.
- ROSAS, M. (1998). Aspectos psicológicos do sofrimento do doente. *Nursing*, 120, 34-35.
- Scheen, A. J. (2003). Pathophysiology of type 2 diabetes. *Acta Clinica Belgica*, 58(6), 335-341.
- Schweinberger, S. R., Buse, C., Freeman Jr, R. B., Schönle, P. W., & Sommer, W. (1992). Memory search for faces and digits in patients with unilateral brain lesions. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 14(5), 839-856.
- Selnes, O. A., Grega, M. A., Bailey, M. M., Pham, L. D., Zeger, S. L., Baumgartner, W. A., & McKhann, G. M. (2008). Cognition 6 years after surgical or medical therapy for coronary artery disease. *Annals of neurology*, 63(5), 581-590.
- Sinclair, A. J., Girling, A. J., & Bayer, A. J. (2000). Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services. *Diabetes research and clinical practice*, 50(3), 203-212.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Springer, S., Giladi, N., Peretz, C., Yogev, G., Simon, E. S., & Hausdorff, J. M. (2006). Dual-tasking effects on gait variability: The role of aging, falls, and executive function. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 21(7), 950-957.

- Stedeford, A. (1986). Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. In *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal* (pp. 168-168).
- Stolk, R. P., Breteler, M. M., Ott, A., Pols, H. A., Lamberts, S. W., Grobbee, D. E., & Hofman, A. (1997). Insulin and cognitive function in an elderly population: the Rotterdam Study. *Diabetes care*, *20*(5), 792-795.
- Strachan, M. W., Deary, I. J., Ewing, F. M., & Frier, B. M. (1997). Is type II diabetes associated with an increased risk of cognitive dysfunction?: a critical review of published studies. *Diabetes care*, *20*(3), 438-445.
- Stumvoll, M., Goldstein, B. J., & Van Haeften, T. W. (2005). Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. *The Lancet*, *365*(9467), 1333-1346.
- Svendsen, H. A., & Teasdale, T. W. (2006). The influence of neuropsychological rehabilitation on symptomatology and quality of life following brain injury: a controlled long-term follow-up. *Brain Injury*, *20*(12), 1295-1306.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, *22*(3), 441-448.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1998). Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled, double-blind trial. *Jama*, *280*(17), 1490-1496.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: intervenção em Centros de Saúde e Hospitais. *Análise Psicológica*, *20*(1), 171-174.
- Tun, P. A., Perlmutter, L. C., Russo, P., & Nathan, D. M. (1987). Memory self-assessment and performance in aged diabetics and non-diabetics. *Experimental Aging Research*, *13*(3), 151-157.
- van Dijk, D., Keizer, A. M., Diephuis, J. C., Durand, C., Vos, L. J., & Hijman, R. (2000). Neurocognitive dysfunction after coronary artery bypass surgery: a systematic review. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, *120*(4), 632-639.
- van Dijk, D., Spoor, M., Hijman, R., Nathoe, H. M., Borst, C., Jansen, E. W., ... & Octopus Study Group. (2007). Cognitive and cardiac outcomes 5 years after off-pump vs on-pump coronary artery bypass graft surgery. *Jama*, *297*(7), 701-708.
- Vanhanen, M., Koivisto, K., Kuusisto, J., Mykkänen, L., Helkala, E. L., Hänninen, T., ... & Laakso, M. (1998). Cognitive function in an elderly population with persistent impaired glucose tolerance. *Diabetes care*, *21*(3), 398-402.

- Vanhanen, M., Koivisto, K., Karjalainen, L., Helkala, E. L., Laakso, M., Soininen, H., & Riekkinen Sr, P. (1997). Risk for non-insulindependent diabetes in the normoglycaemic elderly is associated with impaired cognitive function. *Neuroreport*, 8(6), 1527-1530.
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of family & community medicine*, 12(2), 63.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler memory scale (WMS-III)* (Vol. 14). San Antonio, TX: Psychological corporation.
- Wesnes, K., & Pincock, C. (2002). Practice effects on cognitive tasks: a major problem?. *The Lancet Neurology*, 1(8), 473.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 141-162.
- Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the mentalhealth* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Yalom, I. (2000). Psicología y literatura. *El viaje de la psicoterapia a la ficción*, 94.
- Yoshitake, T., Kiyohara, Y., Kato, I., Ohmura, T., Iwamoto, H., Nakayama, K., ... & Sueishi, K. (1995). Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population: the Hisayama Study. *Neurology*, 45(6), 1161-1168.
- Zuccalà, G., Cattel, C., Manes-Gravina, E., Di Niro, M. G., Cocchi, A., & Bernabei, R. (1997). Left ventricular dysfunction: a clue to cognitive impairment in older patients with heart failure. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 63(4), 509-512.

Anexos

Atividades	Descrição atividades	Objetivos gerais da atividade	Objetivos pessoais das atividades	Calendarização
Revisão Bibliográfica	Pesquisa teórica para apoiar a formação e atividades a realizar;	Aumentar conhecimentos	Aprofundar conhecimentos; Possibilidade de intervisão com profissionais de medicina e enfermagem, pelo conhecimento de conceitos médicos	Out/19 – Julh/20
Observação participante	Consultas de psicologia geral; intervenção em crise; neuropsicologia; protocolo PMA; psico-oncologia; infantojuvenis; cuidados paliativos; casal; domicílios; consulta de psicologia cirurgia bariátrica; grupo depressão; luto; cancro mama; Consultas médicas de apoio à fertilidade, pós tratamento e de monitorização de ciclo	Observação de consultas; Conhecer diversos casos clínicos; Compreender diversos tipos de intervenção utilizados por cada terapeuta; Compreender a implementação do processo terapêutico em cada área de atuação	Adquirir conhecimentos teórico-práticos; Adquirir competências para a realização de acompanhamento psicológico; Aprender a intervir em diferentes problemáticas e faixas etárias; Identificar os problemas apresentados pelos pacientes; Identificar e refletir sobre os sentimentos do paciente e a sua postura; Desenvolver competências de leitura do não-verbal	Out – Dez/19
Relatórios	Relatórios de consulta (síntese de consultas e relatórios de avaliação psicológica e neuropsicológica); Formulações de caso; Diagnósticos; Interpretação de resultados de testes de avaliação psicológica	Identificação do tipo de problema e formular a melhor intervenção; Referenciar objetivos de consulta e estratégias utilizadas; Posterior análise do relatório e compreensão do que pode ser melhorado	Refletir sobre a história do problema de cada paciente e do seu estado mental e adquirir competências de identificação do problema; Adquirir capacidade de síntese, objetivando aspetos cruciais	Fev – Julh/20

Reuniões de supervisão	Reuniões semanais com supervisora de estágio	Partilha de experiências e conhecimentos; Esclarecimento de dúvidas acerca das atividades a desenvolver	Melhoria do trabalho a desenvolver com visão crítica; Enriquecimento de competências de organização, gestão de tempo e de prática clínica	Out – Julh/20
Reuniões de orientação	Reuniões semanais com orientadora de estágio	Partilha de experiências e conhecimentos; Esclarecimento de dúvidas sobre os casos clínicos e intervenção	Melhoria do trabalho a desenvolver com visão crítica; Desenvolvimento de competências emocionais para gestão de problemáticas de casos	Out – Julh/19
Reuniões de serviço	Reuniões de serviço de cuidados paliativos; Reuniões formativas da DPSM	Debater questões sobre casos clínicos; Esclarecimento de dúvidas sobre atuação de cada área integrante do serviço; Aumentar conhecimentos sobre conceitos médicos; Aumentar conhecimentos sobre diversas áreas da atualidade	Compreensão do funcionamento dos serviços; Aumentar conhecimentos com as formações, discussões de casos e obstáculos de atuação	Out – Març/20
Manual de avaliação e intervenção psicológica em grupo (manual terapêutico) + Folhetos informativos	Manual para terapeuta incluindo revisão bibliográfica para fundamentação e pertinência; regras de funcionamento; número e descrição de sessões e sua calendarização; objetivos gerais e específicos; técnicas e psicométrica de eficácia; atividades e material;	Elaborar um manual de intervenção em grupo para posterior aplicação para desenvolvimento de competências teórico-práticas	Aprofundar conhecimentos sobre como elaborar um manual de intervenção;	Out/19- Jan/20
Intervenção em grupo (terapeuta + co-terapeuta)	Intervenção psicoeducativa e de auto ajuda no luto em grupo como terapeuta; Intervenção psicoeducativa em grupo de depressão;	Acompanhamento de Cuidador/Familiar sobreviventes de utente que beneficiava de acompanhamento psicológico pela EIHS CP quando do	Aumentar conhecimentos sobre o luto, promovendo a aceitação da perda e recolocar, emocionalmente a pessoa falecida e investir em	Jan – Julh/20

	Intervenção em grupo de estimulação neurocognitiva.	falecimento do seu ente querido vítima de patologia em tratamento paliativo; Fornecer estratégias de gestão do dia a dia e promover o bem-estar na depressão; Programa de estimulação neurocognitiva.	novas/outras relações; Compreensão do conceito Depressão, funcionamento nas AVD's, aprendizagem de técnicas de relaxamento e promoção de pensamentos adaptativos. Estimulação cognitiva perante défices cognitivos ligeiros.	
Avaliação e intervenção casos clínicos	Avaliação e intervenção com diferentes casos clínicos	Contacto com casos reais para avaliação e intervenção psicológica	Aprofundar conhecimentos de entrevista clínica e de administração de testes psicológicos; Adquirir conhecimentos teórico-práticos de como avaliar e intervir em casos com diferentes problemáticas; Compreensão da responsabilidade de avaliar e intervir, de forma autónoma	Jan – Julh/20
Avaliação e intervenção Psicometria IA	Inclui avaliações de desenvolvimento cognitivo com recurso à prova WISC III	Administração da WISC (2 casos)	Adquirir conhecimentos práticos na administração de instrumentos de avaliação com crianças; Aprofundar conhecimentos com a prática	Jan – Julho/20
Apoio Telefónico – Intervenção em crise (COVID-19)	Intervenção em crise, perante pandemia.	Atendimento psicológico de intervenção em crise, nos casos já acompanhados (Utentes de luto e de avaliação neuropsicológica)	Implementação da psicologia na consulta à distância em situação de pandemia, aquando do confinamento profilático; Desenvolvimento de competências de gestão emocional	Març – Junh/20

Formação em serviço	Formação realizada no DPSM para equipa, sobre o Papel do Psicólogo nos Cuidados Paliativos Oncológicos em Contexto domiciliário.	Adquirir conhecimentos teórico-práticos; Informar sobre temática pertinente para destinatários em questão; Alertar para a importância do profissional de saúde em cuidados paliativos após alta de internamento	Adquirir competências para falar em público; Abordar a pertinência do psicólogo estagiário no serviço	Jan/20
Protocolo de segurança/contingências em tempos de pandemia COVID19, em Avaliação Neuropsicológica	Desenvolver e implementar protocolo após retoma de estágio curricular	Uniformizar as medidas de contingências na aplicação de instrumentos de avaliação neuropsicológica, após COVID-19	Adquirir comportamentos e saúde e responsabilidade em tempos de pandemia.	Jun/20
Projeto de Investigação Cuidados Paliativos + Ser cuidador em tempos de pandemia	Elaboração de dois projetos de investigação para posterior publicação de artigo em revista científica;	Avaliar a eficácia da intervenção terapêutica baseada no Modelo da Dignidade no doente em fim de vida através da metodologia de videoconferência. Colmatar necessidades do cuidador, aquando do isolamento, em situação de pandemia COVID-19	Aumentar conhecimentos com início de prática em investigação	Fev – Set/20
Capítulo: O Papel do Psicólogo no Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos	Colaboração na pesquisa e elaboração de um capítulo, para posterior publicação;	Fornecer conhecimentos e estratégias a profissionais de saúde no âmbito dos Cuidados Paliativos	Aumentar conhecimentos sobre o papel do psicólogo, num contexto domiciliar, tendo em conta as necessidades do doente, da família e dos profissionais.	Nov/19- Març/20

Outras Atividades	<p>“Cuidados Paliativos em Doenças não Oncológicas”; 6º Aniversário da EIHSCP do Hospital; “Ansiedade e Síndrome Pós-Stress Traumático”; “Depressão e Comportamentos Suicidários”;</p> <p>“Psicopatologia na Infância e na Adolescência”; 3ª Reunião Interdisciplinar, “Família e Ei ... Eu e a Relação”; Plano de Emergência; Cultura de segurança do doente na prestação de cuidados; Observadores de higiene das mãos – Abordagem para enfermeiros e técnicos; Combate à Resistência Antimicrobiana – Abordagem para Enfermeiros, TSS e TSDT; Proteção da inflamação de Saúde – Noções gerais do RGPD; Noções Gerais do Regulamento Geral de Proteção de Dados; “Café com Afasia”.</p>	<p>Aumentar conhecimentos sobre temáticas relevantes e atuais; Enriquecimento curricular.</p>	<p>Desenvolvimento de competências no contacto com outros profissionais de saúde na área de psicologia; Desenvolvimento de competências de motivação, gestão e organização de tempo.</p>	<p>Out/19 – Març/20</p>
--------------------------	---	---	--	-------------------------

Anexos 2- Consultas Realizadas Durante o Estágio Curricular

Data de consulta	Nome	Sexo	Idade	Agendamento	Realização
3/1/2020	----	----	----	Visita domiciliar Psycologia.	✓ Acompanhamento e observação
7/1/2020	----	----	----	Grupo Luto	✓ Sinalização
13/1/2020	R	M	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Anamnese (presença da mãe)
14/1/2020	P	F	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Anamnese (presença dos avós)
31/1/2020	P	F	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Aplicação da WISC III
31/1/2020	R	M	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Aplicação da WISC III
4/2/2020	M	F	58	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
4/2/2020	M	F	62	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
4/2/2020	M	F	64	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
4/2/2020	J	M	63	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
4/2/2020	M	F	60	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
4/2/2020	M	M	66	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
7/2/2020	P	F	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Aplicação da WISC III
7/2/2020	R	M	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Aplicação da WISC III
11/2/2020	M	F	68	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
11/2/2020	M	M	70	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
11/2/2020	M	F	71	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
11/2/2020	M	F	59	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria

11/2/2020	A	F	72	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
11/2/2020	T	F	71	Grupo Luto	✓ Acompanhamento e psicometria
13/2/2020	A	F	54	Avaliação Neuropsicológica	✓ Anamnese e aplicação da GDS
13/2/2020	R	F	55	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação ACE III, Aritmética, IFS
13/2/2020	M	F	47	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação ACE III, Aritmética, IFS
20/2/2020	M	F	82	Avaliação Neuropsicológica	✓ Anamnese e aplicação da GDS
20/2/2020	R	F	55	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação Aritmética, GDS, IFS
21/2/2020	M	F	47	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação Aritmética, GDS, IFS
27/2/2020	R	F	55	Avaliação Neuropsicológica	✓ Anamnese e aplicação GDS
27/2/2020	M	F	79	Avaliação Neuropsicológica	✓ Anamnese e aplicação GDS
27/2/2020	M	F	82	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação Aritmética, ACE III, IFS
28/2/2020	J	M	70	Avaliação Neuropsicológica	✓ Anamnese, Aplicação ACE III, aritmética e GDS
28/2/2020	J	M	59	Avaliação Neuropsicológica	✓ Anamnese e aplicação ACE III
28/2/2020	A	F	54	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação ACE III, Aritmética, IFS
28/2/2020	M	M	71	Avaliação Neuropsicológica	✓ Anamnese
28/2/2020	M	F	47	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação NADL-F
5/3/2020	J	M	70	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação GDS e NADL-F
5/3/2020	M	F	82	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação NADL-F
5/3/2020	M	F	79	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação Aritmética, ACE III, IFS
5/3/2020	J	M	59	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação ACE III, Aritmética, IFS

6/3/2020	R	F	58	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação Aritmética, ACE III, IFS
6/3/2020	R	F	55	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação NADL-F
6/3/2020	M	M	71	Avaliação Neuropsicológica	✓ Continuação da Anamnese e aplicação MoCA, IFS
26/3/20	J	M	59	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	M	F	79	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	R	F	58	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	A	F	54	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	M	M	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	J	M	70	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	M	F	58	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	A	F	58	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

26/3/20	M	F	60	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	M	F	62	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	M	F	62	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	M	F	64	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	T	F	65	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	M	F	52	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
26/3/20	A	F	67	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	51	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	60	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	M	70	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

27/3/20	M	M	66	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	69	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	79	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	A	F	72	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	C	F	76	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	59	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

27/3/20	T	F	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	59	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	58	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	67	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	M	F	72	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
27/3/20	J	M	63	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	79	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	A	F	54	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	58	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	62	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

3/4/20	M	F	62	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	64	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	M	66	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	52	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	51	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	60	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
3/4/20	M	F	69	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

3/4/20	R	F	55	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	F	69	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	F	52	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	A	F	67	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	F	60	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	F	52	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	F	51	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	T	F	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	F	52	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	T	F	65	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

7/5/20	M	F	67	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	A	F	72	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	F	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	M	M	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
7/5/20	J	M	70	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	69	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	70	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	A	F	72	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

14/5/20	M	F	70	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	58	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	C	F	76	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	58	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	67	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	T	F	71	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	72	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	M	F	68	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.
14/5/20	J	M	63	Intervenção em Crise- COVID19	✓ Ativação do plano de contingência nacional e regional COVID-19, contacto telefónico com utente.

2/7/20	M	M	71	Avaliação Neuropsicológica	✓	Aplicação IFS e ACE III
2/7/20	M	M	66	Luto	✓	Acompanhamento
2/7/20	M	F	68	Luto	✓	Acompanhamento
2/7/20	M	F	68	Luto	✓	Acompanhamento
3/7/20	C	F	76	Luto	✓	Acompanhamento
3/7/20	M	F	59	Luto	✓	Acompanhamento
3/7/20	M	F	67	Luto	✓	Acompanhamento
3/7/20	M	F	52	Luto	✓	Acompanhamento
8/7/20	M	F	79	Avaliação Neuropsicológica	✓	Aplicação NADL-F
9/7/20	M	F	58	Luto	✓	Acompanhamento
9/7/20	M	F	62	Luto	✓	Acompanhamento
9/7/20	M	M	70	Luto	✓	Acompanhamento
9/7/20	M	F	69	Luto	✓	Acompanhamento
10/7/20	M	F	64	Luto	✓	Acompanhamento
10/7/20	M	F	51	Luto	✓	Acompanhamento
10/7/20	T	F	71	Luto	✓	Acompanhamento
10/7/20	A	F	72	Luto	✓	Acompanhamento
16/7/20	M	F	60	Luto	✓	Acompanhamento
16/7/20	M	F	71	Luto	✓	Acompanhamento
16/7/20	M	F	72	Luto	✓	Acompanhamento

16/7/20	M	F	68	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	M	F	60	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	J	M	63	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	M	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	T	F	71	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	M	F	67	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	M	F	60	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	A	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	M	F	72	Luto	✓ Acompanhamento
17/7/20	M	F	60	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	M	70	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	F	68	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	F	68	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	C	F	76	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	F	59	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	F	52	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	F	62	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	M	66	Luto	✓ Acompanhamento
20/7/20	M	F	69	Luto	✓ Acompanhamento

21/7/20	M	F	64	Luto	✓ Acompanhamento
21/7/20	M	F	51	Luto	✓ Acompanhamento
21/7/20	A	F	72	Luto	✓ Acompanhamento
21/7/20	M	F	60	Luto	✓ Acompanhamento
21/7/20	M	F	71	Luto	✓ Acompanhamento
21/7/20	M	F	72	Luto	✓ Acompanhamento
21/7/20	M	F	68	Luto	✓ Acompanhamento
22/7/20	A	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
22/7/20	M	F	60	Luto	✓ Acompanhamento
22/7/20	J	M	63	Luto	✓ Acompanhamento
22/7/20	M	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
22/7/20	M	F	67	Luto	✓ Acompanhamento
22/7/20	T	F	71	Luto	✓ Acompanhamento
23/7/20	M	M	71	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação WMS-III
22/7/20	J	M	59	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação NADL-F
22/7/20	A	M	54	Avaliação Neuropsicológica	✓ Aplicação NADL-F
24/7/20	M	M	70	Luto	✓ Acompanhamento
24/7/20	M	F	68	Luto	✓ Acompanhamento
24/7/20	M	F	68	Luto	✓ Acompanhamento
24/7/20	C	F	76	Luto	✓ Acompanhamento

24/7/20	M	F	59	Luto	✓ Acompanhamento
24/7/20	M	F	52	Luto	✓ Acompanhamento
24/7/20	P	F	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Devolução dos Resultados
27/7/20	M	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
27/7/20	M	F	62	Luto	✓ Acompanhamento
27/7/20	M	M	66	Luto	✓ Acompanhamento
27/7/20	M	F	69	Luto	✓ Acompanhamento
27/7/20	M	F	64	Luto	✓ Acompanhamento
27/7/20	M	F	51	Luto	✓ Acompanhamento
27/7/20	A	F	72	Luto	✓ Acompanhamento
27/7/20	M	F	60	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	M	F	71	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	M	F	72	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	M	F	68	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	A	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	M	F	60	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	J	M	63	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	M	F	58	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	M	F	67	Luto	✓ Acompanhamento
28/7/20	T	F	71	Luto	✓ Acompanhamento

29/7/20	M	M	70	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
29/7/20	M	F	68	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
29/7/20	M	F	68	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
29/7/20	C	F	76	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
29/7/20	M	F	59	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
29/7/20	M	F	52	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
29/7/20	M	F	58	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	M	66	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	69	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	64	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	51	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	A	F	72	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	60	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	71	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	J	M	63	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
31/7/20	M	F	72	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	68	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	62	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	A	F	58	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	M	F	60	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento

30/7/20	M	F	58	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	T	F	71	Luto	✓ Encerramento do Processo de Acompanhamento
30/7/20	R	M	9	Caso Psicometria Infantojuvenil	✓ Devolução dos Resultados

Relatório de Avaliação Psicológica

Identificação:

Nome: R. M.

Data de Nascimento: 18/02/2011

Ano de Escolaridade: 3º Ano

Proveniência e Motivo da Consulta

Menino encaminhado para avaliação psicométrica pelo Serviço de Pediatria do Desenvolvimento, por suspeita de PHDA e dificuldades de aprendizagem.

Estado Mental

R. apresentou-se em consulta com aspeto cuidado e adequado para a sua faixa etária, agitação psicomotora e pouco colaborante, sendo que não manteve contacto ocular na primeira sessão da avaliação, explorando o ambiente de um modo desorganizado. Consciente, sem alterações sensoriais, de percepção e conteúdo, orientado, com discurso pobre e circunstancial, no entanto, lógico e organizado, baixa diferenciação psicológica, sem insight e humor eutímico.

Com o decorrer das sessões, o menino revelou imaturidade marcada, colaborante face às tarefas, verbalizando e demonstrando cansaço em consulta.

História do Problema

R. evidencia atraso no desenvolvimento da linguagem desde os 3 anos de idade. Apresenta queixas de dificuldades de aprendizagem e distração acentuada, agitação psicomotora e dificuldades em cumprir regras estabelecidas.

Dados Desenvolvimentais:

No que diz respeito ao processo de gravidez, a progenitora referiu que se tratou de uma gravidez vigiada, sem complicações. O nascimento de R. foi de parto normal, às 39 semanas. Teve um desenvolvimento normal, no entanto, apresenta atraso na linguagem exacerbado com a entrada no ensino básico.

Evidencia alterações visuais e estrabismo.

Dados Biopsicossociais Relevantes:

Filho único de pais separados, guarda parental com a mãe, sendo que, aos fins de semana convive com o pai.

Mãe, 30 anos, trabalha em indústria de calçado. Quanto às habilitações literárias tem o 9º ano de escolaridade. Relação vinculativa entre o menino e a progenitora.

Pai, 30 anos, trabalha em fábrica de calçado. Menino sem relação de vínculo com a figura paterna.

Aos 3 anos iniciou a pré-escola, evidenciando um atraso no desenvolvimento da linguagem, exacerbado com a entrada no ensino básico. Frequenta o 3º ano de escolaridade, com dificuldades de interação social e adaptação à mesma, uma vez que, o menino revela dificuldades psicossociais (“isola-se”) e má adaptação a contextos fora da área de conforto.

Mãe, informadora principal, refere dificuldades de R. em estabelecer amizades com crianças da sua idade. Menino diz brincar sozinho, devido a conflitos com colegas em contexto escolar. Menciona amigo da pré-escola como um amigo especial, com quem passa a maior parte do tempo.

A mãe menciona possibilidade de mudança de escola.

O menino beneficia de medidas de ensino universais (Decreto-Lei nº 54/2018 de 6 de Julho e Artigo 8 da Lei nº 116/2019 de 13 de setembro).

O R. reside com a mãe, com o tio e companheira. Revela baixa autonomia quanto ao vestir e higiene pessoal. Alimentação de forma autónoma, com elevado apetite. Dorme com a mãe devido a condições do ambiente físico, descreve alterações nos padrões de funcionamento.

Atualmente, revela-se muito imaturo, com comportamentos pouco adequados e birras recorrentes, assim como, dificuldades escolares. Não apresenta insight face às suas características, manifesta sobrepeso e necessidade de reeducação alimentar.

Não existem antecedentes familiares com dificuldades de comunicação/linguagem. Contudo, avô materno diagnosticado com epilepsia e avó materna com doença cardíaca.

Resultados da Avaliação Psicométrica:

Ao longo do processo de avaliação R. demonstrou uma postura adequada e colaborativa, sendo necessário reforçar constantemente a necessidade da realização das diversas tarefas propostas, uma vez que, desviava a atenção com extrema facilidade. A

agitação do ponto de vista psicomotor foi também evidente, necessitando de se movimentar e levantar a cadeira como um facilitador para a posterior concentração.

De modo a reforçar a relação terapêutica e avaliação do funcionamento cognitivo, optou-se pela aplicação das *Matrizes Progressivas de Raven*, instrumento que permite avaliar o potencial intelectual das crianças, de modo a constatar que R. revela uma capacidade intelectual média inferior quando comparado com indivíduos da mesma faixa etária (Percentil 25-50).

No que se refere à avaliação do funcionamento cognitivo de R., procedeu-se à aplicação da *Escala de Inteligência de Wechsler* (WISC-III). Trata-se de uma prova de medida do funcionamento intelectual geral mais detalhado. Esta pode ser utilizada não só para identificar os défices da criança, como também as competências da mesma, fornecendo informação relevante para a elaboração de um plano de acompanhamento psicológico e/ou educacional. A aplicação da prova foi realizada em duas sessões.

O R. encontra-se com 8 anos e 11 meses. Após a conversão dos resultados brutos em resultados padronizados e da soma total destes (QI Verbal, QI Realização e QI Escala Completa), verifica-se:

- Quociente Intelectual Verbal médio inferior ($QI_{\text{Verbal}} = 96$ com intervalo de confiança a 95% entre 89-103 e com percentil de 39);
- Quociente Intelectual de Realização Muito Inferior à média normativa ($QI_{\text{Realização}} = 74$ com intervalo de confiança a 95% entre 68-86 e com percentil de 4);
- Quociente da Escala Completa médio inferior ($QI_{\text{Escala Completa}} = 80$ com intervalo de confiança a 95% entre 74-91 e com percentil de 9).

Deste modo, é possível verificar que R. apresenta um desempenho inferior ao esperado para a sua faixa etária no QI de Realização, estando os valores do QI Verbal dentro dos valores normativos.

As provas de cariz Verbal contemplam os subtestes de Informação (4), Semelhanças (1), Aritmética (2), Vocabulário (2), Compreensão (3) e Memória de Dígitos (4). Assim, através da análise de cada subescala, podemos concluir que, R. denota dificuldades ao nível da aritmética, isto é, revela dificuldades escolares, fraco raciocínio numérico e falta de concentração, atenção e memória, o que poderá ser explicado pelo mau aproveitamento escolar, devido à reduzida estimulação emocional no seio escolar e ansiedade vivenciada.

Nas provas de Realização, o menino revela dificuldades em todos os subtestes e cota com níveis muito inferiores aos níveis normativos para a idade. Esta prova

compreendem os subtestes de Completamento de Gravuras (3), Código (2), Disposição de Gravuras (0), Cubos (2), Composição de Objetos (11), Pesquisa de Símbolos (1) e Labirintos (3). Verifica-se que R. revela dificuldades ao nível da memória a longo prazo, concentração e organização visual, assim como, dificuldades em discriminar detalhes essenciais de não essenciais. Apresenta dificuldades na antecipação de consequências e na sequenciação temporal, mostrando, ansiedade, dificuldades no relacionamento interpessoal, distração e impulsividade. Evidencia falta de capacidade de representação mental, abstração, lateralização e orientação, revelando descuido na realização da tarefa e dificuldades na análise visuoespacial. A memória a curto prazo e a velocidade de raciocínio mental são diminutas, o que reflete novamente a impulsividade e falta de flexibilidade do menino. Revela ainda uma orientação pobre da realidade e expõe dificuldades ao nível da atenção. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos na *Figura Complexa de Rey (Forma B)*, revelando valores médios inferiores na capacidade de organização perceptivo-motora, de atenção e de memória visual imediata.

Mediante a análise dos índices verifica-se: Índice de Compreensão Verbal (ICV= 102 com intervalo de confiança a 95% entre 94-110 e com percentil de 55); Índice de Organização Perceptiva (IOP= 78 com intervalo de confiança a 95% entre 72-90 e com percentil de 7); Índice de Velocidade de Processamento (IVP= 74 com intervalo de confiança a 95% entre 69-91 e com percentil de 4). Estes resultados certificam a informação referida anteriormente.

No que respeita à análise dos instrumentos para avaliação do comportamento aos pais verifica-se que, o menino de acordo com a progenitora revela níveis bastante elevados de depressão (4 DP acima da média) e ansiedade (3 DP acima da média), assim como, de oposição/imaturidade (2 DP acima da média) e isolamento (2 DP acima da média). No que concerne à agressividade, hiperatividade/atenção e ao comportamento obsessivo-esquizoide, a R. encontra-se 1 DP acima da média quando comparado com crianças da sua faixa etária, sendo os problemas sociais e as queixas somáticas pontuadas dentro de valores médios. Deste modo, o menino é descrito com postura hipercrítica e ansiógena, irrequietude, dificuldades de atenção/concentração e baixa autoestima. A imaturidade e impulsividade são também referidas pela progenitora.

Considerando as dificuldades evidenciadas pelo menino em termos de atenção/concentração, foram aplicadas as *Escalas de Conners (versões revistas – formas reduzidas para pais e professores)*, tendo em consideração o ponto de corte da nota t igual ou superior a 65. De acordo com a escala preenchida pela figura materna registaram-se

os seguintes resultados: Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção (nota $t = 73$); Escala de Excesso de Atividade Motora (nota $t = 62$); Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade (nota $t = 66$). Deste modo, em contexto familiar, o menino apresenta um comportamento medianamente atípico, quando comparado com crianças da mesma faixa etária.

No que diz respeito ao questionário de avaliação do comportamento da criança ao professor, verifica-se que, na subescala Comportamentos Estranhos/Esquizoides o menino encontra-se 1 DP acima da média, quando comparado a crianças da mesma faixa etária e valores médios nas restantes subescalas. Deste modo, o professor salienta a dificuldade de relacionamento interpessoal, refere que o menino se distrai facilmente, demonstrando comportamentos de temperamento exaltado, birras frequentes e sentimentos de mágoa aquando da crítica. A imaturidade, irrequietude/desassossego, impulsividade e as dificuldades de aproveitamento escolar, são também característicos do menino.

Segundo a Escala de Conners na versão designada aos professores, observou-se: Escala de Comportamento de Oposição (nota $t = 44$); Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção (nota $t = 52$); Escala de Excesso de Atividade Motora (nota $t = 48$); Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade (nota $t = 53$). Deste modo, conclui-se que, em contexto escolar o menino encontra-se dentro dos valores médios, quando comparado com crianças da mesma faixa etária.

Diagnóstico

Perante os resultados obtidos através da informação recolhida e da aplicação dos instrumentos, verifica-se um funcionamento intelectual global médio inferior, no entanto, estes resultados podem ser negativamente influenciados pelo comportamento característico da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (tipo misto), particularmente nas provas de realização, pela falta de concentração manifestada, bem como, pela suas características de impulsividade, baixa tolerância ao trabalho sob pressão, desmotivação e ansiedade associada. Com prejuízos no funcionamento social e escolar, repercutindo em dificuldades de aprendizagem.

Imaturidade Psicoafectiva com Dificuldade na Regulação Emocional.

Denota-se a existência de Práticas Educativas de baixa consistência, de possível observação, através de birras frequentes, baixa tolerância à frustração e incumprimento de regras/tarefas.

Sugestões plano terapêutico

No que diz respeito ao contexto familiar e no âmbito escolar, os intervenientes devem assumir uma atitude positiva, de modo a valorizar e reforçar os comportamentos adequados da criança, evitando a crítica frequente e situações que levem previsivelmente ao insucesso. É importante modificar as rotinas diárias, visando uma melhor adaptação às características comportamentais e de atenção do menino.

Deste modo, observando os resultados obtidos por R. no processo de avaliação psicológica, verifica-se que a intervenção deve ser direcionada no sentido de promover as competências verbais adquiridas através do treino, educação e aculturação da criança, assim como, promover a estimulação, através de atividades direcionadas ao conhecimento geral e exercícios que estimulem a concentração e atenção. É de igual forma necessário o trabalho ao nível da autorregulação emocional com vista a melhorar a componente motivacional.

Em contexto familiar é basilar trabalhar práticas educativas mais consistentes, estabelecer regras claras e bem definidas, tarefas e reforçar o esforço do menino e o alcance de objetivos, assim como, evitar castigos excessivos. Devem ser definidos os papéis dentro do seio familiar, de forma clara, com direitos e deveres. A promoção de competências, através de práticas parentais adequadas e assertivas, no desenvolvimento da estimulação parental e na adaptação de um local de estudo, assim como, regras e hábitos de estudo, que devem fazer parte da rotina do menino. Deste modo, as figuras parentais devem promover um ambiente calmo e sem elementos distratores (brinquedos e janelas); respeitar/cumprir rotinas previamente estruturadas; definir regras/comportamentos que a criança deve adotar aquando das refeições, da realização dos trabalhos de casa e nos cuidados diários de higiene pessoal e hábitos de sono. Estas regras devem ser simples, realistas e coerentes, uma vez que, são de elevada importância para a qualidade de vida familiar e imprescindíveis ao desenvolvimento da criança, uma vez que, promovem o autocontrolo. No que diz respeito ao bom comportamento, este deve ser reforçado (reforço positivo). As figuras parentais devem participar diariamente no convívio e no brincar com a criança, permitindo o controlo da mesma nas atividades, assim como, as instruções e respostas verbais dos adultos devem ser breves, precisas e concretas, tal como, as normas de disciplina.

Neste caso, como se trata de um menino hiperativo, não é aconselhável a limitação de saídas de casa e o contacto com amigos e colegas. No caso de existirem novas tarefas

para a criança, esta deve ser ajudada e os pais devem adotar uma abordagem positiva na relação com a criança, uma vez que, a aprendizagem social assume um papel basilar na construção do eu enquanto pessoa e enquanto ser social.

Em contexto escolar, os professores de R. poderão adotar alguns comportamentos para promover atitudes favoráveis e positivas, bem como, para promover a atenção e concentração do aluno. Deste modo, a intervenção consiste em estratégias de adaptação às necessidades do menino e na alteração de recompensas, se o professor considerar que não são eficazes na mudança de comportamento. As normas de avaliação devem ter em conta as suas aprendizagens, para evitar frustrações e desmotivação. Quanto às regras, estas devem ser negociadas, tal como, a escolha das possíveis consequências decorrentes do incumprimento de cada regra e recompensas consequentes do cumprimento das mesmas. É fundamental sugerir à criança que partilhe o que está a realizar no momento, de modo a aumentar o período de atenção. O menino não deve permanecer sentado perto da janela ou de outros elementos distratores (como um aparelho de ar condicionado que faz ruído); deve ter boa visibilidade para o quadro, uma vez que, evidencia dificuldades de visão, com um ambiente organizado; deve ter uma rotina diária estruturada (o estabelecimento de rotinas e o aviso prévio de mudanças são benéficos para crianças com estas características) e regras claras, com cumprimento exigido; utilizar tarefas que promovam o desenvolvimento da atenção/concentração, tais como, discriminação visual de estímulos gráficos, exercícios de completamento de frases, ordenação de séries, procura de sinónimos, labirintos e puzzles; escrever palavras-chave sobre a matéria enquanto decorre a aula de forma a construir um esquema visual; ilustrar à medida que a matéria é lecionada e realizar pequenas notas ou ilustrações sobre aspetos-chave da aula; utilizar carimbos, autocolantes, cartões ou gráficos de pontos, procurando associá-los ao bom comportamento; reforçar os bons resultados e o esforço que o menino empregou para os atingir.

É de igual modo importante procurar a implementação e a criação de estratégias de estudo e a promoção de situações de auto-questionamento e auto-avaliação (O que tenho de fazer? Por onde vou começar? Quais são as etapas? Devia ter feito isto? O que deveria ter feito?). Facilitar a proximidade do aluno com um colega com o qual estabeleceu uma relação afetiva privilegiada e que represente, de alguma forma, um “modelo de produtividade e cooperação” e permitir que os alunos com menores dificuldades tenham o papel de explicadores, principalmente em tarefas cujo objetivo é

fazer revisões ou praticar a matéria lecionada. Por fim, é relevante a comunicação entre pais e professores, de modo, a partilhar progressos e problemas ou crises.

A Psicóloga

1. Para a Criança



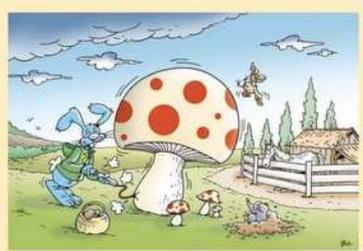
O que é a PHDA?

A PHDA está relacionada com dificuldades de concentração, hiperatividade e impulsividade, o que pode levar a dificuldades na escola e em casa.

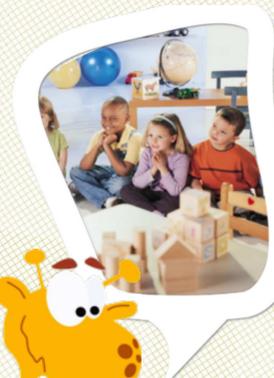
Os meninos com PHDA podem “esquecer-se” de coisas, são facilmente distraídos e têm dificuldades em manter a atenção em diversas tarefas. Manter-se sentados e em silêncio muitas vezes é um desafio e, por vezes, parecem estar com o “motor ligado”.

Mas tal como todas as crianças, estes meninos são também especiais e podem apresentar características como a criatividade, questionamento, elevada atividade motora e inteligência.

Descobre as diferenças:



Realizado por:
Dra. Neuza Rocha



" Eu Sou ESPECIAL"

Perturbação de Hiperatividade e Défices de Atenção (PHDA)

CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DE SAÚDE



Crianças com PHDA podem sentir:

Atraso na fala e na linguagem escrita;
Esquecimento, perda de objetos;
Dificuldade em manter a atenção, e organizar ou completar uma tarefa, e adquirir novas aprendizagens;
Dificuldades em manter-se sentado durante longos períodos de tempo
Dificuldades em acabar ou entregar trabalhos;
Divagar mentalmente (“estar com a cabeça nas nuvens”);
Dificuldades em processar a informação de forma rápida e precisa;
Dificuldade em seguir instruções;
Verborreia (fala muito);
Impaciência e dificuldades no controlo da raiva;
Dificuldades em fazer e manter amizades;
Elevado aborrecimento.

O que posso fazer?

Em Casa...

- Procurar um local calmo e organizado para estudar;
- Não deves ter materiais que te possam distrair, como televisões e playstation.
- Deves utilizar o relógio para te organizares;
- Antes de começares o estudo deves verificar se está presente todo o material necessário para a realização das tarefas;
- Sublinha o mais importante do teu estudo;
- Lê calmamente de forma a compreenderes o que é lido.

Na Escola...

- Deves participar;
- Falar com o professor quando tiveres dúvidas;
- Cumprir as regras estabelecidas.



Diploma



Este diploma certifica que, o/a menino/a _____
 com ____ anos de idade, teve um **Bom Comportamento** nas consultas de Psicologia e
 deverá mantê-lo em casa e na escola.



A Psicóloga

2. Para os Pais



O que é a PHDA?

É uma perturbação do neurodesenvolvimento, que resulta de alterações no funcionamento do sistema nervoso.

A PHDA pode incluir:

- Défices de atenção;
- Hiperatividade;
- Impulsividade.

Sentimentos dos Pais:

- Dificuldade a lidar com a criança (exaustão, angústia, frustração, desgaste, impotência, fragilizados);
- Incapacidade de compreender a criança (conflito, confronto, hostilidade, desafio);
- Dificuldades de relacionamento (relação pouco vinculativa e gratificante).

O desenvolvimento de atividades lúdicas que promovam o auto-controlo, estratégias para lidar com a frustração, o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva e a capacidade de planeamento podem ser muito úteis. Pode utilizar jogos neste sentido.

Jogo das Estátuas

O adulto põe uma música animada. Enquanto a música decorre, a criança pode dançar, saltar, mexer-se como quiser. Assim que a música pára (sempre que o adulto pretender, em intervalos de tempo irregulares e sem aviso prévio), a criança deve para exatamente onde está, mantendo essa posição enquanto durar o silêncio. Este jogo treina a atenção e o auto-controlo

Jogo do 5 para o 0

Para controlar a impulsividade, poderá ser proposto à criança um jogo em que antes de falar, responder ou agir deverá contar de 5 para 0 e só depois responder ou agir. Poderá usar a dinâmica do jogo "O rei manda", em que a criança só poderá executar a ordem depois de contar de 5 para 0, de forma pautada.

Realizado por:

Dra. Neuza Rocha



"O meu filho é ESPECIAL"

Perturbação de Hiperatividade e Défices de Atenção (PHDA)





Consequências do PHDA nas crianças

São crianças que **sofrem**;
 São crianças que se sentem **incompreendidas**;
 São crianças "**diferentes**" e muitas vezes conotadas como mal educadas, de má índole, más...;
 São crianças, por vezes, **rejeitadas** pelos colegas, pelos professores e pelo meio;
 São filhos de pais que também acabam por ser "**vítimas**" da incompreensão do meio.



O que posso fazer?

- Estabeleça regras e limites, claros e bem definidos, com sistema de recompensas para reforçar os comportamentos positivos da criança;
- Definir papéis no seio familiar, com direitos e deveres;
- Proporcionar um ambiente calmo, sem fatores distratores (brinquedos e janelas);
- Estruturar e cumprir rotinas;
- Estabelecer regras/comportamentos durante as refeições, a realização dos trabalhos de casa e nos cuidados de higiene pessoal;
- Criar hábitos de sono e hábitos de estudo;
- Auxilie na organização e realização de tarefas;
- Criar uma tabela com as tarefas que o seu filho deverá realizar, procurando elogiar os comportamentos adequados;
- Não deve limitar as saídas de casa e o contacto com os colegas e amigos;
- Ajude a criança a lidar com a frustração e acalmar-se em momentos de conflito/crise.

3. Para os Professores



Frases que denunciam a atividade mental e física excessiva:

"sempre a mexer"
 "não pára quieta"
 "impossível de aturar"

Que exemplificam as dificuldades de concentração e atenção:

"finge que não ouve"
 "esquece-se do que tinha de fazer"
 "parece que está noutro mundo"

Que demonstre a marcada impulsividade e o agir sem pensar:

"pertuba os outros";
 "está sempre a intrrometer-se"
 "não tem noção do perigo"
 "não termina as coisas"
 "não tem educação"

É importante reforçar o esforço e bons comportamentos do aluno.

Exemplo:

A Minha Ficha de Premiação

O meu nome é _____

Segunda				
Terça				
Quarta				
Quinta				
Sexta				

Semana de ___ a ___ de _____

O Professor _____

Realizado por:
Dra. Neuza Rocha



"O meu aluno é ESPECIAL"

Pertubação de Hiperatividade e Défices de Atenção (PHDA)

"Adapte-se ao seu aluno."



O que é a PHDA?

É uma perturbação do neurodesenvolvimento, que resulta de alterações no funcionamento do sistema nervoso.

A PHDA pode incluir:

- Défices de atenção;
- Hiperatividade;
- Impulsividade.



A PHDA interfere diretamente no desempenho e na adaptação da criança à escola. O défice de atenção levam a um desempenho aquém das capacidades reais do aluno e resultar em dificuldades de aprendizagem (na seleção e armazenamento de aspetos relevantes), tendo impacto ao nível da qualidade e da quantidade de informação processada.

Frequentemente, existe uma má gestão do tempo na realização das suas tarefas, devido a dificuldades nas capacidades de organização e planeamento.

O que posso fazer?

- O aluno não deve estar sentado perto da janela ou de outros elementos distratores (ar condicionado - ruído);
- Deve ter boa visibilidade para o quadro;
- Ambiente organizado;
- Rotina diária estruturada e regras claras, com cumprimento exigido;
- Tarefas que promovam o desenvolvimento da atenção/concentração (discriminação visual de estímulos gráficos, complemento de frases, ordenção de séries, labirintos, puzzles);
- Ilustrar a matéria lecionada, realizar pequenas notas e escrever palavras-chave;
- Utilizar carimbos, autocolantes, cartões e gráficos de pontos associados ao bom comportamento;
- Reforçar os bons resultados e o esforço da criança para os atingir;
- Criar estratégias de estudo e promover situações de auto-questionamento e auto-avaliação;
- Promover relação da criança com os colegas;

Instrumentos de Avaliação Utilizados

- **NADL-F (*Numerical Activities Daily Living – Financial*):** para avaliação da Capacidade de Autogestão Financeira.
- **ACE-III (*Addenbrooke's Cognitive Assessment*):** para traçar um quadro geral do funcionamento cognitivo (Atenção e Concentração; Memória; Fluência; Linguagem; Capacidade Visuoespacial e Visuoconstrutiva);
- **INECO Frontal Screening:** para uma breve avaliação das funções executivas (Programação Motora; Controlo Inibitório; Memória de Trabalho (Verbal e Espacial) e Abstração).
- **Aritmética (Subescala da Escala de Inteligência de Wechsler):** para avaliação das habilidades matemáticas.
- **IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*):** para avaliação da autonomia e capacidade nas atividades comuns da vida diária.
- **GDS (Escala de Depressão Geriárica):** para avaliação de sintomatologia depressiva.

Anexos 6- Protocolo de Segurança/Contingência em Tempos de Pandemia

COVID-19

Protocolo Segurança – COVID-19

A realização deste protocolo visa obedecer às obrigatórias medidas de higienização e segurança decorrentes da pandemia consequente da COVID-19.

Estagiária:

- Uso de máscara obrigatório, viseira e óculos (opcionais);
- Desinfecção das mãos sempre que necessário;
- Muda de roupa e calçado à entrada e à saída do hospital, dentro do gabinete.

Consultório:

- O posicionamento da cadeira da estagiária será o mais longe possível do paciente, de forma a manter alguma distância de segurança;
- A desinfecção da sala entre pacientes (mesa, cadeira e acrílico) será sempre feita pela estagiária usando o material cedido pelo hospital (toalhetas) e cumprindo sempre todos os cuidados (uso de luvas – opcional e lavagem e desinfecção das mãos – obrigatório);
- As janelas do consultório serão abertas após a saída dos pacientes e permanecerão abertas o máximo de tempo possível para arejar espaço;
- Após cada consulta e a devida desinfecção da sala, como medida extra de segurança as cadeiras deverão ser alternadas permitindo assim que, os pacientes não se sentem na mesma cadeira que o paciente da consulta anterior;
- Para evitar o contacto do paciente e diminuir a possibilidade de contágio, a maçaneta da porta será apenas manuseada pela estagiária;

Paciente:

- Durante contato telefónico para aviso da consulta deverá ser informado ao paciente que:
 - deverá chegar APENAS 15 minutos antes da hora da marcação;
 - não é permitido a presença de acompanhante (salvo exceções – pacientes com dependência moderada ou grave e necessidade de ajuda para locomoção e orientação no espaço);
 - tem de usar máscara desde a entrada no hospital até á saída;
 - deverá proceder á medição da temperatura e á desinfecção das mãos á entrada do hospital e posteriormente, á entrada do consultório;
 - deverá aguardar na sala de espera, a chamada para a consulta mantendo a distância de segurança de outros pacientes;

Durante a avaliação:

- Todo o material necessário ficará “em quarentena” pelo menos 2 dias antes da consulta;
- O preenchimento de protocolo e anotações são feitas pela estagiária num documento que nunca entra em contacto com o paciente;
- O paciente recebe um papel e uma caneta para as provas de escrita ou desenho, sendo que a caneta será posteriormente desinfetada e o papel cumprirá o período de isolamento (descrito em baixo); este material deverá estar pronto aquando da chegada do paciente ao consultório (do lado de fora do acrílico de proteção).
- No final da avaliação, os protocolos/ papéis usados pelo paciente serão colocados pelo próprio numa caixa que se encontra aberta no consultório (ao lado da cadeira deste) sendo que, qualquer toque ou manuseamento será desencorajado;
- No fim de cada dia, a caixa é fechada permanecendo em incubação durante 5 dias sendo arrumada em cima de um móvel/ armário (preferencialmente, fechada dentro de um móvel/armário – dependente da disponibilidade) no consultório com um aviso colocado na caixa (**“Em quarentena, não mexer”**), para que esta não seja tocada por ninguém devido ao risco de contágio. Esta etapa será feita pela estagiária recorrendo ao uso de luvas (opcional) e posteriormente, á lavagem e desinfeção correta das mãos (obrigatório);
- O protocolo usado pela estagiária após a saída do paciente é colocado pela própria na mesma caixa junto com as resposta do mesmo (este processo deverá ser realizado com todo o cuidado e sem tocar na caixa ou nos papéis manuseados pelo paciente) cumprindo todo o processo de incubação e manuseamento descrito em cima (ver notas em baixo).

Medidas extra para a aplicação específica da NADL-F:

- O material é todo plastificado e/ou colocado dentro de micas sendo desinfetado antes e após cada utilização;
- O paciente antes de manusear qualquer material deve calçar luvas que posteriormente serão colocadas num caixote/saco do lixo específico para este efeito (este estará numa zona do consultório de fácil acesso e apenas será usado para este fim – o lixo será retirado ao final de cada dia pela estagiária cumprindo sempre todas medidas de segurança no manuseamento deste);
- O manuseamento do material será desencorajado sempre que for desnecessário;

Notas

- No início de cada consulta deverão ser explicados ao paciente todos os cuidados necessários para diminuir o risco de contágio e manter todas as medidas de segurança:
 - Evitar o contacto com qualquer material ou objeto que não seja estritamente necessário;
 - Cumprir as regras da etiqueta respiratório;
 - Manter sempre que possível a distância de segurança;
 - Cumprir todas as medidas de higienização necessárias (desinfecção de mãos e uso de luvas);
- A aquisição das caixas (plásticas ou de cartão) é da responsabilidade de cada estagiária existindo uma para cada dia de consultas;
- Cada caixa será aberta no início das consultas e fechada ao final do dia;
- O uso de apenas uma caixa, tanto para as respostas do paciente como para o protocolo preenchido pela estagiária, tem como objetivo facilitar o arrumo das caixas nos consultórios devido á falta de espaço livre; todo este processo será realizado com os devidos cuidados e cumprindo todas as medidas de segurança e higienização;
- Cada caixa deverá estar dividida por separadores com a data da avaliação, de forma a facilitar a contagem dos dias de incubação, sem correr o risco de manusear protocolos que ainda não cumpriram todo o período de quarentena;
- No final do período de quarentena as caixas serão reabertas e todo o material será guardado e ficará ao cuidado das estagiárias;
- As caixas deverão ser devidamente identificadas e a estagiária deverá avisar os colegas que poderão estar em contacto com a mesma;
- As consultas serão agendadas com o espaçamento de 1h30minutos – 2horas cada, dependendo do objetivo de cada consulta.

Nova versão a 01 de julho de 2020,

A ser implementado pelas estagiárias:

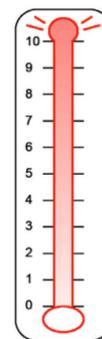
Neuza Rocha

Estágio Curricular, IUCS

Guião de Intervenção em Crise – COVID-19

- 1- Apresentação breve.
- 2- Explicar motivo do telefonema.
- 3- Está a cumprir o plano de emergência?
- 4- Está em isolamento?
- 5- Tem sintomas?
- 6- Descreva-os por favor (sono, apetite, alterações respiratórias ...).
- 7- Expõe-se ao risco?
- 8- Tem dúvidas acerca do vírus, das medidas de contingência, do plano de emergência, etc...?
- 9- Quais as suas preocupações neste momento?
- 10- Quais os medos sentidos?
- 11- O que é mais importante para si para viver bem? Por exemplo, se estivesse a ter um bom dia, o que aconteceria nesse dia?
- 12- Quais as suas crenças pessoais, culturais ou espirituais, que teriam impacto nos seus cuidados?
- 13- Se não conseguisse tomar decisões, quem gostaria que tomasse por si? Já lhe disse? Converse com essa pessoa e outros entes queridos sobre seus objetivos, valores e preferências para cuidados médicos se ficar doente.
- 14- Medir o sofrimento através do termómetro de sofrimento emocional: “Tendo em conta este acontecimento, como está a vivenciá-lo emocionalmente? Numa escala de zero a dez, em que 0 é sem sofrimento algum e 10 o máximo de sofrimento que possa imaginar, qual o valor que sente neste momento?”

Observações:



(Caso o valor seja = ou > a 5 aplicar (com autorização) utilizar o questionário HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale).

- 15- Psicoeducação sobre “Como lidar com uma situação de isolamento- COVID-19”
- 16- O que mais gostaria que eu soubesse sobre o que é importante para si neste momento?

- Na presença de sintomas elevados de Ansiedade e/ou Depressão ou outra Perturbação Psicológica, indicação para intervenção psicológica através de contacto telefónico.
- Na ausência de sintomas de Ansiedade e/ou Depressão ou outra Perturbação Psicológica indicação para vigilância do estado de humor (utilização do Termómetro de Sofrimento Emocional 1 X por semana ou quando suspeita de agravamento do estado emocional).

Manual de Intervenção Psicológica em Grupo

Luto **“Histórias de uma **Vida**”**



Unidade de Psicologia e Saúde Mental
Departamento de Psiquiatria e Saúde
Mental

Realizado por Neuza Rocha, Estagiária
de Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia – CESPU

Com orientação da Doutora. G. M. e
supervisão da Professora Doutora
Manuela Leite

Índice

1. Introdução.....	3
2. Enquadramento Teórico	
2.1. O Processo de Luto.....	5
2.2. Bem-Estar e Qualidade de Vida.....	9
2.3. O Papel do Psicólogo no Processo de Luto.....	11
2.3.1. Como intervir dentro do Modelo Cognitivo-Comportamental.....	13
2.3.1.1. Em termos de objetivos terapêuticos.....	13
2.3.1.2. Em termos de estratégias terapêuticas.....	13
2.3.1.3. Em termos de técnicas terapêuticas.....	15
3. Desenvolvimento do Programa e Grupo de Intervenção	
3.1. Objetivos da Intervenção Psicológica em Grupo.....	16
3.2. População Alvo.....	16
3.3. Caracterização do Grupo.....	16
3.4. Processo de Seleção.....	17
3.5. Local.....	17
3.6. Número de Dinamizadores.....	17
3.7. Cronograma.....	17
3.8. Comportamento de cada participante.....	17
4. Estrutura das Sessões.....	18
5. Bibliografia.....	31
6. Anexos.....	35

1. Introdução

O amor e o luto podem ser caracterizados como as “duas faces da mesma moeda”, uma vez que, não é possível amar sem correr o risco de nos depararmos com o luto (Parkes, 2006). Quando somos confrontados com a morte de um ente querido, estamos perante uma das experiências mais dolorosas, com que o indivíduo se depara durante a sua existência (Rebello, 2013). Este evento provoca sentimentos polivalentes na pessoa enlutada, uma vez que, além do sofrimento intolerável, conduz o próprio a um confronto com a finitude humana.

Inerente à morte, encontra-se o luto, como um processo reativo à perda da pessoa amada (Barbosa, 2010). Contudo, este processo, numa elevada percentagem de situações, desenvolve-se de um modo adaptativo, o que implica uma vivência adequada dentro de um contexto familiar, social, espiritual e psicológico estruturado. Deste modo, o luto pode ser designado com um evento do ciclo vital (*life-event*) pelo qual, todo o ser humano já passou ou irá passar (Bonanno, 200; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Wittouck et al., 2011). As características apresentadas aquando do luto resultam de uma multiplicidade de fatores, correlacionados entre si (Pacheco, 2002). As reações psicológicas incluem uma variabilidade de sintomas afetivos, como a depressão, o desespero e a culpa, sendo que, os fatores comportamentais são descritos por agitação, fadiga, isolamento social, alteração nos padrões de funcionamento e queixas somáticas. Quanto à vertente cognitiva, esta caracteriza-se por auto reprovação e preocupações com o falecido (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Currier, Neimeyer & Berman, 2008; Tomita & Kitamura, 2002).

A terapia em contexto de grupo, proporciona o crescimento pessoal e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação e relações interpessoais através de um processo experiencial (Rogers, 2002). Cabe ao terapeuta promover a expressão de sentimentos e pensamentos por parte dos enlutados, assim como, oferecer um espaço seguro, de modo a promover a expressão e validação emocional dos participantes.

Deste modo, o objetivo do grupo “Histórias de uma Vida” consiste em fornecer informação para a compreensão do processo do luto; promover um espaço para identificação, expressão e aceitação de sentimentos, emoções e pensamentos individuais relacionados com a perda; oferecer estratégias de confronto ativo para lidar com eficácia face a diferentes respostas de luto; proporcionar a oportunidade para o crescimento e desenvolvimento pessoal; possibilitar a adoção de comportamentos que permitem um

maior poder sobre a sua vida e bem-estar e celebrar a vida de quem partiu, na vida de quem ficou, recordar e não esquecer.

2. Enquadramento Teórico

2.1. O Processo de Luto

A perda é encarada como uma das experiências de vida mais dolorosas, comum a todos os indivíduos, sendo considerado um momento de crise, com maior ou menor intensidade (Barreto, Soler & Yi, 2008). De acordo com diversos autores o luto de uma pessoa significativa é um processo complexo, multidimensional, que envolve o domínio físico, social e psicológico (Worden, 2009). Por conseguinte, há uma necessidade por parte do ser humano em reconstruir o significado da perda, onde a pessoa em luto reaprende a viver no mundo sem o seu ente querido (Gillies, & Neimeyer, 2006).

O autor Worden (2009) propõe quatro categorias gerais para identificar as reações e comportamentos no processo do luto, nomeadamente os sentimentos, as sensações físicas, as cognições e os comportamentos. No âmbito dos sentimentos, a tristeza é o mais marcante e normalmente é fonte de maior aversão, sendo frequentemente manifestada através do choro. Outro sentimento comum é a raiva, que pode não ser identificada ou aceite pela pessoa enlutada e pode, inclusive, voltar-se contra si mesmo. Já a culpa, real ou irracional, é gerada pela ideia de que algo poderia ter sido feito para evitar a morte. A ansiedade também pode ocorrer como forma de sofrimento, de insegurança e até de ataques de pânico. Importa ainda mencionar sentimentos que podem ocorrer e podem surpreender a pessoa enlutada, tais como o alívio ou a liberdade. As sensações físicas podem variar entre desconforto leve até reações agudas, como dores no peito, hipersensibilidade, falta de energia, xerostomia (secura na boca) e fraqueza muscular.

No que diz respeito às cognições, estas englobam a descrença, referente à dificuldade de aceitação da morte, pensamentos confusos, défices de atenção e dificuldade em organizar o pensamento, preocupações e pensamentos obsessivos, sensações de que a pessoa falecida ainda se encontra viva e até mesmo alucinações visuais e auditivas.

Por fim, os comportamentos do indivíduo abarcam perturbações de sono e do apetite, ausência de pensamentos, isolamento social, sonhos com a pessoa falecida, procura do ente querido, hiperatividade, choro, visitas a locais que lembrem a pessoa e valorização de objetos (Worden, 2009).

Neste âmbito, o objetivo da terapia consiste em ajudar os indivíduos, através de técnicas especializadas como, a escuta ativa e resposta empática, a exploração, a reflexão, o questionamento, a atividade em grupo e a discussão em grupo, na expressão de

sentimentos, emoções e pensamentos evitados ao longo do processo de luto, facilitando a adaptabilidade normativa (Worden, 1998, 2009). Assim, o objetivo do processo terapêutico no acompanhamento do luto não tem como finalidade esquecer aquele que lhe foi importante, mas aprender a viver com a perda (Torres, 2010). Trabalhar o luto significa confrontar as emoções fortes e os sentimentos associados à perda, que incluem falar sobre aspetos relacionados com a pessoa falecida e com as circunstâncias da morte. Os sentimentos como a saudade, continuarão a ser experienciados, porém a pessoa deve aprender a conviver com essa ausência e retomar a trajetória da sua vida, nomeadamente, através da reestruturação de rotinas, alcançando novos objetivos e reinvestindo em novas relações (Torres, 2010).

O autor Worden (2009), propõe a concretização do processo de luto em quatro tarefas gerais, sendo elas, aceitar a realidade da perda; processar a dor do luto; adaptar-se a um mundo sem a pessoa falecida e reposicionar em termos emocionais o ente querido e investir em novos relacionamentos.

Deste modo, a primeira tarefa consiste em aceitar a realidade da perda, nomeadamente, na tomada de consciência de que é irreversível. Assim o autor (Worden, 2009), baseado nos trabalhos de Bowlby (1985) e Parkes (2001), considera que o comportamento de procura está relacionado com esta tarefa, mais concretamente com as dificuldades na mesma, como por exemplo, chamar pela pessoa falecida. Deste modo, o oposto da aceitação da realidade da perda é a descrença, através da negação, sendo que, esta pode ser praticada em diversos níveis e apresentar-se de múltiplas formas, no entanto, usualmente envolve tanto os factos da perda e o significado dela, quanto sua irreversibilidade (Dorpat, 1973). Outro modo de o familiar se proteger da realidade é negar o significado da perda, isto é, mediante a desvalorização da mesma, encarando-a como pouco significativa, como por exemplo: “Ele não era um bom pai” (Worden, 2009). Contudo, o “esquecimento seletivo” é, ainda, outra forma de negar o significado pleno da perda, uma vez que, verifica-se um bloqueio de qualquer memória ou pensamento relacionado com a pessoa falecida (Worden, 2009). Por fim, vários indivíduos utilizam a religião ou espiritualidade como estratégia para negar o carácter definitivo da perda, através da esperança de um possível encontro com a pessoa falecida (Worden, 2009). Esta tarefa implica uma aceitação cognitiva e emocional, uma vez que não é suficiente dizer que a pessoa faleceu, mas uma resposta emocional que possibilite a aceitação do acontecimento (Worden, 2009). O enlutado pode estar consciente, intelectualmente, do

caráter definitivo da morte, muito antes, da plena aceitação emocional da informação (Worden, 2009).

No que diz respeito aos rituais tradicionais, como as cerimônias fúnebres, estes são de elevada importância para a concretização desta tarefa, uma vez que, direciona o enlutado para a aceitação da perda.

De acordo com Worden (2009), a segunda tarefa: “Processar a dor do luto” consiste em trabalhar a dor advinda da perda, com o objetivo de evitar sintomas físicos, emocionais e comportamentais, pois a pessoa enlutada poderá evitar o processo de luto, através de substâncias psicoativas, do evitamento de pensamentos dolorosos, na fuga de locais ou situações em que o enlutado poderá recordar a pessoa falecida. Desta forma é importante que a dor seja vivenciada e não negada por parte da pessoa enlutada (Worden, 2009). Caso haja uma ausência destes sentimentos, o enlutado pode vivenciar emoções alternativas, como a raiva, a culpa, a tristeza, a ansiedade, a solidão e, em algumas circunstâncias, experienciar sintomas depressivos. No entanto, segundo Worden (2009), existem momentos em que a tristeza e o choro devem ser expressos e vivenciados, sobretudo com o terapeuta, de modo a permitir o suporte ao enlutado. Portanto, o principal objetivo desta tarefa consiste em vivenciar os sentimentos e emoções, e não somente expressá-los (Worden 2009).

Por sua vez, a terceira tarefa de Worden (2009) consiste na adaptação ao mundo após a morte do ente querido, sendo esta fase está dividida em três áreas, nomeadamente, os ajustes externos, os ajustes internos e os ajustes espirituais.

A primeira área constitui os ajustes externos, onde morte do familiar irá influenciar o funcionamento global da pessoa e, portanto, requer um ajustamento a um novo ambiente sem o familiar. Este ajuste depende de vários fatores, nomeadamente, o relacionamento do enlutado com o falecido e os diversos papéis que este desempenhava (Worden, 2009). Regularmente, a pessoa não tem consciência dos papéis que eram desempenhados pelo familiar, tendo a percepção dos mesmos três a quatro meses após a sua morte (Worden, 2009). Deste modo, a primeira fase designa-se à forma como a perda afeta o funcionamento do quotidiano da pessoa enlutada, sendo que, esta deverá desenvolver novos papéis e novas competências, no sentido de desempenhar papéis e tarefas que eram executadas pela pessoa falecida. O papel da tomada de decisões é um fator relevante para o enlutado, uma vez que, aquando da morte do familiar este vivencia sentimentos de desespero, sobretudo, na tomada de decisões importantes.

No que diz respeito à segunda área, esta consiste na adaptação aos ajustes internos, ou seja, ao significado de si mesmo, à autoestima e à autoeficácia. Deste modo, a tarefa requer uma adaptação ao “novo self”, resultante do evento significativo. Assim, o processo de luto tem como objetivo levar o enlutado a sentir-se como “indivíduo” e não como parte de uma “díade” (Worden, 2009).

Por último, os ajustes espirituais consistem na visão da pessoa enlutada acerca do mundo, das suas crenças e da forma como percebe o ambiente, isto é, a morte do ente querido pode levar a questões sobre os valores e crenças da pessoa, que são influenciados pela família, pelos pares, pela educação e religião do indivíduo, assim como, pelas suas experiências de vida (Worden, 2009). Deste modo, o enlutado procura significado na perda e nas respetivas mudanças, de modo a reestruturar rotinas e a estabelecer um controlo da sua vida. Porém, o fator basilar que impossibilita a conclusão da tarefa três de Worden, diz respeito à inadaptação à perda. O autor refere que a melhor intervenção é promover as áreas em que a pessoa tem maior controlo e nas quais é bem-sucedida, com a finalidade de promover a autoestima e o sentido de autoeficácia (Worden, 2009).

Relativamente à quarta tarefa de Worden esta consiste em recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida e investir em novas/outras relações. Enfatiza-se a importância de encontrar formas de recordar a relação significativa mantendo-a presente, ou seja, encontrar novas formas de manter laços continuados com o familiar, não esquecendo o investimento numa nova vida (Worden, 2009), de modo, a envolver-se em novas relações. Esta nova relação deverá ser condizente com a realidade em que a pessoa se encontra (Worden, 2009). Verifica-se que, a presente tarefa é de difícil conclusão, sendo que, a pessoa permanece “presa” ao vínculo com a pessoa falecida, o que a impede de construir e investir em novas relações. Contudo, muitas vezes, o enlutado vivencia um sofrimento acrescido e doloroso que acaba por fazer um “pacto” com o próprio para não voltar a nutrir sentimentos positivos pelo outro.

Porém, segundo Worden (2009), este conceito de tarefas envolve por parte do enlutado, a tomada de ação no processo de luto e a consciência de que a possibilidade de fazer algo para minimizar o sofrimento, requer um envolvimento e motivação por parte do mesmo. Worden (2009) afirma que é possível abordar várias tarefas em simultâneo, e que o luto é um processo fluído e influenciado por vários fatores mediadores. As tarefas podem ser revistas e adaptadas repetidamente ao longo do tempo, podendo ocorrer simultaneamente e não necessariamente na ordem que serão apresentadas.

O processo de luto termina quando as quatro tarefas de Worden forem cumpridas. Uma referência de que o processo de luto está próximo de se completar é quando o enlutado consegue pensar na pessoa falecida, com saudade, mas sem sentir dor, assim como, quando a pessoa consegue reinvestir as suas emoções na vida e no viver. O modo como o indivíduo responde às condolências recebidas, permite a indicação de onde se encontra no processo do luto (Blauner, 1968).

2.2. Bem-Estar e Qualidade de Vida

Ao longo do ciclo vital o indivíduo acarreta muitas mudanças, às quais tem de se adaptar. Estas mudanças afetam o bem-estar físico e psicológico da pessoa e a sua satisfação com a vida. As alterações, as perdas e até os ganhos da idade avançada requerem uma mudança de vida e uma nova aprendizagem.

Podemos definir os estilos de vida individuais como sendo caracterizados por padrões de comportamento identificáveis, determinados pela interação entre as características pessoais, as interações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais, sendo reconhecido que os estilos de vida individuais podem ter um efeito profundo na saúde individual, familiar e coletiva (Nutbeam, 1998; Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Sabe-se também que os padrões de comportamento que constituem os estilos de vida não são fixos, sendo sujeitos a mudanças e continuamente interpretados e testados em diferentes situações sociais (Nutbeam, 1998). Importa assim promover fatores protetores, criando condições que permitam a adoção de comportamentos promotores de saúde, e minimizar os fatores de risco, isto é, todas as ações quotidianas/rotinas desenvolvidas no sentido de promover, proteger e manter a saúde, potenciando a autonomia no autocuidado, através de uma vida ativa que leve à satisfação e realização pessoal, com conseqüente melhoria da saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida (Nutbeam, 1998; Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Importa realçar que a saúde não se caracteriza pela ausência de doença, mas pelo estado de completo bem-estar físico, mental e social. Deste modo, o bem-estar e a qualidade de vida têm como principais componentes as seguintes dimensões:

- a. Responsabilidade em saúde: caracteriza-se pela procura ativa de informação sobre a saúde (Walker & Hill-Polerecky, 1996).
- b. Relações interpessoais: estas oferecem recursos psicológicos e materiais no sentido de beneficiar a capacidade dos indivíduos em lidar com a adversidade, de modo a reduzir o isolamento. A existência de uma rede social de suporte está também

associada à recuperação de doenças graves e ao aumento da procura de cuidados preventivos (Rocha, Nogueira & cesário 2009). A convivência social e o apoio emocional podem promover um senso de significado ou de coerência na vida, ajudar a minimizar o stress e influenciar positivamente os comportamentos de saúde (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

- c. Autoaceitação: é o aspeto central da saúde mental, trata-se de uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade.
- d. Autonomia: está relacionada com indicadores do locus interno e o uso de padrões internos de autoavaliação, resistência à aculturação e independência acerca de aprovações externas.
- e. Crescimento pessoal: relaciona-se com a necessidade constante de crescimento e aprimoramento pessoais, assim como, da abertura a novas experiências em diferentes fases da vida.
- f. Autocontrolo: pode ser definido como o modo de controlar o próprio comportamento, geralmente em situações dolorosas como a perda, de acordo com os padrões sociais (Martinelli & Sisto, 2006). Estados de ansiedade, insegurança, baixa autoestima, isolamento social e baixo autocontrolo ao nível laboral e familiar, revelam problemas de saúde mental e elevada mortalidade (Wilkinson e Marmot 2003).
- g. Autoestima: caracteriza-se pelo sentimento que a pessoa tem por si mesma, ou seja, é a avaliação que o indivíduo faz à cerca de si, onde expressa uma atitude de aprovação ou repulsa, ao qual se questiona sobre se é capaz e significativo. Na presença de uma baixa autoestima a pessoa tende a ser mais influenciada pelo desejo de evitar a dor do que a vivenciar o prazer. Este conceito contribui de forma essencial para a sua saúde, uma vez que, é indispensável para um desenvolvimento normal e saudável.
- h. Higiene do sono: o adequado número de horas de sono por noite, assume-se como um comportamento protetor de saúde. Deste modo, a presença de padrões de funcionamento adequados, tendem a apresentar melhor a qualidade de vida.
- i. Atividades de lazer: verifica-se que as pessoas que participam em várias atividades de lazer demonstraram uma melhor perceção de saúde subjetiva física e mental.
- j. Atividade física: a atividade física regular e moderada pode retardar o declínio funcional e prevenir ou controlar as doenças crónicas (WHO, 2005) traduzindo-se em benefícios ao nível físico como, a manutenção do peso saudável e redução do risco de obesidade, diminuição de doenças cardiovasculares, melhoria da função imunitária, manutenção da força muscular, melhoria da capacidade respiratória, da flexibilidade

e da saúde articular (OMS, 2007; Camões & Lopes, 2008; Thompson & Voss, 2009); ao nível psicossocial, traduzindo-se na redução da sintomatologia depressiva e ansiógena, e aumento da sensação de bem-estar, envolvendo maiores níveis de autoconfiança e conseqüente satisfação pessoal (Hooker et al., 2005; OMS, 2007); ao nível cognitivo, permite um aumento do fluxo sanguíneo e oxigenação cerebral e conseqüentemente previne o risco de declínio cognitivo (Williams & Kemper, 2010).

- k. Alimentação saudável: o objetivo principal da promoção e adoção de um comportamento alimentar saudável é otimizar a saúde das pessoas e prevenir os estados de morbidade decorrentes de uma alimentação inadequada (WHO, 2003; Graça & Gregório, 2013) sendo recomendado a diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal, aumentando os consumos de frutos e vegetais (WHO, 2003). As dietas prescritas para as doenças crónicas podem ter um efeito protetor na saúde física, assim como, na redução do declínio cognitivo (Williams & Kemper, 2010).
- l. Gestão do stress: implica a identificação e mobilização de recursos psicológicos e físicos para efetivamente controlar ou reduzir os níveis de stress (Walker & Hill-Polerecky, 1996). O stress é uma experiência humana inevitável e incontornável em qualquer sociedade (Pender, Murdaugh & Parons, 2011).

Todos estes fatores contribuem para a promoção da Saúde física e Mental, o que possibilita o ajuste necessário para lidar com as emoções positivas e negativas experienciadas ao longo da vida, como no caso do luto.

2.3. O Papel do Psicólogo no Processo de Luto

O papel do Psicólogo no Processo do Luto é fundamental na medida em que promove a aceitação da perda de forma adaptativa e ajustada, propiciando uma reorganização das crenças acerca de si mesmo e do mundo. Pretende-se que o indivíduo estabeleça um novo equilíbrio que lhe permita, não esquecer a perda e o ente querido, mas aprender a viver com ela (Weiss, 1988, cit. in Shapiro, 1994).

Relativamente à intervenção, segundo Worden (1983) o objetivo da terapia é identificar e resolver os conflitos de separação que precedem o completar das tarefas de luto, nos indivíduos que vivenciam um luto ausente, retardado, excessivo e prolongado.

Segundo McGoldrick (1991, in Walsh & McGoldrick, 1991), o objetivo primário da intervenção passa pelo reconhecimento da realidade da morte, de modo a possibilitar

a adaptação à perda e diminuir a sensação de mistificação. Sugere-se a utilização do questionamento como técnica, de modo a colocar algumas questões relacionadas com as circunstâncias da perda, particularmente: “*Onde ocorreu a morte?*”, “*Como ocorreu?*”, “*Quem comunicou o acontecimento ao enlutado?*”, “*Participou nas cerimónias fúnebres?*”, entre outras que o terapeuta considere relevantes. Alguns sentimentos podem não ser reconhecidos pelo sobrevivente, como é o caso da raiva, da culpa, da ansiedade e do desamparo. Deste modo, o terapeuta deve promover a identificação e expressão de sentimentos relativos à perda, de forma a facilitar o afastamento emocional do ente querido e promovendo novos relacionamentos.

Outro objetivo passa pela experiência compartilhada da perda e a sua colocação em contexto, o que envolve os rituais fúnebres e outras experiências através das quais as famílias podem compartilhar o legado emocional da perda. Esta partilha possibilita a integração da experiência da perda, promovendo o seu sentido de continuidade familiar, cultural e humana.

A intervenção psicológica no luto, passa, também, pela reorganização do sistema familiar, isto é, quando não se verifica uma adaptabilidade na reorganização sem a pessoa falecida, a intervenção facilita a realização desta tarefa complexa e, muitas vezes, dolorosa, que pode acarretar alterações de papéis e funções desempenhadas pelos diferentes membros.

Uma vez que existe uma grande variedade de respostas à perda, o terapeuta deve ter em conta as diferenças individuais de cada indivíduo, assim como, proporcionar um apoio/suporte contínuo, nomeadamente, em períodos de crise. Por fim, o autor Worden (2009) refere que o terapeuta deverá identificar os estilos de coping que enlutado possui para lidar com a situação de luto e, no caso de os comportamentos e sentimentos manterem-se disfuncionais, deverá possibilitar um novo plano terapêutico.

De um modo geral, a intervenção no luto assenta em determinadas linhas orientadoras. A mais relevante no processo, é o estabelecimento do vínculo terapêutico, o que promove a abertura da experiência de luto e a partilha e validação de sentimentos. Seguidamente, pretende-se explorar as circunstâncias da perda e o impacto nas rotinas e qualidade de vida do indivíduo. Transversalmente dever-se-á explorar a história de vida do sujeito, senda esta um fator crucial para a compreensão das características apresentadas na experiência de luto (Raphael, Middleton, Martinek & Misso, 1993, cit in Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993).

2.3.1. Como intervir dentro do Modelo Cognitivo-Comportamental

2.3.1.1. Em termos de objetivos terapêuticos

O objetivo terapêutico na Terapia Cognitivo-Comportamental perante uma situação de luto, por perda de um ente querido, tem por base identificar recursos disponíveis e avaliar as principais queixas/preocupações do paciente. Num primeiro momento, recomenda-se defini-las; por seguinte, priorizá-las; e, por fim, abordá-las, tendo em consideração o suporte social e auxiliando na tomada de decisões, uma vez que, o enlutado encontra-se fragilizado, vulnerável e desorganizado (Remor, 1999).

2.3.1.2. Em termos de estratégias terapêuticas

Mediante os principais objetivos terapêuticos, sugerem-se estratégias que promovam mecanismos e comportamentos adaptativos ao processo de luto, para que estes possam ser aprendidos e/ou modificados, nomeadamente (Basso & Wainer, 2011):

- Escuta ativa e resposta empática: promove a aliança terapêutica, é fundamental no processo terapêutico.
- Expressão e validação emocional: possibilita a comunicação do enlutado, no que diz respeito aos seus sentimentos. Estes são caracterizados como normativos/desadaptativos perante o contexto atual de vida. Deste modo, o enlutado experiencia uma redução da intensidade do sofrimento, sensação de apoio emocional e aceitação da própria emoção.
- Resolução de Problemas: promove a resolução dos problemas, promovendo a funcionalidade e diminuindo a complexidade dos mesmos (Nezu & Nezu, 1999). É importante que o participante consiga verificar a existência de distorções cognitivas que impossibilitam a aceitação da realidade da perda, assim como, a construção de estratégias e recursos que promovam o confronto com a situação de luto.
- Treino de Competências Sociais: promove e ensina novas habilidades cognitivas como o automonitoramento e as competências verbais e comportamentais, para que o enlutado consiga perceber e lidar melhor com o ambiente (Caballo, 2003). Neste caso, recomenda-se que possam ser listadas algumas situações em que o indivíduo apresenta dificuldades na sua resolução. Na maioria das situações, os enlutados encontram-se deprimidos e tendem a antecipar sentimentos negativos, de modo a avaliar inadequadamente o grau de dificuldade.

- Automonitoramento: promove a capacidade de metacognição, com intuito de compreender o seu pensamento (Flavell, 1979). Recomenda-se que, diante de uma situação aversiva, o enlutado identifique o que está fazendo, a pensar e a sentir. Pode ser designado como o pensar sobre o pensamento: “Desde que o meu marido faleceu, as pessoas não me procuram. Se esse pensamento fosse verdade, como me sentiria?”.
- Estratégias de Coping: diz respeito ao conjunto das estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas, como o luto. Caracteriza-se por uma resposta cognitiva e comportamental face ao evento stressor, com o objetivo de aliviar características aversivas (Lisboa et al., 2005; Folkman & Lazarus, 1980).
- Reestruturação Cognitiva: identificam-se pensamentos desadaptativos, com o intuito de avaliar e promover pensamentos mais adaptativos (Beck, 1997). Desta forma, pode ser utilizado o modelo A-B-C (A=situação, B=pensamento, C=consequência) para auxiliar o paciente a identificar a situação problema e o pensamento automático: “O que aconteceu para eu me sentir assim?”. Em seguida, após a identificação do pensamento, pretende-se avaliar a veracidade desse pensamento: “Que evidências eu tenho para comprovar esse pensamento?”; “Esse pensamento é realista?”. Num último momento, orienta-se o paciente a substituir o pensamento por afirmações mais racionais: “Qual seria o pensamento mais adaptativo e saudável nessa situação?”.
- Prevenção e Recaída: No decorrer do processo psicoterapêutico, são oferecidas estratégias para lidar de forma eficaz com o problema percebido, através da psicoeducação sobre o processo de luto, sobre os sinais e sintomas e sobre as dificuldades e a autoeficácia (Beck, et al., 1979). Posteriormente em situações de crise serão utilizados recursos para enfrentar possíveis problemas: “Quais os fatores de risco?”; “Quais as estratégias a utilizar neste momento?”.

2.3.1.3. Em termos de técnicas terapêuticas

As técnicas são utilizadas como instrumentos para identificar pensamentos disfuncionais, que geram interpretações desadaptativas. Na intervenção psicológica no luto são utilizadas técnicas como (Basso & Wainer, 2011):

- Psicoeducação: informação sobre o luto e os processos inerentes, sinais e sintomas frequentes, estratégias de coping, fatores de risco e estilos de vida saudáveis. O que promove a compreensão da situação atual perante a perda do ente querido (Garner, 1997) e os comportamentos a adotar.
- Registo de Pensamentos Disfuncionais: utilizado para a identificação e compreensão de pensamentos do enlutado em determinada situação, e, identificar crenças associadas às emoções e comportamentos vivenciados (Beck, 1997).
- Role-play: caracteriza-se pela simulação de um evento/momento, onde o enlutado dramatiza o que diria a outro indivíduo que estivesse na mesma situação (Beck, 1997). Promove as estratégias de confronto.
- Cadeira Vazia: advinda da Gestalterapia (Barbato e Irwin, 1992), permite que as questões não resolvidas sejam reintegradas à vida do enlutado. A técnica permite reproduzir um encontro com a pessoa falecida, com o objetivo de dialogar com ela e entrar em contato emocional com o evento. Verifica-se um maior impacto no enlutado, comparativamente ao diálogo sobre o ente querido (Polster e Polster, 1973).
- Descoberta Guiada: esta técnica, como o próprio nome diz, busca descobrir significados mais profundos com base na informação dada pelo sobrevivente. O que ele atribui, pensa e entende perante uma situação. Perguntas como: “O que significa isso para si?”, “Se isso fosse verdade, o que quer dizer de si?”. Promove a evocação de crenças centrais (Beck, 1997).
- Dessensibilização Sistemática: o enlutado e o terapeuta hierarquizam as situações ansiogênas para o paciente, do menor para o maior evento ansiogênico. Promove a confrontação deste, com a finalidade de dessensibilização (D’Zurilla & Goldfried, 1971).

Em suma, a Terapia Cognitivo Comportamental é composta por inúmeros instrumentos que podem ser usados no decorrer da intervenção psicológica, auxiliando na alteração de padrões de funcionamento disfuncionais, provedores de sofrimento.

3. Desenvolvimento do Programa e Grupo de Intervenção

3.1. Objetivos da Intervenção Psicológica em Grupo

Oferecer:

- Informação para a compreensão do processo do luto;

- Espaço para identificação, expressão e aceitação de sentimentos, emoções e pensamentos individuais relacionados com a perda;
- Estratégias de confronto ativo para lidar com eficácia face diferentes respostas de luto;
- Oportunidade para crescimento e desenvolvimento pessoal;
- Possibilidade da adoção de comportamentos que permite um maior poder sobre a sua vida e bem-estar;
- Celebrar a vida de quem partiu, na vida de quem ficou: recordar e não esquecer.

3.2. População Alvo:

Devem ser incluídos no grupo de intervenção, pacientes (conjugues, filhos e cuidadores) sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHS CP.

3.3. Caracterização do Grupo:

Pretende-se que o grupo seja constituído por cerca de 8 indivíduos que vivenciam um processo de luto e aceitaram a participação (motivação intrínseca).

- **Abertura do grupo:** sugere-se que o grupo seja fechado.
- **Heterogeneidade do grupo:** correlaciona-se com o sexo, idade, nível de escolaridade, tempo de perda e o grau de parentesco com a pessoa falecida.

3.4. Processo de Seleção:

Os participantes foram selecionados e questionados sobre a participação no programa de intervenção. Aquando da confirmação da presença, foi realizado o envio da convocatória, para a sessão seguinte. No dia de cada sessão, os participantes devem dirigir-se ao balcão administrativo da consulta externa II, 15 minutos antes da hora marcada, para efetivar a consulta e onde receberão instruções específicas sobre o local a aguardar. Em caso de impossibilidade de presença na sessão, deverá ser justificada a ausência, assim que possível. Duas faltas injustificadas implicam alta do grupo de intervenção por abandono.

3.5. Local:

A intervenção realizar-se-á na sala de formação do edifício da Consulta Externa II, piso III.

3.6. Número de Dinamizadores:

Para a realização da intervenção, sugere-se a presença de dois terapeutas psicólogos, um dinamizador principal e um co-terapeuta, com domínio sobre os conteúdos do Luto, assim como, experiência ao nível de intervenção neste domínio.

3.7. Cronograma:

Estão planeadas 6 sessões mensais, com duração de aproximadamente 120 minutos para cada sessão.

3.8. Comportamento de Cada Participante:

Espera-se que os participantes sejam assíduos e pontuais, saibam estar em grupo, respeitem-se a si próprios e aos outros elementos, na medida de saber ouvir e saber falar, com educação e responsabilidade.

4. Estrutura das Sessões

Plano de Sessão 0: “Apresentação da atividade”

Modelo: <ul style="list-style-type: none">• Psicoeducativo-Motivacional• Modelo cognitivo-comportamental	Participantes: pacientes sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHS CP.	Duração: 120 minutos	Data: 7 de Janeiro de 2020 às 14 horas.
Técnicas: Escuta ativa e resposta empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo.			

Objetivos	Atividades	Tempo	Equipamentos e Materiais
<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer sinalização para participação nesta atividade em grupo; • Apresentar objetivos e conteúdos da intervenção; • Selecionar os participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação sobre os objetivos; • É pedido aos participantes que mencionem o nome, idade, grau de parentesco em relação ao familiar perdido e o tempo da perda; • Os participantes, de forma ordenada devem referir se pretendem ou não dar continuidade ao programa terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 45 min. • 25 min. • 20 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; • Documentos para sinalização dos voluntários.

Plano de Sessão 1: “Quem Sou Eu e o que é o Luto?”

A sessão 1 centra-se no estabelecimento da aliança terapêutica, assim como, na coesão do grupo, de modo a proporcionar a validação de emoções.

Modelo: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducativo-Motivacional • Modelo cognitivo-comportamental 	População - alvo: pacientes sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHS CP.	Duração: 120 minutos	Data: 4 de Fevereiro de 2020 às 16 horas (Grupo 2).
Técnicas: Escuta ativa e resposta empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo; Discussão em grupo.			11 de Fevereiro de 2020 às 16 horas (Grupo 3).
Objetivo	Atividades	Tempo	Equipamentos e Materiais

<ul style="list-style-type: none"> • Coesão do Grupo; • Apresentar terapeutas e participantes; • Recapitular normas e regras; • Explorar expectativas e objetivos dos participantes em relação ao programa; • Avaliação Psicométrica Pré-Teste • Psicoeducação: O que é o Luto e processos inerentes; • Avaliar conteúdos apreendidos: “Hoje aprendi ...” • Entregar panfleto sobre a sessão; • Agendar próxima sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Passagem do novelo, de forma aleatória, é pedido aos participantes que se apresentem (nome, idade, grau de parentesco, motivo da morte); • Perguntar aos participantes quais as regras que devem ser mantidas durante o programa (ex: nenhuma dor é maior que a outra); • Escrever e colocar dentro do chapéu as suas expectativas, objetivos e metas pessoais que esperam atingir até ao final do programa. Na última sessão em grupo, deverão rever os mesmos objetivos e perceber se foram atingidos; • Consentimento Informado; • Preenchimento do Inventário de Luto complicado (Prigerson et al., 1995; Frade e Rocha, 2010) possibilitando a avaliação da sintomatologia no luto e permitindo a diferenciação entre o Luto Complicado e o Luto Normativo/ Não Complicado; • Preenchimento do questionário Brief Cope (Ribeiro & Rodrigues, 2004) de modo a avaliar as estratégias de coping do indivíduo; • Explorar o que os participantes entendem por “Luto”; 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 min. • 10 min. • 15 min. • 5 min. • 20 min. • 20 min. • 10 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jogo do novelo; • Chapéu; • Folhas brancas; • Canetas; • Computador; • Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; • Instrumentos Psicométricos; • Cartolina; • Marcador; • Papéis azuis (data próxima sessão).
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em PowerPoint sobre o luto e os processos inerentes, de modo a facilitar o acompanhamento da sessão; • Referir o que aprenderam na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 min. • 15 min. 	
<p>T.P.C.: Preenchimento de um questionário sociodemográfico de modo a conhecer o paciente;</p> <p>Material para a próxima sessão: Lembranças do familiar que queiram partilhar (ex: fotos).</p>			

Plano de Sessão 2: “Conhecer a Pessoa Falecida”

A sessão 2 centra-se na exploração da tarefa um de Worden, de modo a proporcionar sentimentos e emoções desencadeadas pelo processo de luto, através de memórias/lembranças.

<p>Modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducativo-Motivacional • Modelo cognitivo-comportamental 	<p>Participantes: pacientes sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHS CP.</p>	<p>Duração:</p> <p>120 minutos</p>	<p>Data:</p> <p>8 de Maio de 2020 às 11 horas (Grupo 2).</p>
<p>Técnicas:</p> <p>Escuta ativa e resposta empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo.</p>			<p>15 de Maio de 2020 às 11 horas (Grupo 3).</p>
Objetivos	Atividades	Tempo	Equipamentos e Materiais
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar acontecimentos significativos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre aceitar a realidade da perda; • Vídeo sobre o Processo de Luto: https://www.youtube.com/watch?v=PLECniSeC2M https://www.youtube.com/watch?v=TqJwjwJf9tY 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min. • 8 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartões com frases; • Computador; • Equipamentos digitais;

<ul style="list-style-type: none"> • Recolher questionários sociodemográficos; • Psicoeducação e exploração da tarefa 1 de Worden (2009): Aceitar a realidade da perda; • Apresentar da Pessoa Falecida; • Explorar as circunstâncias em que ocorreu a perda; • Refletir sobre as características da pessoa falecida; • Confrontar memórias que possam provocar sentimentos dolorosos; • Avaliar o que aprenderam: “Hoje aprendi ...”; • Entregar panfleto sobre a sessão; • Agendar próxima sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação através de lembranças pedidas na sessão anterior e partilhar, identificando momentos significativos (memórias favoritas, memórias de crescimento conjunto, circunstâncias em que ocorreu a perda, rituais de despedida, rotinas de “ausência”); • Exercício da Metáfora: “Se a Pessoa Falecida fosse...”; em círculo, cada elemento deve refletir sobre a pessoa perdida e como caracterizava a sua relação ao longo do tempo, tendo como facilitador vários cartões com as seguintes frases: <ul style="list-style-type: none"> a. Se a pessoa falecida fosse uma cor, qual seria e porquê? b. Se a pessoa falecida fosse um lugar/paisagem, qual seria e porquê? c. Se a pessoa falecida fosse um objeto, qual seria e porquê? d. Se a pessoa falecida fosse um perfume, qual seria e porquê? e. Se a pessoa falecida fosse um alimento, qual seria e porquê? f. Se a pessoa falecida fosse uma bebida, qual seria e porquê? g. Se a pessoa falecida fosse um <i>hobbie</i>, qual seria e porquê? h. Se a pessoa falecida fosse uma profissão, qual seria e porquê? • Identificar qualidades, mas também defeitos da pessoa falecida (ex: o que a fez amar aquela pessoa e o que precisava de ser perdoado); • Referir o que aprenderam na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 min. • 25 min. • 20 min. • 15 min. 	<p>projedor, tela de projeção;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartolina; • Marcador; • Papéis azuis (data próxima sessão).
---	---	--	---

Plano de Sessão 3: “As Emoções e a Dor”

A sessão 3 centra-se na exploração da tarefa um e dois de Worden, de modo a proporcionar a identificação emoções e respetivas vivências, assim como, sentimentos e emoções desencadeadas pelo processo de luto.

Modelo: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducativo-Motivacional • Modelo cognitivo-comportamental 	População - alvo: pacientes sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHS CP.	Duração: 120 minutos	Data: 29 de Maio de 2020 às 11 horas (Grupo 2). 5 de Junho de 2020 às 11 horas (Grupo3).
Técnicas: Escuta ativa e resposta empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo.			
Objetivos	Atividades	Tempo	Equipamentos e Materiais
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar acontecimentos significativos; • Psicoeducação e exploração das tarefa 1 e 2 de Worden (2009): Aceitar a realidade da perda e processar a dor do Luto; • Valorizar a experiência emocional individual relacionada com a 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre processar a dor do Luto; • Aos participantes, em círculo, é sugerido a identificação de emoções, referindo o nome, se a emoção é positiva ou negativa e quando foi a última vez que a vivenciaram; • Cada um dos participantes deve escolher e referir qual a emoção que descreve melhor a sua situação atual, desde quando essa emoção prevalece na sua vida e quais as estratégias adotadas; • Role-play: em pares, os participantes irão interpretar o papel 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min. • 15 min. • 20 min. • 40 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressões faciais em papel; • Computador; • Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; • Cartolina; • Marcador; • Papéis azuis (data próxima sessão).

<p>perda e com processo de luto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar a gestão emocional e estratégias de coping para lidar com a perda; • Avaliar o que aprenderam: “Hoje aprendi ...”; • Entregar panfleto sobre a sessão; • Agendar próxima sessão. 	<p>da pessoa que tem à sua frente, o que envolve o conhecimento da história de perda do outro, enquanto que, o segundo elemento assume o papel de conselheiro que dará conselhos sobre o que faria se estivesse na situação presente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir o que aprenderam na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min. 	
---	---	---	--

Plano de Sessão 4: “Mudanças em Mim e na Minha Família”

A sessão 4 centra-se na exploração da tarefa três de Worden, de modo a proporcionar a identificação e avaliar alterações nas rotinas e respetivas dinâmicas familiares, após a morte do ente querido.

<p>Modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducativo-Motivacional • Modelo cognitivo-comportamental 	<p>População - alvo: pacientes sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHSCP.</p>	<p>Duração: 120 minutos</p>	<p>Data: 19 de Junho de 2020 às 11 horas (Grupo 2) 26 de Junho de 2020 às 11 horas (Grupo3)</p>
<p>Técnicas: Escuta ativa e resposta empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo.</p>			
<p style="text-align: center;">Objetivos</p>	<p style="text-align: center;">Atividades</p>	<p style="text-align: center;">Tempo</p>	<p style="text-align: center;">Equipamentos e Materiais</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Explorar acontecimentos significativos; • Psicoeducação e exploração da tarefa 3 de Worden (2009) – Adaptar-se a um mundo sem a pessoa falecida: • Encorajar a reflexão sobre mudanças experienciadas no seu sentido de self, identidade e família; • Explorar alterações nos papéis e dinâmicas familiares; • Reforçar valores, papéis e relações que facilitem a capacidade do participante em se orientar; • Identificar mudanças perspectivadas. • Avaliar o que aprenderam: “Hoje aprendi ...”; • Entregar panfleto sobre a sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre adaptar-se a um mundo sem a pessoa falecida; • Em círculo, é sugerido que cada participante, de forma aleatória reflita e partilhe sobre questões como: <ul style="list-style-type: none"> - Quais as tarefas/funções que o meu familiar tinha e que atualmente eu realizo (ex: levar o cão à rua e cortar a relva)? - Quais as maiores dificuldades sentidas após a morte do familiar, a nível pessoal, profissional e social (ex: não frequento os lugares que frequentava com a pessoa)? - Quais os pontos positivos nestas mudanças? - Quais as mudanças que pretendo realizar no futuro? • Sugere-se que, cada participante escolha uma imagem que reflita a sua família antes da perda, a sua família atualmente e o que espera que a sua família seja no futuro (em cima da mesa estão imagens representativas de famílias felizes e famílias tristes, numerosas ou em número mais reduzido). Explicação do motivo da escolha; • Referir o que aprenderam na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min. • 40 min. • 35 min. • 15 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagens da família impressas; • Computador; • Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; • Cartolina; • Marcador; • Papéis azuis (data próxima sessão).
---	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Agendar próxima sessão. 			
---	--	--	--

Plano de Sessão 5: “Apesar do adeus, ainda posso dizer...”

A sessão 5 centra-se na exploração da tarefa quatro de Worden, promovendo a continuidade dos laços com o ente querido, realçando o controlo do enlutado sobre a vida e o seu papel ativo no processo do luto.

Modelo: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducativo-Motivacional • Modelo cognitivo-comportamental 	População - alvo: pacientes sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHSCP.	Duração: 120 minutos	Data: 17 de Julho de 2020 às 11 horas (Grupo 2).
Técnicas: Escuta ativa e resposta empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo.			24 de Julho de 2020 às 11 horas (Grupo 3).
Objetivos	Atividades	Tempo	Equipamentos e Materiais
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar acontecimentos significativos; • Psicoeducação e exploração da tarefa 4 de Worden (2009) – Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações; 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações; • Realçar a ligação que continua a existir com o familiar, reforçar esta ligação, mas mencionar que se transformou. Utilizar expressões como: <ul style="list-style-type: none"> - “O que sempre te quis dizer...” - “O que nunca compreendeste...” - “Quero que saibas sobre mim...” • Refletir e identificar formas de como reconquistar o “poder/ controlo” 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min. • 20 min. • 20 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frases em Cartolina para facilitar discurso; • Computador; • Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; • Cartolina; • Marcador;

<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar e realçar o papel de agente ativo na definição do caminho percorrido por cada participante no processo de luto e reconstrução da vida sem o falecido; • Identificar atividades percebidas como prazerosas/relaxantes (passadas, presentes ou futuras); • Avaliar o que aprenderam: “Hoje aprendi ...”; • Entregar panfleto sobre a sessão; • Agendar próxima sessão. 	<p>sobre a vida (estratégias de coping utilizadas);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar o papel ativo e responsabilidade que cada um desempenha no processo de luto (“renegociação da perda”, “reconstrução de significado”); • Discussão sobre atividades percebidas como prazerosas, individual, diádica ou grupalmente; • Referir o que aprenderam na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 min. • 20 min. • 15 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papéis azuis (data próxima sessão).
--	--	---	---

Plano de Sessão 6: “Até breve...”

A sessão 6 centra-se na implementação de estilos de vida saudáveis, realização do balanço da participação no grupo e avaliação pós-teste.

<p>Modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducativo-Motivacional 	<p>População - alvo: pacientes sobreviventes de doentes em tratamentos paliativos, falecido vítima doença</p>	<p>Duração: 120 minutos</p>	<p>Data: 7 de Agosto de 2020 às 11 horas</p>
---	--	------------------------------------	---

<ul style="list-style-type: none"> Modelo cognitivo-comportamental 	<p>crónica e que beneficiavam de acompanhamento psicológico em EIHSCP.</p>		<p>(Grupo 2)</p> <p>14 de Agosto de 2020 às 11 horas</p> <p>(Grupo 3)</p>
<p>Técnicas:</p> <p>Escuta ativa e resposta empática; Exploração; Reflexão; Questionamento; Atividade em grupo.</p>			
<p>Objetivos</p>	<p>Atividades</p>	<p>Tempo</p>	<p>Equipamentos e Materiais</p>
<ul style="list-style-type: none"> Explorar acontecimentos significativos; Implementar hábitos e estilos de vida saudáveis; Integrar os ganhos do processo terapêutico/ do programa; Partilhar/discutir objetivos/metapós o término do grupo; Preencher questionários de avaliação pós-teste; Avaliar o que aprenderam: “Hoje aprendi ...”; Entregar panfleto sobre Hábitos e 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducação sobre hábitos e estilos de vida saudáveis; Partilha dos objetivos de cada participante, explorar metas, utilizar novelo para dinamização do grupo; Preenchimento do Inventário de Luto complicado (Prigerson et al., 1995; Frade e Rocha, 2010) possibilitando a avaliação da sintomatologia no luto e permitindo a diferenciação entre o Luto Complicado e o Luto Normativo/ Não Complicado; Preenchimento do questionário Brief Cope (Ribeiro & Rodrigues, 2004) de modo a avaliar as estratégias de coping do indivíduo; Referir o que aprenderam na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> 30 min. 20 min. 15 min. 15 min. 15 min. 	<ul style="list-style-type: none"> Chapéu com objetivos; Jogo do Novelos; Computador; Equipamentos digitais: projetor, tela de projeção; Cartolina; Marcador;

Estilo de Vida Saudável; • Encerrar Processo.			
--	--	--	--

Bibliografia

- Barbato, A., & Irwin, H. J. (1992). Major therapeutic systems and the bereaved client. *Australian Psychologist*, 27(1), 22-27.
- Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In Barbosa, A. & Neto, I. (eds.), Manual de Cuidados Paliativos. (2a ed). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de Duelo Complicado. *Psicooncologia*, 5.
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Mourning and sudden losses: contributions of Cognitive Behavioral Therapy. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression: a treatment manual. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (1997). Terapia Cognitiva: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1995).
- Blauner, R. (1968). Death, Grief, and Mourning. Geoffrey Gorer. London: The Cresset Press, 1965. vii+ 184 pp. Paperback Ed. Garden City: Doubleday. *Psychoanalytic Review*, 55(3), 521-522.
- Bonanno, G. A. (2001). Introduction: New directions in bereavement research and theory.
- Caballo, V. E. (2003). Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais. São Paulo: Santos.
- Camões, M., & Lopes, C. (2008). Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 208-216.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological bulletin*, 134(5), 648.
- Dorpat, T. L. (1973). Suicide, loss, and mourning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 3(3), 213-224.
- D'zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107.
- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist*, 34,906-911.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
- Garner, D. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In: D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (p. 145-177). New York: The Guilford Press.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31-65
- Graça, P., & Gregório, M. J. (2013). A construção do programa nacional para a promoção da alimentação saudável: aspectos conceptuais, linhas estratégicas e desafios iniciais. *Revista Nutricias*, (18), 06-09.
- Hooker, S. P., Seavey, W., Weidmer, C. E., Harvey, D. J., Stewart, A. L., Gillis, D. E., ... & King, A. C. (2005). The California active aging community grant program: translating science into practice to promote physical activity in older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 155-165.
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., & Marchi, R. B. D. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(2), 345-362.
- Martinelli, S. C., & Sisto, F. F. (2006). *Escala Feminina e Masculina de Autocontrole*. São Paulo: Vetor.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1999). Treinamento em solução de problemas. Em V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia comportamental e modificação de comportamento* (p. 471-493). São Paulo: Santos.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2007). *Envelhecer com saúde: um desafio para a Europa – versão reduzida*. The Swedish National Institute of Public Health.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Loures: Lusociência.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. (8a Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, SA.
- Parkes, C. (2006). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações* (1a.ed.). São Paulo: Summus editorial.

- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Ed.). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. New York: Brunner/Mazel.
- Rebelo, J. (2013). *Desatar o Nó do Luto*. (4a ed.) Alfragide: Casa das Letras.
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: reflexão e crítica*, 12(1), 89-106.
- Rocha, S. M. M., Nogueira, M. L., & Cesario, M. (2009). Social support and networks in health promotion of older people: a case study in Brazil. *International journal of older people nursing*, 4(4), 288-298.
- Rogers, B. (Ed.). (2002). *Teacher leadership and behaviour management*. Sage.
- Shapiro, E. R. (1994). *Grief as a family process: A developmental approach to clinical practice*. Guilford Press.
- Stroebe, M. S., Stroebe, W., & Hansson, R. O. (Eds.). (1993). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge University Press.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.
- Thompson, H. J., & Voss, J. G. (2009). Health-and disease-related biomarkers in aging research. *Research in gerontological nursing*, 2(2), 137-148.
- Tomita, T., & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95-102.
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. University of Nebraska Medical Center (Unpublished manuscript).
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1991). *Morte na Família: sobrevivendo às perdas*. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul, Lda.
- Williams, K. N., & Kemper, S. (2010). Interventions to reduce cognitive decline in aging. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 48(5), 42-51.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(1), 69-78.

- Worden, J. (1983). *Grief Counselling & Grief Therapy*. London and New York: Tavistock Publications.
- Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the mentalhealth* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do Luto*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization, (WHO) (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series No 916. Geneva: WHO.
- World Health Organization, (WHO) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*.

Anexos

Exercício da Metáfora: “Se a Pessoa Falecida fosse...”

- a. Se a pessoa falecida fosse uma cor, qual seria e porquê?
- b. Se a pessoa falecida fosse um lugar/paisagem, qual seria e porquê?
- c. Se a pessoa falecida fosse um objeto, qual seria e porquê?
- d. Se a pessoa falecida fosse um perfume, qual seria e porquê?
- e. Se a pessoa falecida fosse um alimento, qual seria e porquê?
- f. Se a pessoa falecida fosse uma bebida, qual seria e porquê?
- g. Se a pessoa falecida fosse um *hobbie*, qual seria e porquê?
- h. Se a pessoa falecida fosse uma profissão, qual seria e porquê?

Expressões Faciais



Nojo



Raiva



Tristeza



Medo



Surpresa



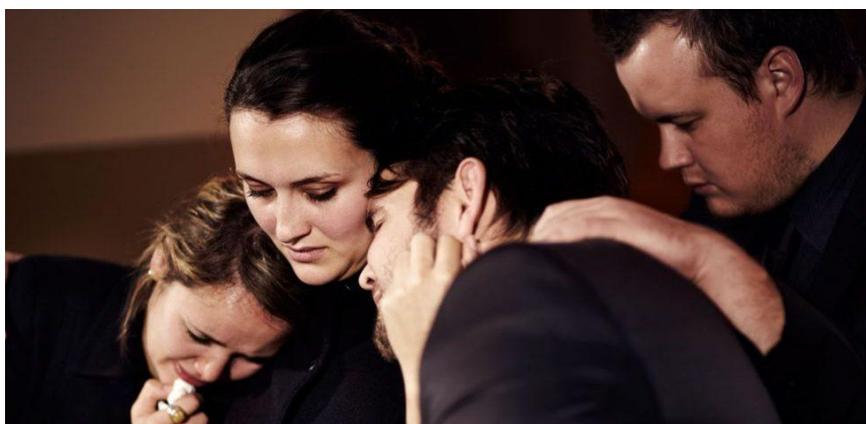
Alegria

A Minha Família no Passado, no Presente e no Futuro

Felicidade:



Tristeza/Sofrimento:





Revolta/Raiva:







CESPU
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS
EM SAÚDE

“Hitórias de uma Vida”

Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda

Grupo Ministrado por
• Dra. Neuza Rocha [redacted] [redacted] 2020

Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Programa das Sessões

-  **6 Sessões Mensais**
-  **120 Minutos por Sessão**
-  **Consulta Externa II**
(Piso III)



Sessão 1

“Quem Sou Eu e o que é o Luto?”



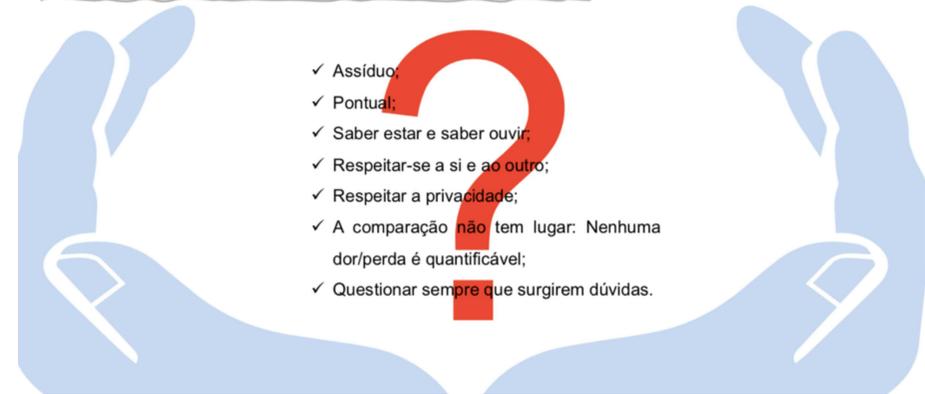
Objetivos da Sessão

- 1** Apresentação
- 2** Recordar Normas e Regras de Funcionamento
- 3** Explorar Expectativas e Objetivos
- 4** Avaliação Pré-teste
- 5** O que é o Luto
- 6** “Hoje aprendi ...”

Quem sou eu?



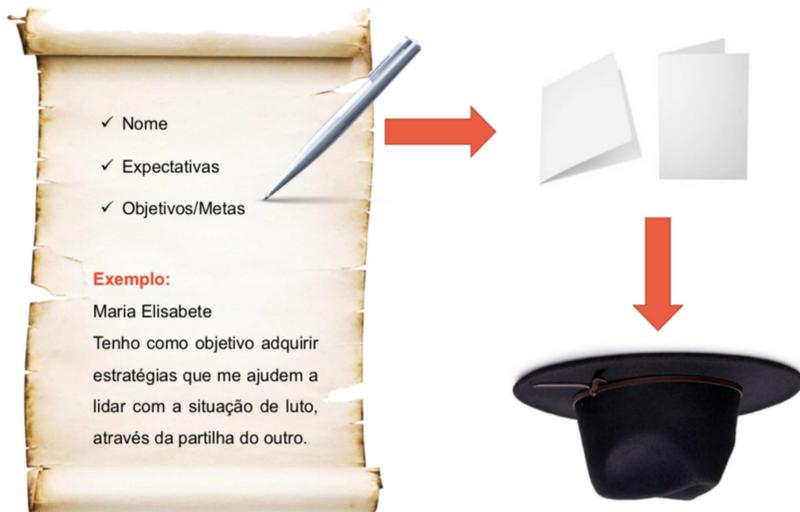
Regras de Funcionamento



- ✓ Nome
- ✓ Expectativas
- ✓ Objetivos/Metas

Exemplo:

Maria Elisabete
Tenho como objetivo adquirir estratégias que me ajudem a lidar com a situação de luto, através da partilha do outro.



Avaliação Pré-Teste





O Luto é ...



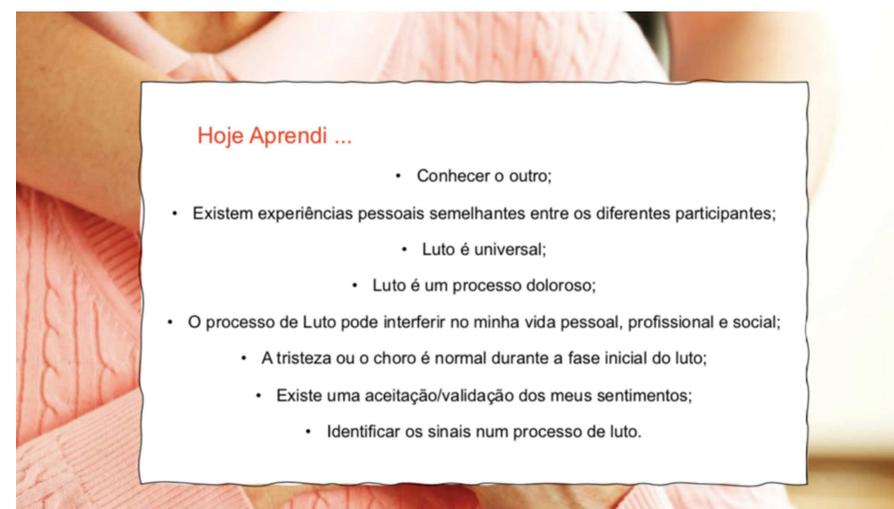
Respostas no Processo do Luto

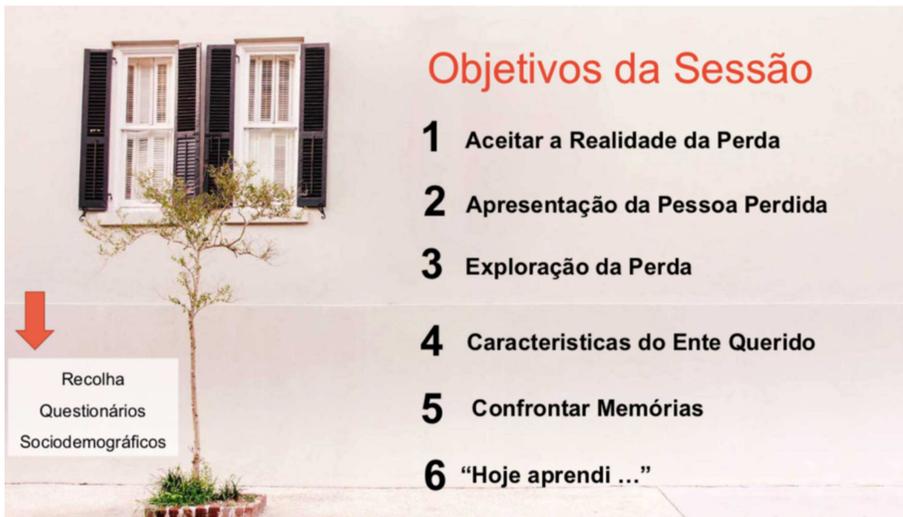


Objetivo é oferecer ...

- ✓ Informação para a compreensão do processo do luto;
- ✓ Espaço para identificação, expressão e aceitação de sentimentos, emoções e pensamentos individuais relacionados com a perda;
- ✓ Estratégias de confronto ativo para lidar com eficácia face diferentes respostas de luto;
- ✓ Oportunidade para crescimento e desenvolvimento pessoal;
- ✓ Possibilidade da adoção de comportamentos que permite um maior poder sobre a sua vida e bem-estar;
- ✓ Celebrar a vida de quem partiu, na vida de quem ficou: recordar e não esquecer.

Intervenção Psicoeducativa e de Auto Ajuda





Objetivos da Sessão

- 1 Aceitar a Realidade da Perda
- 2 Apresentação da Pessoa Perdida
- 3 Exploração da Perda
- 4 Características do Ente Querido
- 5 Confrontar Memórias
- 6 “Hoje aprendi ...”

Recolha
Questionários
Sociodemográficos



Aceitar a Realidade da Perda: Tomada de consciência de que é irreversível!



Aceitação \neq Descrença \rightarrow **NEGAÇÃO**

Envolve os factos da perda e o significado da mesma: quanto sua irreversibilidade

Desvalorização da perda (Pouco significativa)

“Esquecimento Seletivo”: bloqueio de qualquer memória ou pensamento relacionado com a pessoa falecida.

Religião ou espiritualidade: através da esperança de um possível encontro com a pessoa falecida.



“Ele não era um bom pai”.





O Meu Familiar Partilha:

- Memórias favoritas;
- Memórias de crescimento conjunto;
- Circunstâncias da morte;
- Rituais de despedida;
- Rotinas de "ausência".





Exemplo
Hoje aprendi que é necessário falar do meu familiar.

Hoje Aprendi

...



Hoje Aprendi ...
Que não é suficiente dizer que a pessoa faleceu;
Que devo sentir a minha perda, mais do que expressar;
Devo pensar no meu familiar;



Obrigada

Até à próxima sessão



Sessão 3

"As Emoções e a Dor"



Objetivos da Sessão

- 1 Psicoeducação: Aceitar a realidade da perda e processar a dor do luto;
- 2 Valorizar experiência emocional individual;
- 3 Explorar gestão emocional e estratégias de coping para lidar com a perda;
- 4 “Hoje aprendi ...”



Processo do Luto implica 4 fases:

- 1ª Aceitar a realidade da perda
- 2ª Processar a dor do luto
- 3ª Ajustar-se a um mundo sem a pessoa
- 4ª Recolocar, emocionalmente a pessoa falecida e investir em novas/outras relações

Trabalhar a dor advinda da perda

Processar a Dor do Luto




Trabalhar a dor advinda da perda.
Com que objetivo?

Pessoa enlutada poderá evitar o processo de luto:

1. Substâncias psicoativas;
2. Evitamento de pensamentos dolorosos;
3. Fuga de locais ou situações em que enlutado poderá recordar a pessoa falecida;







DOR

Seja vivenciada e não negada por parte da pessoa enlutada.

A ausência destes sentimentos leva a emoções alternativas:

- Raiva
- Culpa
- Tristeza
- Ansiedade
- Solidão
- Sintomas depressivos

IMPORTANTE





MOMENTOS

A tristeza e o choro devem ser expressos e vivenciados.

Principal **OBJETIVO** desta tarefa:

↓

Vivenciar os sentimentos e emoções e não apenas expressá-los.

Processo de Luto

As Emoções

- Nome?
- É positiva ou negativa?
- Quando foi a última vez que a vivenciaram?

Qual a emoção que descreve melhor a sua situação atual?

Desde quando essa emoção prevalece na sua vida?

Quais as estratégias adotadas?










Role-Play

Em pares, irão interpretar o papel da pessoa que têm à vossa frente:

- ✓ conhecer a história de perda do outro;
- ✓ o segundo elemento assume o papel de conselheiro que dará conselhos sobre o que faria se estivesse na situação presente.



Exemplo

Hoje aprendi que a tristeza e o choro devem ser expressos e vivenciados.

Hoje Aprendi

...





Hoje Aprendi ...

Que é importante vivenciar os sentimentos e emoções e não apenas expressá-los.

Que é necessário expressar e viver a dor da perda, para evitar sintomas físicos, emocionais e comportamentais;

Que a ausência destes sentimentos pode levar a emoções como a raiva, a culpa, a tristeza, a ansiedade, a solidão e os sintomas depressivos.



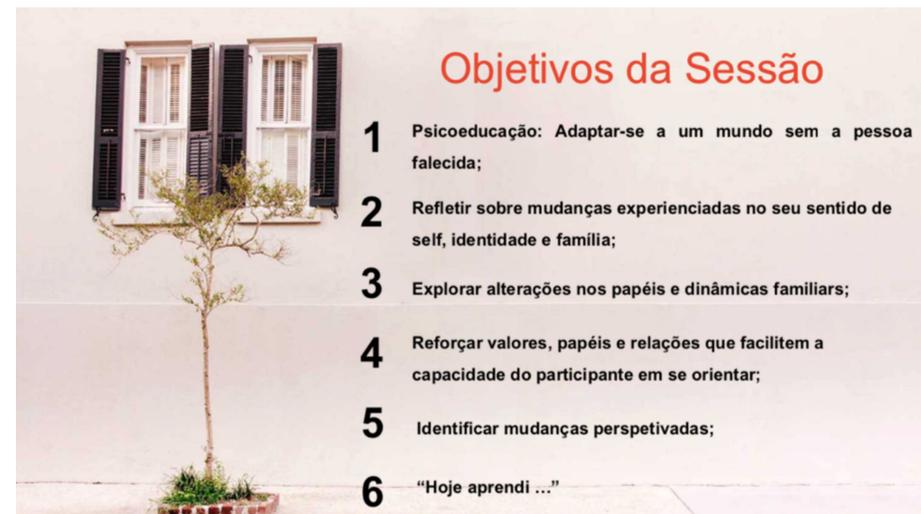
Obrigada

Até à próxima sessão



Sessão 4

"Mudanças em Mim e na Minha Família"



Objetivos da Sessão

- 1** Psicoeducação: Adaptar-se a um mundo sem a pessoa falecida;
- 2** Refletir sobre mudanças experienciadas no seu sentido de self, identidade e família;
- 3** Explorar alterações nos papéis e dinâmicas familiares;
- 4** Reforçar valores, papéis e relações que facilitem a capacidade do participante em se orientar;
- 5** Identificar mudanças perspectivadas;
- 6** "Hoje aprendi ..."



Ajustes Externos	Ajustes Internos	Ajustes Espirituais
<ul style="list-style-type: none"> A perda do familiar irá influenciar o funcionamento global da pessoa; Requer um ajustamento a um novo ambiente sem o familiar; Dependem de vários fatores: <ul style="list-style-type: none"> - relacionamento com o familiar; - papéis que o familiar desempenhava (consciência dos papéis 3-4 meses após evento); O enlutado deverá desenvolver novos papéis e novas competências; Tomada de decisões é um fator relevante para o enlutado (sentimento de desamparo). 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptação ao significado de si mesmo, à autoestima e à autoeficácia ("novo self"); Importante: o enlutado a sentir-se como "indivíduo" e não como parte de uma "diade". 	<ul style="list-style-type: none"> Visão da pessoa enlutada; mundo, as suas crenças e a forma como percebe o ambiente; A perda pode levar a questões sobre os valores e crenças da pessoa (influenciados pela família, pares, educação, religião, experiências de vida); Procura significado na perda e nas respetivas mudanças, de modo, reestruturar rotinas e a estabelecer um controlo da sua vida; Importante promover a autoestima e autoeficácia (áreas em que a pessoa tem maior controlo e nas quais é bem-sucedida);

Refleta e Partilhe

- Quais as tarefas/funções que o meu familiar tinha e que atualmente eu realizo (ex: levar o cão à rua e cortar a relva)?
- Quais as maiores dificuldades sentidas após a morte do familiar, a nível pessoal, profissional e social?
- Quais os pontos positivos nestas mudanças?
- Quais as mudanças que pretendo realizar no futuro?

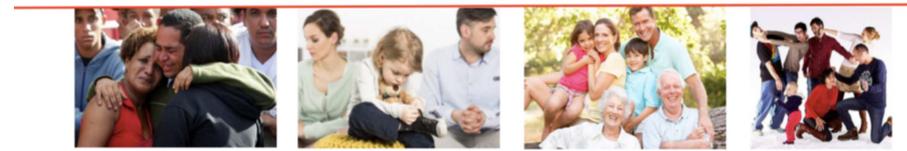


Qual a uma imagem que reflete a sua família antes da perda?

Qual a uma imagem que reflete a sua família atualmente?

O que espera que a sua família seja no futuro?

Explique o motivo da escolha.



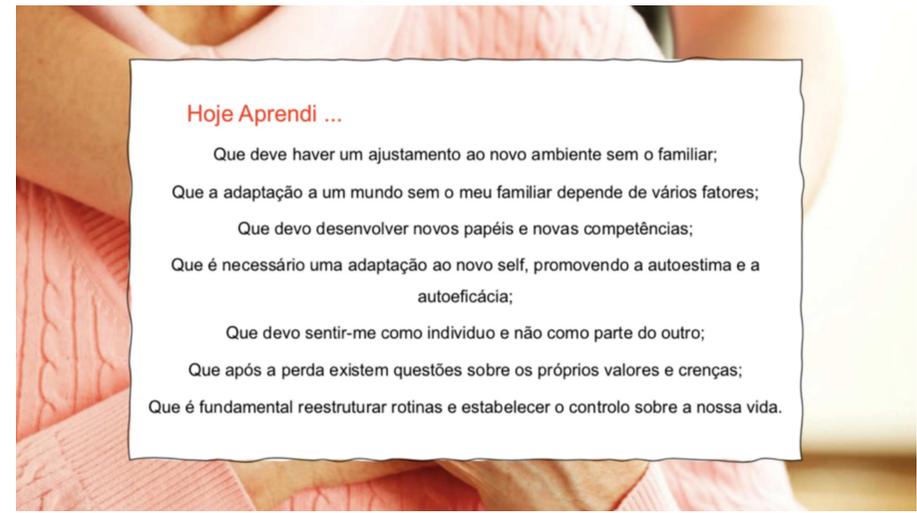


Exemplo

Hoje aprendi que a perda do meu familiar irá influenciar o meu funcionamento global.

Hoje Aprendi

...



Hoje Aprendi ...

- Que deve haver um ajustamento ao novo ambiente sem o familiar;
- Que a adaptação a um mundo sem o meu familiar depende de vários fatores;
- Que devo desenvolver novos papéis e novas competências;
- Que é necessário uma adaptação ao novo self, promovendo a autoestima e a autoeficácia;
- Que devo sentir-me como indivíduo e não como parte do outro;
- Que após a perda existem questões sobre os próprios valores e crenças;
- Que é fundamental reestruturar rotinas e estabelecer o controlo sobre a nossa vida.



Obrigada

Até à próxima sessão



Sessão 5

"Apesar do adeus, ainda posso dizer..."



Objetivos da Sessão

- 1** Psicoeducação: Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações;
- 2** Enfatizar e realçar o papel de agente ativo na definição do caminho percorrido por cada participante no processo de luto e reconstrução da vida sem o falecido;
- 3** Identificar atividades percebidas como prazerosas/relaxantes;
- 4** "Hoje aprendi ..."



Processo do Luto implica 4 fases:

- 1ª Aceitar a realidade da perda
- 2ª Processar a dor do luto
- 3ª Ajustar-se a um mundo sem a pessoa
- 4ª Recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida e investir em novas/outras relações

Recordar a relação significativa mantendo-a presente

(Note: The 4th phase is circled in green, and a green arrow points from it to the 'Recordar a relação...' box.)

Recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida e **investir em novas/outras relações**



✓

Esta nova relação deverá ser adequada à realidade em que a pessoa se encontra.

De modo, a envolver-se em novas relações.

Encontrar novas formas de manter laços continuados com o familiar, não esquecendo o investimento numa nova vida.





✗

Permanecer "preso" ao vínculo com a pessoa falecida.

↓

O que a impede de construir e investir em novas relações.

O enlutado vivencia um sofrimento acrescido e doloroso que acaba por fazer um "pacto" com o próprio para não voltar a nutrir sentimentos positivos pelo outro.

No Processo de Luto



É fundamental por parte do enlutado, a tomada de ação e a consciência de que é possível fazer algo para minimizar o sofrimento (envolvimento e motivação).

Realçar ligação apesar de transformada

“O que sempre te quis dizer...”
“O que nunca compreendeste...”
“Quero que saibas sobre mim...”



Estratégias de Coping

Refletir e identificar formas de como reconquistar o “poder/ controlo” sobre a vida.
Papel ativo e responsabilidade que cada um desempenha no processo de luto



Atividades Prazerosas:
Individuais, Diádicas
ou Grupais.



Exemplo

Hoje aprendi que não devo esquecer o meu familiar, mas devo investir em novas relações.

Hoje Aprendi

...

Hoje Aprendi ...

- Que não devo permanecer "preso" ao vínculo com a pessoa falecida;
- Que devo envolver-me em novas relações;
- Que estas relações deveram ser adequadas à minha realidade;
- Que é necessário envolvimento e motivação para diminuir o meu sofrimento;
- Que posso manter a relação com o meu familiar, sendo que esta está transformada;
- Que existem atividades que eu posso desenvolver, que promovem a minha saúde física, mental e social.

Obrigada

Até à próxima sessão



Sessão 6

"Até breve..."

Objetivos da Sessão

- 1 Psicoeducação: Hábitos e estilos de vida saudáveis;
- 2 Integrar os ganhos do processo terapêutico;
- 3 Partilhar/discutir objetivos/metapas após o término do grupo;
- 4 Preencher questionários de avaliação pós-teste;
- 5 "Hoje aprendi ..."
- 6 Encerrar Processo.

Bem-Estar e Qualidade de Vida

Vamos Aprender ...



Ao longo do ciclo vital o indivíduo acarreta mudanças, às quais tem de se adaptar. Estas afetam o bem-estar físico e psicológico e a sua satisfação com a vida.



Adoção de comportamentos promotores de saúde e a minimização de fatores de risco (ações quotidianas desenvolvidas para promover, proteger e manter a saúde, potenciando a autonomia no autocuidado).

As alterações, as perdas e até os ganhos da idade avançada requerem uma mudança de vida e uma nova aprendizagem.

Através de uma vida ativa que traga satisfação e realização pessoal, tendo como resultado uma melhoria na saúde, na capacidade funcional e na qualidade de vida.

Bem-estar e Qualidade de Vida

Têm como principais componentes as seguintes dimensões:



Responsabilidade em Saúde	Relações Interpessoais	Autoaceitação	Autonomia
Procura ativa de informação sobre a saúde.	Oferecem recursos psicológicos e materiais lidar com a adversidade, reduzindo o isolamento. Associadas à recuperação de doenças graves e ao aumento da procura de cuidados preventivos; Promovem o senso de significado ou de coerência na vida.	Aspeto central da saúde mental; Trata-se de uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade.	Relacionada com indicadores do locus interno e o uso de padrões internos de autoavaliação, resistência à aculturação e independência acerca de aprovações externas.

Bem-estar e Qualidade de Vida

Têm como principais componentes as seguintes dimensões:



Crescimento Pessoal	Autocontrolo	Autoestima	Higiene do Sono
Relaciona-se com a necessidade constante de crescimento e aprimoramento pessoais, assim como, da abertura a novas experiências em diferentes fases da vida.	Modo de controlar o próprio comportamento, em situações dolorosas, como a perda, de acordo com os padrões sociais.	Sentimento que a pessoa tem por si mesma (avaliação que o indivíduo faz à cerca de si), onde expressa uma atitude de aprovação ou repulsa, ao qual se questiona sobre se é capaz e significativo. Na presença de baixa autoestima a pessoa tende a ser mais influenciada pelo desejo de evitar a dor do que a vivenciar o prazer.	Adequado número de horas de sono por noite, assume-se como um comportamento protetor de saúde. A presença de padrões de funcionamento adequados, tendem a apresentar melhor a qualidade de vida.

Bem-estar e Qualidade de Vida

Têm como principais componentes as seguintes dimensões:



Atividades de Lazer	Atividade Física	
Participar em várias atividades de lazer leva a uma melhor percepção de saúde física e mental.	Atividade física regular e moderada pode retardar o declínio funcional e prevenir ou controlar as doenças crónicas.	<p>Nível físico</p> <ul style="list-style-type: none"> manutenção do peso saudável; redução do risco de obesidade; diminuição das doenças cardiovasculares; melhoria da função imunitária; manutenção da força muscular; melhoria da capacidade respiratória; flexibilidade e saúde articular. <p>Nível Psicossocial</p> <ul style="list-style-type: none"> redução da sintomatologia depressiva e ansiogena; aumento da sensação de bem-estar; elevados níveis de autoconfiança; satisfação pessoal. <p>Nível Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> aumentando o fluxo sanguíneo; aumenta oxigenação cerebral; previne o risco de declínio cognitivo.

Bem-estar e Qualidade de Vida

Têm como principais componentes as seguintes dimensões:



Alimentação Saudável

Otimizar a saúde das pessoas e prevenir os estados de morbidade decorrentes de uma alimentação inadequada.

Recomenda-se a diminuição de alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal, aumentando o consumo de frutos e vegetais.

As dietas prescritas para as doenças crônicas podem ter um efeito protetor na saúde física, assim como, na redução do declínio cognitivo.

Gestão de Stress

Implica a identificação e mobilização de recursos psicológicos e físicos para efetivamente controlar ou reduzir os níveis de stress. O stress é uma experiência humana inevitável e incontornável em qualquer sociedade.



Exemplo

Hoje aprendi que são necessárias ações quotidianas desenvolvidas para promover, proteger e manter a saúde, assim como, a autonomia e o autocuidado.

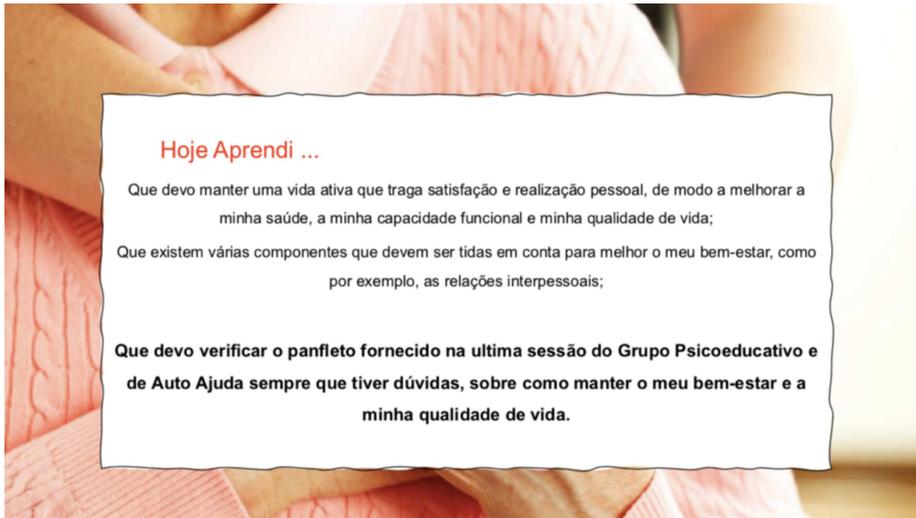
Hoje Aprendi
...

- ✓ Nome
- ✓ Expectativas
- ✓ Objetivos/Metas

Exemplo:
Maria Elisabete
Tenho como objetivo adquirir estratégias que me ajudem a lidar com a situação de luto, através da partilha do outro.

Partilhar objetivos
(preenchidos na 1ª Sessão)
Explorar metas

Avaliação Pós-Teste



Hoje Aprendi ...

Que devo manter uma vida ativa que traga satisfação e realização pessoal, de modo a melhorar a minha saúde, a minha capacidade funcional e minha qualidade de vida;

Que existem várias componentes que devem ser tidas em conta para melhor o meu bem-estar, como por exemplo, as relações interpessoais;

Que devo verificar o panfleto fornecido na ultima sessão do Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda sempre que tiver dúvidas, sobre como manter o meu bem-estar e a minha qualidade de vida.



Obrigada pela partilha

Até breve...

Anexos 10- Panfletos Informativos do Grupo de Luto

Sessão1:

Porque participar no Grupo?

A Intervenção Psicoeducativa e de Auto Ajuda oferece:

- ✓ Informação para a compreensão do processo do luto;
- ✓ Espaço para identificação, expressão e aceitação de sentimentos, emoções e pensamentos individuais relacionados com a perda;
- ✓ Estratégias de confronto ativo para lidar com eficácia face diferentes respostas de luto;
- ✓ Oportunidade para crescimento e desenvolvimento pessoal;
- ✓ Possibilidade da adoção de comportameto que permite um maior poder sobre a sua vida e bem-estar;
- ✓ Celebrar a vida de quem partiu, na vida de quem ficou: recordar e não esquecer.

"Histórias de uma Vida"

Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Ministrado por:

- Dra. Neuza Rocha

O Luto

A perda é considerada uma das experiências de vida mais dolorosas, comum a todos os indivíduos.

Caracteriza-se por um momento de crise que pode ser vivenciado com maior ou menor intensidade.

É um processo complexo, multidimensional, que envolve o domínio físico, social e psicológico.

O que exige no indivíduo enlutado, a aprendizagem de uma vida nova no mundo, sem o seu ente querido.

Respostas no Processo de Luto

Sentimentos/Emoções:

- Tristeza; Raiva; Culpa; Ansiedade (sofrimento e insegurança); Alívio ou liberdade.



Cognições:

- Descrença (dificuldade de aceitação); Pensamentos confusos e dificuldades de organização; Pensamentos obsessivos; Défices de atenção; Crença de que a pessoa está viva; Alucinações visuais e auditivas.



Sensações Físicas:

- Desconforto leve; Dores no peito; Hipersensibilidade; Falta de energia; Xerostomia (secura na boca); Fraqueza muscular.



Comportamentos:

- Perturbações do sono e do apetite; Ausência de pensamentos; Isolamento social; Sonhos com a pessoa falecida; Procura do ente querido; Hiperatividade; Choro; Visitas a locais que lembrem a pessoa falecida; Possuir objetos que lembrem o familiar; Valorização desses objetos.



REGRAS DE FUNCIONAMENTO

Os participantes devm dirigir-se ao balcão administrativo, 15 minutos antes da hora marcada, para efetivar a consulta e aguardar chamada na sala de espera.

Caso não possa estar presente, deve avisar o serviço e justificar, antecipadamente a sua ausência.

• Duração das Sessões:

Estão planeadas um conjunto finito de sessões estruturadas, com frequência mensal e duração de 120 minutos para cada sessão.

• Comportamento do Participante:

- ✓ Assíduo;
- ✓ Pontual;
- ✓ Saber estar e saber ouvir;
- ✓ Respeitar-se a si e ao outro;
- ✓ Respeitar privacidade;
- ✓ A comparação não tem lugar: Nenhuma dor/perda é quantificável;
- ✓ Questionar sempre que surgirem dúvidas.

Sessão 2:

O Processo de Luto Implica:

4 Fases



1. Aceitar a realidade da perda;
2. Processar a dor do luto;
3. Adaptar-se a um mundo sem a pessoa perdida;
4. Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir em novos relacionamentos.

Cada fase será alvo de intervenção, em diferentes sessões, ao longo do processo terapêutico.

"Histórias de uma Vida"

Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Ministrado por:

- Dra. Neuza Rocha

1^a

Aceitar a Realidade da Perda

Implica uma aceitação intelectual e emocional.

↓

Tomada de consciência de que o evento é irreversível.

Religião ou Espiritualidade

Muitas vezes a religião é utilizada como forma de negação, ou seja, através da esperança de um possível encontro com a pessoa falecida.



Negação

Envolve os factos da perda e o significado da mesma: quanto sua irreversibilidade.

↓

Desvalorização da perda (Pouco significativa)

Esquecimento Seletivo

Bloqueio de qualquer memória ou pensamento relacionado com a pessoa falecida.



Através da partilha das circunstâncias da morte, dos rituais de despedida, da possibilidade de vivenciar sentimentos relativos à perda e da adaptação a novas rotinas e papéis desempenhados pelo ente querido.

Sessão 3:

2^a Processar a Dor do Luto

Implica trabalhar a dor advinda da perda.

↓

Com o objetivo de diminuir sintomas físicos, emocionais e comportamentais.

O Processo de Luto pode ser **evitado** através:

- Substâncias Psicoativas;
- Evitamento de pensamentos dolorosos;
- Fuga de locais ou situações em que enlutado poderá recordar a pessoa falecida.



"Histórias de uma Vida"

Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Ministrado por:

- Dra. Neuza Rocha


DOR

Seja vivenciada e não negada por parte da pessoa enlutada.

A ausência destes sentimentos leva a emoções alternativas:

- Raiva
- Culpa
- Tristeza
- Ansiedade
- Solidão
- Sintomas depressivos

IMPORTANTE


Processo de Luto


MOMENTOS

A tristeza e o choro devem ser expressos e vivenciados.

Principal **OBJETIVO** desta tarefa:

↓

Vivenciar os sentimentos e emoções e não apenas expressá-los.

Sessão 4:

3ª

Ajustar-se a um mundo sem o ente querido

Dividida em Três Ajustes:

Ajustes Externos

Ajustes Espirituais

Ajustes Internos

"Histórias de uma Vida"

Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda

Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Ministrado por:

- Dra. Neuza Rocha

Ajustes Externos

- A perda do familiar irá influenciar o funcionamento global da pessoa;
- Requer um ajustamento a um novo ambiente sem o familiar;
- Dependem de vários fatores:
 - relacionamento com o familiar;
 - papéis que o familiar desempenhava (consciência dos papéis 3-4 meses após evento);
- O enlutado deverá desenvolver novos papéis e novas competências;
- Tomada de decisões é um fator relevante para o enlutado, uma vez que, existem sentimentos de desamparo.

Ajustes Internos

- Adaptação ao significado de si mesmo, à autoestima e à autoeficácia ("novo self");
- Importante: o enlutado sentir-se como "indivíduo" e não como parte de uma "díade" (parte do outro).

Não consigo superar a dor da minha perda e criar novos laços.

Hoje não consegui, mas amanhã volto a tentar.

Ajustes Espirituais

- Visão da pessoa enlutada: mundo, as suas crenças e a forma como percebe o ambiente;
- A perda pode levar a questões sobre os valores e crenças da pessoa (influenciados pela família, pares, educação, religião, experiências de vida);
- Procura significado na perda e nas respetivas mudanças, de modo, reestruturar rotinas e a estabelecer um controlo da sua vida;
- Importante promover a autoestima e autoeficácia (áreas em que a pessoa tem maior controlo e nas quais é bem-sucedida);

Sessão 5:

4^a Recolocar, emocionalmente, a pessoa falecida e investir em novas relações.



Implica recordar a relação significativa mantendo-a presente.



"Histórias de uma Vida"

Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Ministrado por:

- Dra. Neuza Rocha

✓

Encontrar novas formas de manter laços continuados com o familiar, não esquecendo o investimento numa nova vida.

De modo, a envolver-se em novas relações.

Esta nova relação deverá ser adequada à realidade em que a pessoa se encontra.

✗

Permanecer "preso" ao vínculo com a pessoa falecida.



O que a impede de construir e investir em novas relações.

O enlutado vivencia um sofrimento acrescido e doloroso que acaba por fazer um "pacto" com o próprio para não voltar a nutrir sentimentos positivos pelo outro.

⚠

É fundamental:

Por parte do enlutado, a tomada de ação e a consciência de que é possível fazer algo para minimizar o sofrimento (**envolvimento e motivação**).



Sessão 6:

Bem-estar e Qualidade de Vida

As alterações de vida, as perdas e até os ganhos da idade avançada requerem uma mudança de vida.



Como ações quotidianas desenvolvidas para promover, proteger e manter a saúde, potenciando a autonomia no autocuidado.

Através de uma vida ativa que traga satisfação e realização pessoal, tendo como resultado uma melhoria na saúde, na capacidade funcional e na qualidade de vida.

Ministrado por:

- Dra. Neuza Rocha

"Histórias de uma Vida"

Grupo Psicoeducativo e de Auto Ajuda



Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

O bem-estar e a qualidade de vida têm como componentes:

- ✓ Responsabilidade em Saúde
- ✓ Relações Interpessoais
- ✓ Autoaceitação
- ✓ Autonomia
- ✓ Crescimento Pessoal
- ✓ Autocontrolo
- ✓ Autoestima
- ✓ Higiene do sono
- ✓ Atividades de Lazer
- ✓ Gestão de Stress



✓ Alimentação Saudável



✓ Atividade Física

As dietas prescritas para as doenças crónicas podem ter um efeito protetor na saúde física, assim como, na redução do declínio cognitivo.



Nível Físico:

- peso saudável (redução da obesidade);
- diminuição das doenças cardiovasculares;
- melhoria da função imunitária;
- manutenção da força muscular;
- melhoria da capacidade respiratória;
- flexibilidade e saúde articular.

Nível Psicossocial:

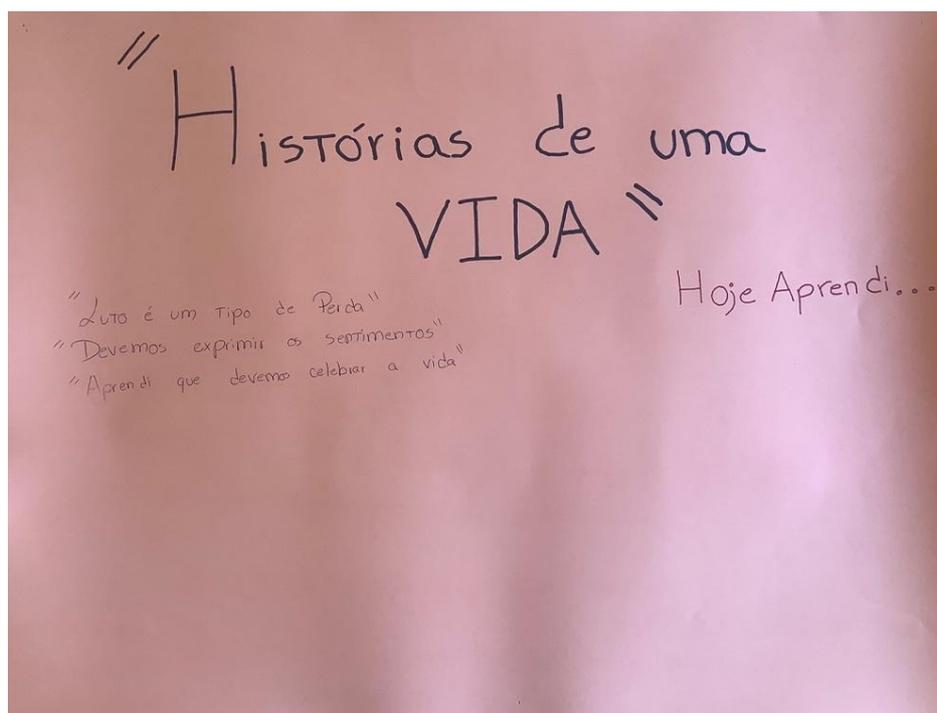
- redução da sintomatologia depressiva e ansiógena;
- aumento da sensação de bem-estar;
- maiores níveis de autoconfiança;
- satisfação pessoal.

Nível Cognitivo:

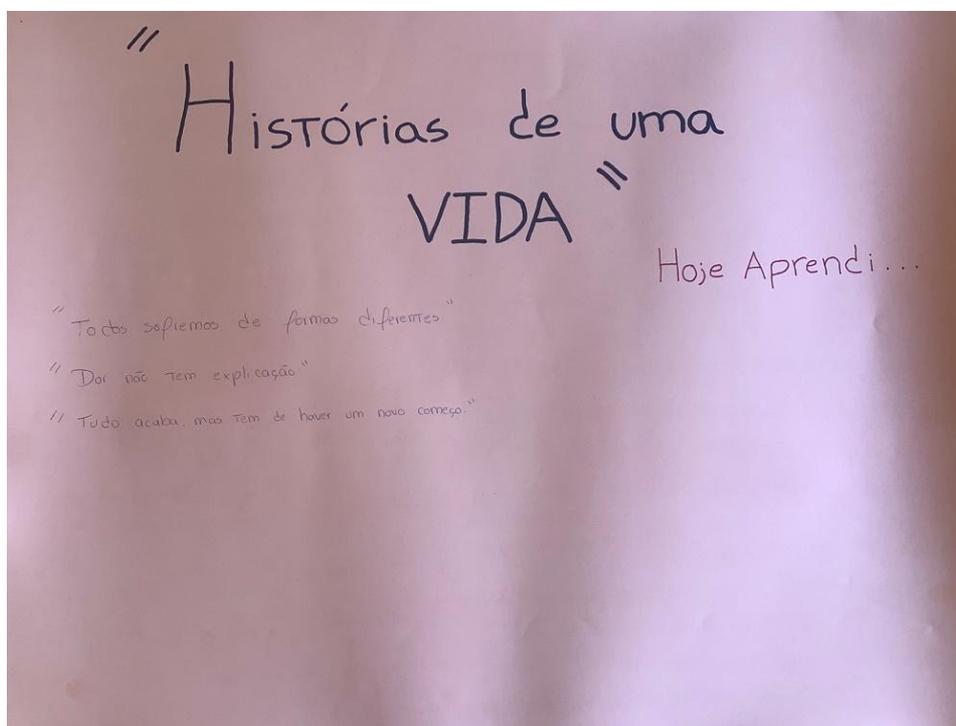
- aumentando o fluxo sanguíneo;
- aumenta oxigenação cerebral;
- previne o risco de declínio cognitivo.

Anexos 11- Atividade “Hoje Aprendi...” do Grupo de Luto

- A preencher em todas as sessões pelo Grupo 1.



- A preencher em todas as sessões pelo Grupo 2.



QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Dados Pessoais

1. Idade: _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Profissão: _____
4. Situação Profissional: Empregado Com atestado/Baixa médica
Desempregada Reformado Outro Qual? _____
5. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Separado(a)
Divorciado(a) Viúvo(a) União de facto
6. Área de residência: Rural _____ Urbana _____
7. Habilitações Literárias: Sem escolaridade 4º ano 6º ano
9º ano 12º ano Ensino superior
8. Religião: Nenhuma Católica Outra Qual? _____
9. Composição do Agregado Familiar (com quem vive):
Sozinho(a) Marido/Companheiro Mulher/Companheira
Filho(s)
Marido/Mulher e filhos Pais Outro Quem? _____
10. Qual a perda que sofreu? Marido/Companheiro ou Mulher/Companheira
Filho(s) Pai Mãe Avô/Avó Outro
Qual? _____

Situação Clínica

1. Sofre de alguma doença crónica? Sim Não
Qual? _____
2. Tem ou teve problemas psiquiátricos/psicológicos? Sim Não
Qual? _____
Há quanto tempo? _____

3. Faz medicação? Sim Não Qual? _____

História Familiar

1. Que outras perdas teve na sua vida nos últimos anos?

Mortes (familiar ou amigo)

Separação/Divórcio

Desemprego/Problemas no emprego

Problemas económicos/financeiros

Perda de bens materiais

Problemas graves com a justiça

Problemas graves de saúde/ doença crónica

Outros: _____

Apoio Sociofamiliar

1. Teve apoio quando sofreu a sua perda atual? Sim Não

2. Que tipo de apoio teve?

Apoio emocional família e amigos

Apoio instrumental de família e amigos

Apoio espiritual

Orientação/informação para psicologia

Orientação/informação para psiquiatria

Outros

Quais? _____

Dados da Pessoa que Morreu e Circunstâncias de Morte

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Data de morte: ____ / ____ / ____

3. Quanto tempo esteve doente? ____ anos ____ meses

4. Foi o cuidador? Sim Não

5. Local de morte: Domicílio Hospital Lar

Outro _____

6. Estava presente no momento da morte? Sim ___ Não ___

12. Se sim, até que ponto foi importante estar presente:

Muito importante Média importância Nenhuma
importância

13. Teve possibilidade de se despedir? Sim Não

14. Qual foi a reação ao tomar conhecimento da morte?

Chorar Gritar Mutismo Choque Confusão

Outro

Qual? _____

15. Participou nas cerimónias fúnebres? Sim Não

16. Quais os sentimentos/emoções predominantes:

	Ao tomar conhecimento da morte	Durante as cerimónias fúnebres	Nas semanas seguintes	Nos meses seguintes	Atualmente
Tristeza					
Ansiedade					
Angústia					
Hostilidade					
Raiva					
Culpa					
Negação					
Medo					
Desespero					
Solidão					
Fadiga					
Saudade					
Vazio					
Alívio					

Desanimo					
Desinteresse pela vida					

Intervenção no Luto – Plano Terapêutico Adaptado Após Pandemia

FASES DA INTERVENÇÃO

A intervenção deverá ser realizada em 2 sessões presenciais e 2 sessões via telefone:

Sessão 1: **Presencial**

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Explorar tarefas 1 e 2 de Worden (2009):
 - Aceitar a realidade da perda;
 - Processar a dor do Luto;
- Explorar as circunstâncias em que ocorreu a perda:
 - Identificar momentos significativos (memórias favoritas, memórias de crescimento conjunto, circunstâncias em que ocorreu a perda, rituais de despedida, rotinas de “ausência”);
- Confrontar memórias que possam provocar sentimentos dolorosos:
 - Identificar qualidades, mas também defeitos da pessoa falecida (ex: o que a fez amar aquela pessoa e o que precisava de ser perdoado);
- Valorizar a experiência emocional individual relacionada com a perda e com processo de luto:
 - Referir qual a emoção que descreve melhor a sua situação atual, desde quando essa emoção prevalece na sua vida e quais as estratégias adotadas (mostrar emoções em papel com mica);
- Explorar a gestão emocional e estratégias de coping para lidar com a perda:
 - Assumindo a papel de concelheiro, quais os conselhos sobre o que faria se estivesse fora da situação presente;
- Promover a expressão e validação emocional;
- Agendar follow-up.

Sessão 2: **Via Telefone**

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;

- Monitorizar estado mental;
- Explorar tarefa 3 de Worden (2009):
 - Adaptar-se a um mundo sem a pessoa falecida;
- Encorajar a reflexão sobre mudanças experienciadas no seu sentido de self, identidade e família:
 - Quais as tarefas/funções que o meu familiar tinha e que atualmente eu realizo (ex: levar o cão à rua e cortar a relva)?
 - Quais as maiores dificuldades sentidas após a morte do familiar, a nível pessoal, profissional e social (ex: não frequento os lugares que frequentava com a pessoa)?
 - Quais os pontos positivos nestas mudanças?
 - Quais as mudanças que pretendo realizar no futuro?
- Explorar alterações nos papéis e dinâmicas familiares:
 - Sugere-se que reflita em como era a sua família antes da perda, a sua família atualmente e o que espera que a sua família seja no futuro.
- Reforçar valores, papéis e relações que facilitem a capacidade do participante em se orientar;
- Identificar mudanças perspetivadas;
- Promover a expressão e validação emocional;
- Agendar follow-up.

Sessão 3: Via telefone

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Exploração da tarefa 4 de Worden (2009) –
 - Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e investir noutras relações;
- Realçar a ligação que continua a existir com o familiar, reforçar esta ligação, mas mencionar que se transformou:
 - Utilizar expressões como:

“O que sempre te quis dizer...”

“O que nunca compreendeste...”

“Quero que saibas sobre mim...”

- Enfatizar e realçar o papel de agente ativo na definição do caminho percorrido no processo de luto e reconstrução da vida sem o ente querido;
- Refletir e identificar formas de como reconquistar o “poder/ controlo” sobre a vida (estratégias de coping utilizadas);
- Enfatizar o papel ativo e responsabilidade que desempenha no processo de luto (“renegociação da perda”, “reconstrução de significado”);
- Identificar atividades percebidas como prazerosas/ relaxantes (passadas, presentes ou futuras);
- Promover a expressão e validação emocional;
- Agendar follow-up.

Sessão 4: Presencial

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Implementar hábitos e estilos de vida saudáveis;
- Integrar os ganhos do processo terapêutico;
- Partilhar/discutir objetivos/metapas após o término do grupo;
- Preencher questionários de avaliação pós- teste;
 - Preenchimento do Inventário de Luto complicado (Prigerson et al., 1995; Frade e Rocha, 2010) possibilitando a avaliação da sintomatologia no luto e permitindo a diferenciação entre o Luto Complicado e o Luto Normativo/ Não Complicado;
 - Preenchimento do questionário Brief Cope (Ribeiro & Rodrigues, 2004) de modo a avaliar as estratégias de coping do indivíduo;
- Encerrar processo.

Plano Terapêutico – DEPRESSÃO

INFORMAÇÃO PRÉVIA

- Mulher de 44 anos
- 4 filhos (idades - 28, 22, gêmeos de 13 anos) (boa dinâmica familiar)
- Estado Civil: Divorciada (Recentemente)
- Profissão: Auxiliar de fisioterapia
- Escolaridade: 12º Ano
- Reside com gêmeos
- Informação biopsicossocial relevante:
 - Pertence a fratria de 3 irmãos, relação próxima com irmã.
 - Sem antecedentes médicos ou cirúrgicos de relevo.
 - Historial de depressão em 2006, com acompanhamento psicológico e acompanhamento psiquiátrico em 2012. Em 2018, pede consulta de psicologia (intervenção em crise - dificuldade no processo de reestruturação de vida). Em 2019 considera que está a lidar de forma diferente com afastamento da família (mais calma).
 - Afastamento dos familiares que não aceitam divórcio.
 - Mãe de menor em acompanhamento em Psi IA DPSM por gêmeos prematuros c/alterações de comportamentos e emoções na sequência de divórcio litigioso dos pais.
 - Situação socio familiar sobreponível (s/suporte). Ainda em resolução de situações de pontas soltas de divorcio.
 - Pai dos filhos continua a frequentar a casa dos sogros.
 - Situação laboral estável.
 - Quadro sintomático sobreponível (estável, frágeis ganhos terapêuticos [determinismo socio familiar; comportamental]).
 - Tendência para o isolamento e labilidade emocional.
 - Sem alteração nos padrões de funcionamento.
 - Principais queixas: solidão.

FASES DA INTERVENÇÃO

A intervenção deverá ser realizada em 6 sessões:

Sessão 1:

Objetivos:

- Estabelecer aliança terapêutica;
- Explorar acontecimentos significativos;
- Explorar aspetos biopsicossociais relevantes e queixas;
- Explorar problema e expectativas;
- Monitorizar estado mental;
- Realçar a importância da participação ativa e da motivação do paciente na terapia, bem como os termos de confidencialidade;
- Disponibilizar e explicar os procedimentos para o acompanhamento e reabilitação psicológica;
- Promover a expressão e validação emocional;
- Agendar follow-up.

Sessão 2:

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Identificar os problemas/sintomas, transformando-os em **metas** a trabalhar:
 - Fornecer folha intitulada de “SIM EU CONSIGO - As Minhas Metas” para facilitar o processo de estabelecimento de metas. Para trabalho de casa, sugere-se que a paciente leia esta lista e acrescente metas que possam surgir.
- Ajudar a paciente a salientar os seus problemas e a separá-los por partes, de modo, a subdividir as dificuldades em pequenas tarefas;
- Definir quais os objetivos que gostaria de trabalhar ao longo das sessões e questioná-lo sobre o que gostaria de alcançar na terapia;
- Auxiliar na identificação ideias positivas sobre si mesmo:
 - Sugere-se que escreva um diário intitulado de “O Melhor de Mim” com a finalidade de autoajuda na identificação de ideias positivas sobre si mesma

e a estimular a realização de determinadas tarefas. Uma lista onde a paciente pode escrever apenas as coisas positivas que realizou ou outros itens, que na sua opinião, devem fazer parte do diário. Deste modo, deve pensar para si mesma: *“O que fiz hoje que até foi um pouquinho difícil, mas que mesmo assim fiz?”*.

- Promover a expressão e validação emocional;
- Agendar follow-up.

Sessão 3:

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Intervir nas dificuldades comportamentais e motivacionais;
 - “Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson” (treino de relaxamento para 7 grupos musculares), entregando-se ao paciente um folheto informativo com os passos a seguir, para que possa realizar a tarefa também em casa.
- Monitorizar os níveis de atividade (utilizar a tabela “As Minhas Atividades” para determinar se a paciente é ativa e obter dados sobre o seu nível atual de funcionamento);
- Auxiliar a paciente no planeamento das suas atividades, avaliando-as quanto ao grau de satisfação e perícia relativamente a cada atividade.
 - Utilizar tabela intitulada de “O que Senti nas Minhas Atividades Diárias”³⁴ e pedir para classificar as atividades quanto à sua satisfação e agilidade, de modo a obter melhorias;
 - Programar atividades gratificantes e agradáveis na semana seguinte, começando por tarefas simples e passando gradualmente para tarefas mais complexas e exigentes.
- Promover da expressão e validação emocional;

³⁴ Transmitir ao paciente os seguintes princípios, antes de utilizar uma tabela para programar atividades diárias: 1. Ninguém realiza tudo o que planeia, portanto não se sinta mal se não concretizar os seus planos; 2. “Estabeleça que tipo de atividade vai realizar, e não quanto irá conseguir; 3. “Mesmo que falhe, lembre-se que tentar seguir os planos é o passo mais importante. Esse passo fornece informações úteis para o estabelecimento do objetivo seguinte”; 4. “Reserve um espaço de tempo todas as noites para planear o dia seguinte; escreva os seus planos para cada hora do dia seguinte no registo.

- Agendar follow-up.

Sessão 4:

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Monitorizar Pensamentos Automáticos Negativos:
 - Identificação e registo dos Pensamentos Automáticos Negativos e das suas repercussões na paciente (utilizar as mudanças de humor que poderão ocorrer durante a sessão e perguntar-lhe o que estava a pensar antes da alteração de humor e utilizar um “Registo de identificação de Pensamentos Automáticos Negativos” e, como trabalho de casa, um “Registo de Auto Monitorização dos Pensamentos Automáticos Negativos”);
- Avaliar Pensamentos Automáticos Negativos;
 1. Focalizar o Pensamento Automático Negativo:
 - “Quanta importância deu a esse pensamento?”
 - “O que é que fez após ter tido esse pensamento?”
 - “Como é que esse pensamento o fez sentir emocionalmente?”
 2. Obter mais informação sobre a situação associada ao pensamento automático:
 - “O que aconteceu antes de ter esse pensamento?”
 - “Quando isso aconteceu?”
 - “Onde estava?”
 - “Conte-me mais sobre a situação?”
 3. Explorar a sua frequência:
 - “É frequente ter esse tipo de pensamento?”
 - “Em que situações?”
 - “Esse pensamento incomoda-o muito/pouco?”.
 4. Identificar outros pensamentos [e imagens] automáticos nessa mesma situação.
 5. Resolução de problemas da situação associada com o Pensamento

Automático:

- “O que poderia fazer em relação a isso?”
- “Como é que lidou com estas situações anteriormente?”
- “O que gostaria de poder fazer?”

6. Explorar crenças subjacentes:

- "Se esse pensamento fosse verdadeiro, o que ele significaria para si?"

- Avaliar a utilidade dos Pensamentos Automáticos Negativos;
 - Analisar as vantagens e desvantagens (ajudar a paciente a determinar as consequências do seu pensamento ou perguntar especificamente as vantagens e desvantagens de continuar a ter o pensamento, onde se segue uma resposta adaptativa ao pensamento). No caso de o pensamento permanecer negativo, utilizar o Modelo de Resolução de Problemas” ou questionar: “Quais são as evidências contra e a favor desse pensamento? Existem explicações alternativas a essa ideia? O que de pior podia acontecer? E se isso acontecesse?”.
- Identificação e correção dos Erros Cognitivos;
- Técnicas para combater Pensamentos Automáticos Negativos (substituição dos Pensamentos Automáticos Negativos por Pensamentos Racionais Alternativos):
 - “Técnica de cessação do pensamento”: à medida que os pensamentos intrusivos ocorrem, sugere-se que tente lidar com os mesmos “como se não tivessem ocorrido”, apenas deixando-os passar. Se houver a necessidade de responder, de modo a neutralizá-los, deve gritar mentalmente “PARE” ou mudar a sequência de pensamento (exemplo: imaginar as últimas férias ou o que gostaria de visitar nas próximas férias).
 - Técnicas de distração: atividades que ocupam a atenção. É importante optar por atividades que ocupem a mente e o corpo (palavras cruzadas, sopa de letras, costurar, caminhar). As que não requerem por parte da paciente muito raciocínio, devem ser coincidadas com outras atividades (ouvir rádio enquanto faz as lidas domésticas).
 - “Refocalização”: onde se ensina a paciente a refocalizar a sua atenção na tarefa que estava a realizar.
- Promover da expressão e validação emocional;

- Agendar follow-up.

Sessão 5:

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Ajudar o paciente a melhorar o seu autoconceito e a sua autoestima:
 - Promover pontos fortes: sugerir à paciente que recorde aspetos e situações em que costuma ser bem-sucedida. Depois de os escrever deve colocá-los num local estrategicamente visível de forma a recordar;
 - Promover o autoconhecimento:
 - “Quem Sou Eu? – Questionário” de modo a facilitar a organização da sua descrição;
 - Aceitação de si mesma, através da valorização de competências e qualidades, tendo conhecimento das suas limitações;
 - Refletir sobre o que gostaria de mudar em si e o que precisa de ser feito, tendo em conta as ações que dependem de si e as que refere dependência de terceiros);
 - Estabelecer objetivos direcionados para a mudança, com respetivas recompensas, tanto a nível material, como emocional e social;
 - Reforçar discurso interno construtivista sobre si mesmo.
- Promover da expressão e validação emocional;
- Agendar follow-up.

Sessão 6:

Objetivos:

- Explorar acontecimentos significativos;
- Monitorizar estado mental;
- Implementar hábitos e estilos de vida saudáveis;

- Integrar os ganhos do processo terapêutico;
- Definir objetivos a longo prazo;
- Promover a manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos com prevenção de recaída:
 - Promover atitude positiva, percebendo-se como solucionador de problemas;
 - Reforçar o progresso da paciente e promover a crença de que é responsável por mudanças positivas, através da sua própria autoeficácia, de modo, a prevenir recaídas;
 - Elucidar para a existência de períodos tipicamente interrompidos por oscilações ou retrocessos (encorajar a paciente a construir um “Cartão de Confronto” descrevendo o que fazer se um retrocesso ocorrer após a terapia ter terminado);
- Responder a preocupações sobre o término do processo terapêutico (recolher pensamentos automáticos sobre o final da terapia, analisando vantagens e desvantagens);
- Consolidar os progressos e generalizar as estratégias de coping para lidar com situações adversas no futuro:
 - Fornecer documento intitulado de “Utiliza-me sempre que precisares – prevenção recaída”
- Promoção da expressão e validação emocional;
- Encerrar processo terapêutico.

ANEXOS

SIM EU CONSIGO

As Minhas Metas

Data: ___ / ___ / ___

Devido às dificuldades que vivencio, estipulo as seguintes metas:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

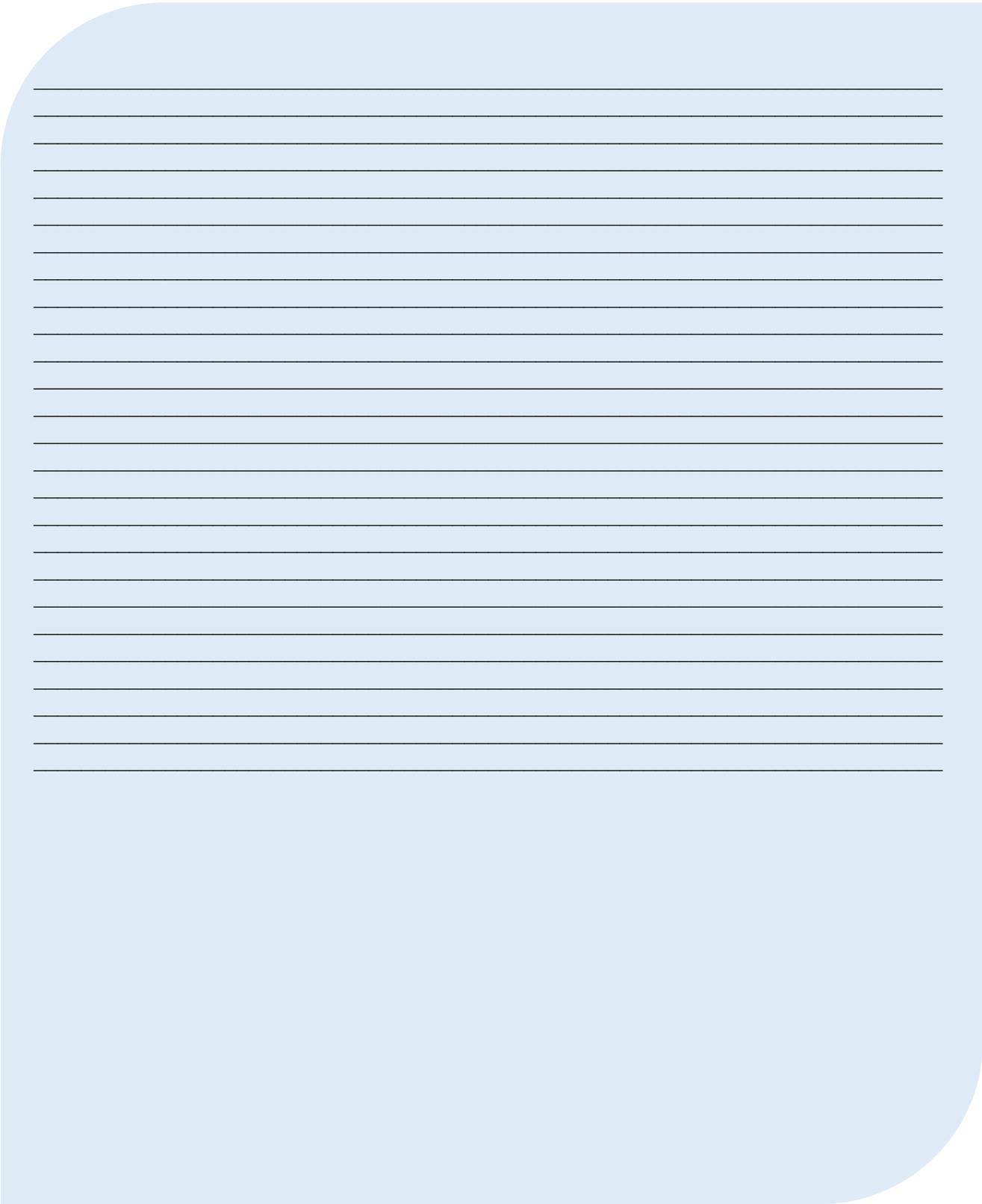
8. _____

9. _____

10. _____

O MELHOR DE MIM

Diário de auto verbalizações positivas



A light blue rounded rectangular area containing horizontal lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the area, providing a space for the user to write their positive self-statements.

“Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson”

Treino de relaxamento para 7 grupos musculares

“A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Feche os seus olhos, apoie-se bem na cadeira. Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente de forma a descontrair os músculos do pescoço. Não a deixe inclinada nem para a frente, nem para trás, nem para o lado esquerdo, nem para o lado direito. Deixe-a estar ao centro, de modo descontraído. Apoie os membros superiores nos braços da cadeira. Desloque os pés mais para a frente ou mais para trás, consoante a posição que for mais confortável para si. Contudo, estes devem ficar posicionados para que as plantas dos pés fiquem semi-voltadas uma para a outra. Quando eu der as instruções de relaxamento, deve repeti-las mentalmente para si.”

1 – Braço dominante

“Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo num ângulo de 45 graus e fechando o punho.

AGORA....

Sinta a tensão na mão, braço e bíceps (manter a contração durante 15 segundos).

RELAXE....

Repare na diferença de sensações entre tensão e relaxamento...

Focalize as sensações nestes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados (manter a descontração durante 30-40 segundos).

2 – Braço não dominante

(O mesmo que para o braço dominante).

3 – Face

Vamos passar agora para todos os músculos do seu rosto. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.

AGORA....

Sinta a tensão através de toda a área facial.

Repare como esta é desagradável (manter durante 15 segundos).

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair.

Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais e mais relaxados (manter durante 30-40 segundos).

4 – Pescoço e garganta

Vamos focar agora a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito, mas sem deixar tocar no peito.

AGORA....

Aprecie a tensão nesses músculos.

RELAXE....

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais e mais relaxados (manter durante 30-40 segundos).

A fim de descontrair os músculos do pescoço tente rodar agora muito lentamente a sua cabeça, de maneira a notar que todos os músculos do pescoço se vão gradualmente descontraindo. Faça-o muito lentamente para um lado e para o outro. Sem pressa! Note o seu pescoço a descontrair progressivamente! Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.”

5 – Peito, ombros, parte superior das costas e abdómen

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdómen. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem no fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto que, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.

AGORA...

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e abdómen (manter durante 15 segundos).

RELAXE....

Descontraia-se...

Repare como esses músculos estão agora comparando com anteriormente. Sinta a

diferença de sensações à medida que vai ficando cada vez mais e mais relaxado/a (manter durante 30-40 segundos).

“A fim de descontraír os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está nervoso a respiração torna-se rápida e superficial. Tente agora fazer o contrário: uma respiração lenta e profunda, permitindo que a ar chegue bem abaixo dos pulmões, de forma a levantar o seu abdómen. Respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. O controlo da respiração é um meio poderoso de se relaxar. À medida que se vai sentindo mais relaxado/a vá dizendo para si mesmo: “sinto-me descontraído/a! Afinal é fácil. Sinto-me calmo/a”. Continue a respirar sempre lenta e profundamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo.”

6 – Perna dominante

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante. Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna dominante, levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos dos pés e vira o pé para dentro.

AGORA...

Sinta a tensão através da sua perna (manter durante 7 segundos).

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair.

Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais profundamente relaxados (manter durante 30-40 segundos).

7 – Perna não dominante

(O mesmo que para o lado dominante).

Conclusão:

“Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontraír por completo qualquer músculo que tenha ainda contraído.”

“Vá dizendo para si mesmo: “a minha testa está completamente descontraída.... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados”. Se

porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga-lhe: “Deixa-te descontraír... abandona-te”.

“Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente. Diga para si mesmo: “Sinto-me completamente descontraído/a relaxado/a”.

Prossiga a falar consigo: “O meu abdómen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos”. Se encontrou algum músculo contraído respire lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo e descontraia.

Neste momento, que já aprendeu a descontraír todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais. Imagine-se num dia bem frio de Inverno... lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira acesa, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo o braço direito e o braço esquerdo, o antebraço direito e o antebraço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor está a distribuir-se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontraír ainda mais”.

“Agora que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calada durante sessenta segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: observe todos os pormenores... o que vê ... o que ouve ... o que sente ... Agora calo-me para o/a deixar com a sua imagem de paz.”

“OK. Agora já relaxamos os músculos dos braços e mãos. Deixe que eles continuem a relaxar...

Relaxamos os músculos da face e do pescoço. Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados...

Relaxamos os músculos do peito, os ombros, a parte superior das costas, o abdómen. Permita que esses músculos se tornem, agora, ainda mais profundamente relaxados...

Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de “4” até “1”. Quando eu disser “4” comece a mexer as pernas e pés... Quando eu disser “3”, pode mexer os braços e as mãos... Quando eu disser “2”, a face e o pescoço... Quando eu disser “1”, abra os olhos.

AS MINHAS ATIVIDADES

<i>Dia</i>	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
<i>Hora</i>							
6h-7h							
7h-8h							
8h-9h							
9h-10h							
10h-11h							
11h-12h							
12h-13h							
13h-14h							
14h-15h							
15h-16h							
16h-17h							
17h-18h							
18h-19h							
19h-20h							
20h-23h							

“Registo de identificação de Pensamentos Automáticos Negativos”

1. Como identificá-lo:

- Que pensamentos lhe ocorrem quando se sente ansioso, nervoso, aflito (...)?
- Que ideias lhe estão a passar pela cabeça quando sente taquicardia, calores, corar?
- Há pensamentos que lhe fazem evitar situações ou pessoas importantes para o seu bem-estar?
- Que pensamentos lhe impedem de agir de forma eficaz e atingir os seus objetivos de vida?

2. Situações em que ocorreram com mais frequência:

- Onde ocorreram com mais frequência?
- Quando está sozinho ou com outras pessoas?
- O que costuma estar a realizar quando isso acontece?

3. Emoções associadas:

- Como se sentia à medida que tinha estes pensamentos?
- Que emoções se tornavam mais intensas?

4. Motivação e comportamento:

- O que sentiu que era preciso fazer para controlar essas emoções?
- O que costuma fazer nessas situações?
- O que se sucede?
- Observações (dificuldades, outros)

“Registo de Auto-Monitorização dos Pensamentos Automáticos Negativos”

Quando sentir e perceber que o seu humor está a alterar (piorar), pergunte para si mesmo: “Em que estou a pensar, neste momento?” e anote o pensamento ou imagem que tenha na sua cabeça na tabela que se segue.

Data/Hora	Situação	Pensamentos	Emoção Sentida	Resposta Adaptativa

Para ajudar na resposta adaptativa reflita sobre as seguintes questões:

- O que de pior poderia acontecer? Eu consigo superar isso? O que de melhor poderia acontecer? Qual a resposta mais realista? O que deveria fazer em relação a este pensamento? O que o meu melhor amigo me diria se estivesse na minha situação e com este pensamento?

Modelo de Resolução de Problemas

Descreva o problema: _____

Quais as soluções possíveis, tendo em conta as suas fraquezas e as suas forças?

1. Solução: _____
Forças: _____
Fraquezas: _____
2. Solução: _____
Forças: _____
Fraquezas: _____
3. Solução: _____
Forças: _____
Fraquezas: _____
4. Solução: _____
Forças: _____
Fraquezas: _____

Depois se selecionar a melhor opção, reflita e planeie os passos para atingir o seu objetivo:

- Passo 1: _____
Passo 2: _____
Passo 3: _____
Passo 4: _____

Quem sou eu? – Questionário

De modo a facilitar a organização da sua descrição, responda as seguintes

questões:

1. Quem sou eu?
2. Acha que a sua forma de pensar o torna feliz? Porque acha que é assim?
3. O que acha / pensa de si?
4. O que acha que os outros acham/pensam de si?
5. O que acha do que os outros acham de si (o que pensa do que os outros pensam de si)?
6. Acha que o que os outros pensam de si está a influenciar a sua maneira de ser?
7. Como gostaria de ser?
8. O que mudaria em si?
9. Qual é a avaliação comportamental que faz de si (o que mais gosto em mim? O que menos gosto em mim)?
10. Como avalia a sua imagem corporal?
11. Quais os seus objetivos a longo prazo?
12. Quais os seus objetivos a curto prazo?
13. Descreva a sua personalidade:
Aspetos positivos: _____
Aspetos negativos: _____
14. Como se relaciona com os outros (competências e fraquezas nas relações íntimas e nas relações com os amigos, com a família e colegas, assim como a forma de se relacionar com o outro desconhecido em situações sociais)?
15. Como os outros o veem?
16. Qual a forma como encara as principais tarefas no trabalho? Qual a forma como executa as tarefas quotidianas (descrições diárias como higiene, saúde, preparação de alimentos, cuidados com os seus filhos)
17. Quanto ao funcionamento mental, como se descreve na capacidade de resolução de problemas, na capacidade de aprender e criar, quanto à sua cultura geral, quanto à sua formação particular, intuição, etc?
18. Como se percebe e sente a si mesmo como pessoa no âmbito sexual?

Cartão do Confronto

Cartão do Confronto

Estratégias para quando eu estiver triste ou ansioso:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

“Utiliza-me Sempre Que Precisares – Prevenção de Recaída”

Após este processo, podem existir várias situações que lhe tragam muita ansiedade, situações como por exemplo a morte de um familiar. Estas por sua vez podem desencadear muita ansiedade, levando a retrocessos após a finalização da terapia e consequentemente leva-o a experienciar desconforto e ansiedade.

Deste modo, para evitar estas situações de crise escolha um comportamento que considere apropriado para conservar e descreva-o em detalhe: _____

Com que frequência usará este comportamento?

De que forma é que saberá que uma recaída terá ocorrido?

Compreende o processo de recaída? O que é?

Qual a diferença entre aprender um comportamento ou um pensamento e usá-lo numa situação difícil?

Qual é a sua rede social de apoio? Quem a poderá ajudar a manter o comportamento?

Quais as situações problema, isto é, situações que considere mais difíceis de suportar?

Quais as pessoas, coisas ou situações que poderão tornar a retenção mais difícil?

Quais poderão ser alguns dos seus pensamentos mais eficazes numa situação difícil ou de recaída?

Consegue antecipar potenciais resultados da realização do novo comportamento?

Como é que se poderá autorreforçar por uma boa realização? Descreva reforços específicos.

Anexos 15- Formação de Serviço “O Papel do Psicólogo no Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos Oncológicos”



O Papel do Psicólogo no Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos Oncológicos



Formadora: Neuza Rocha

0981_Mod_M01



(Toledo, Barreto, Sánchez-Cánovas, Martínez & Ferrero, 2001;
Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015)

Cuidados Paliativos

- Avaliação, discussão de casos, coordenar a aprovação de plano de cuidados; apoio emocional; prevenção do síndrome de *burnout*; formação e resolução de conflitos;

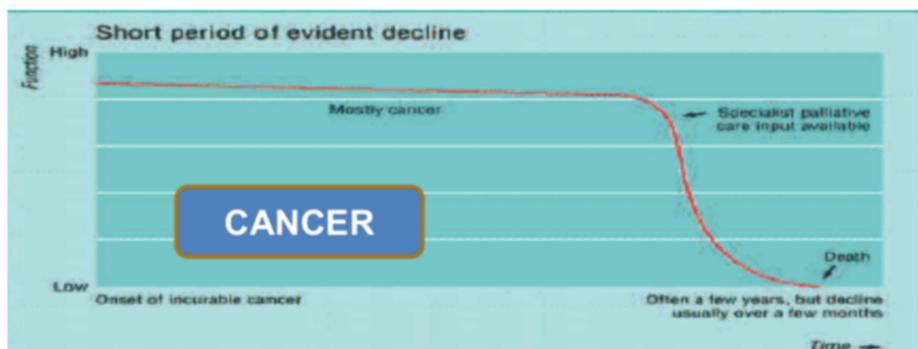
«(...) cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e **equipas** específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença, incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.»





Doenças Oncológicas

Apesar dos CP destinarem-se a uma variabilidade de **condições médicas complexas**, as doenças oncológicas constituem-se como a **principal área de atuação**.



Constituem-se como um **problema de saúde pública**. Em Portugal, o cancro é a **segunda causa de morte**, estimando-se um **aumento da incidência em 70%**.



Necessidades do **Doente** nos CP Oncológicos





Necessidades da **Família** nos CP Oncológicos



Áreas de Atuação do Psicólogo nos CP

- Controlo da dor e dos sintomas;
- Avaliação de *distress* psicológico;
- Dificuldades de comunicação e relações interpessoais;
- Depressão e ansiedade (estratégias);
- Questões de dependência;
- Dificuldades de adaptação;
- Apoio à família;
- Luto complicado.



(British Psychological Society, 2008)



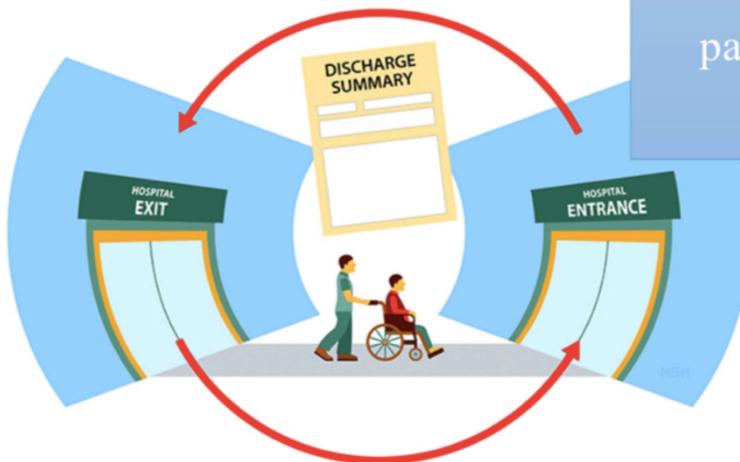
Modelo Integração nos CP



001 | Saúde | MCI



A alta hospitalar do doente paliativo incorpora para este e para a família um desafio.



(Aoun, 2005; Glajchen, 2004; Temmink, 2000).



Ambiente Hospitalar

Ambiente Domiciliar

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • elevados níveis de cansaço físico e emocional; • sintomas gastrointestinais; • níveis elevados de angústia; • menor independência funcional; • maior comprometimento da saúde física; • menor controlo da situação de doença; • sentimentos de vazio; • controlo inadequado dos sintomas, mediante o ressalto das necessidades físicas, comparativamente ao apoio psicológico; | <ul style="list-style-type: none"> • manutenção do seu papel em contexto familiar e social; • gestão de tempo mediante desejos pessoais; • preservação da sua dignidade, intimidade e privacidade; • ambiente confortável e familiar; • fortalecimento de laços; • maior estabilidade física e psicológica; • aumento da qualidade de vida; • maior controlo sobre sua doença e sobre o tratamento; |
|---|---|

Níveis de depressão e ansiedade.



Fim de vida ...

Morrer em casa traz várias vantagens para o paciente e para a família.

Um ambiente familiar pode proporcionar maior conforto e segurança psicológica durante a fase terminal, promovendo a qualidade de vida aquando da morte.





O Papel do Psicólogo no Apoio Domiciliário em CP Oncológicos

”A vontade de ouvir e explicar” é considerada pelos pacientes como uma particularidade essencial do profissional de saúde.



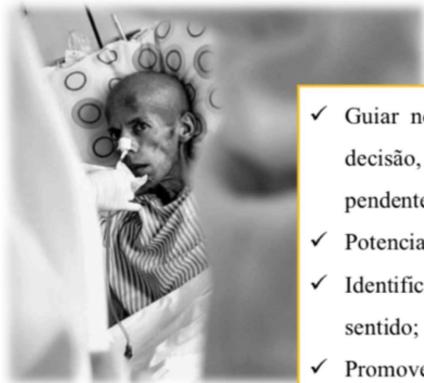
0011_Mat_MOI

(Fellowes, Wilkinon & Moore 2002)

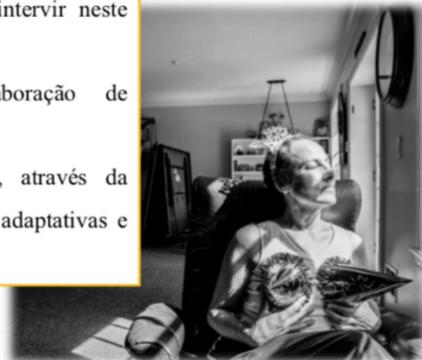


O Papel do Psicólogo no Doente Paliativo em Domicilio

(Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015)



- ✓ Guiar no processo de facilitação da tomada de decisão, de resolução de problemas, assuntos pendentes e promover despedidas;
- ✓ Potenciar a comunicação doente-família;
- ✓ Identificar as fatores de *stress* e intervir neste sentido;
- ✓ Promover a expressão e elaboração de sentimentos e pensamentos;
- ✓ Favorecer a adaptação à doença, através da promoção de estratégias de coping adaptativas e treino de contingências;



0011_Mat_MOI



O Papel do Psicólogo no Doente Paliativo em Domicílio

(Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015)

- ✓ Intervir na crise e mudanças de humor;
- ✓ Estabelecer objetivos reais, ajustáveis e realizáveis;
- ✓ Trabalhar os medos e fobias;
- ✓ Promover o sentido e significado da vida;
- ✓ Proporcionar a elaboração das diversas perdas inerentes ao processo de doença;
- ✓ Potenciar o controlo da sintomatologia, nomeadamente da dor;
- ✓ Alívio do sofrimento psicológico.



0081_Ma4_MDI



O Papel do Psicólogo no Doente: Técnicas



Reestruturação Cognitiva

Angústia existencial, na gestão das expectativas e reações, perante a inquietação terminal e o delírio em fim de vida, assim como, crenças disfuncionais face ao adoecimento. Promove a identificação de fatores precipitantes, assim como, estratégias de resolução de problemas.

Terapia Centrada no Cliente

Orienta o paciente através da escuta ativa e resposta empática, com foco no “aqui e agora” e nos problemas (questiona sobre a doença, sintomas associados, e estratégias utilizadas).

Terapia da Dignidade

Reforçar o senso de significado e propósito do doente, através da comunicação de assuntos fundamentais, compartilhar momentos significativos ou oferecer conselhos à família e amigos.

(Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015; Sudak, 2008)

0081_Ma4_MDI

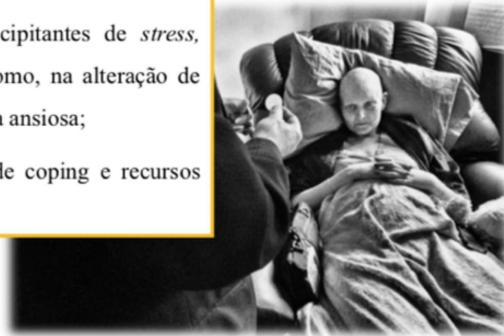


O Papel do Psicólogo na Família em Domicílio

(Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015)



- Prevenir as barreiras da comunicação família/doente;
- Permitir a expressão de emoções, sentimentos e pensamentos;
- Identificar fatores precipitantes de *stress*, reduzindo-os, assim como, na alteração de humor e sintomatologia ansiosa;
- Promover estratégias de coping e recursos internos adequados;



0811_MH_LMOI



O Papel do Psicólogo na Família em Domicílio



- ✓ Reforçar e validar o papel desempenhado pelos cuidadores como co-terapeutas, ao nível emocional;
- ✓ Prevenção do síndrome de cuidador
- ✓ Ajustar expectativas à realidade;
- ✓ Identificar e intervir nos medos;
- ✓ Aconselhar sobre a gestão emocional com menores e/ou pessoas com alguma dificuldade de compreensão.
- ✓ Luto antecipado e na resposta de luto

(Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015)



O Papel do Psicólogo na Família em Domicílio: Técnicas

- Proporcionar ventilação e suporte emocional face à expressão de emoções e sentimentos, estando inerente a escuta ativa e resposta empática;
- Facilitar a resolução de conflitos, despedidas e assuntos pendentes, para que seja necessária uma preparação para o processo de morrer e elaboração da perda;
- Trabalhar sentimentos de culpa associados a este processo de doença.



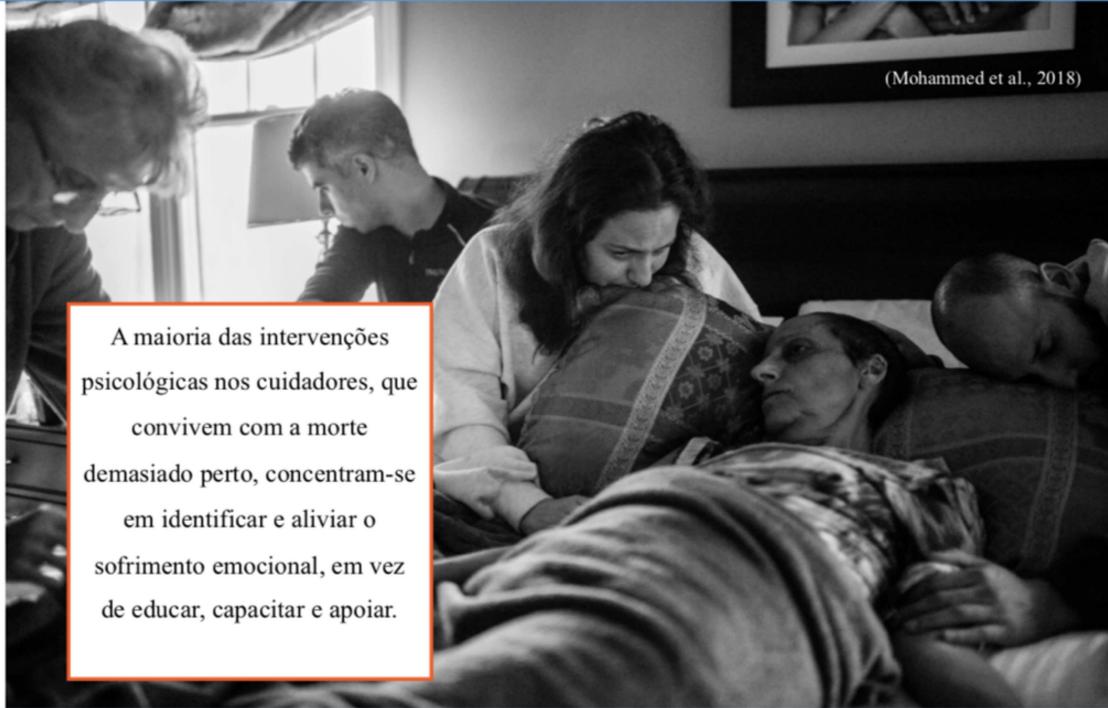
(Schmidt, Gabarra, & Gonçalves, 2011)



O Papel do Psicólogo na Família em Domicílio

A Intervenção focada em Resolução de Problemas (RP): **ADAPT**

Atitude	• Antes da RP, o indivíduo deve adotar uma atitude positiva e otimista.
Definir	• Definir o problema através da obtenção de factos relevantes, identificação de obstáculos, especificando metas realistas.
Alternativas	• Encorajar a produção de alternativas para superar obstáculos e atingir metas.
Prever	• Prever consequências positivas e negativas para cada alternativa e escolha a que providencie o alcance da meta.
Try Out	• Instruir os indivíduos a implementar a solução na realidade e monitorar os seus efeitos.



(Mohammed et al., 2018)

A maioria das intervenções psicológicas nos cuidadores, que convivem com a morte demasiado perto, concentram-se em identificar e aliviar o sofrimento emocional, em vez de educar, capacitar e apoiar.



O Psicólogo e a Vulnerabilidade Humana

Trabalhar em CP significa estar em constante proximidade com o sofrimento, com o morrer e com a morte.



Esta realidade pode trazer sofrimento acrescido e como tal, uma vulnerabilidade.



Desenvolvimento da Síndrome de Burnout

Exaustão generalizada, despersonalização e falta de sentimentos de realização pessoal e profissional.



O Psicólogo e a Vulnerabilidade Humana

Fatores protetores:

- Formação específica em CP;
- Estratégias prevenção individuais e/ou de equipa;
- Tempo para estar com os doentes e com as famílias;
- Comunicação efetiva;
- Estratégias de Coping face à morte do doente;
- Construção de um sentido para a morte;
- Enriquecimento pessoal;
- Cuidar de quem está a morrer como significativo para o futuro;
- Gratificação, satisfação pessoal e profissional.



(Salazar, 2017)



Ajudar os pacientes e a família a alcançar a qualidade de vida é um objetivo primordial dos CP.

A acessibilidade e a competência são fatores fundamentais que devem prevalecer na equipa de CP.





“O sofrimento só é intolerável, quando ninguém cuida”



Cicely Saunders

Obrigada pela Atenção!



Bibliografia

- Aoun, S. M., Kristjanson, L. J., Currow, D. C., & Hudson, P. L. (2005). Caregiving for the terminally ill: at what cost?. *Palliative medicine*, 19(7), 551-555.
- British Psychological Society (2008). The Role of Psychology in End of Life Care – Report. *American Psychological Association Report - End of Life Issues and Care*.
- Fellowes D., Wilkinson S. & Moore P. (2002). Communication Skills Training for Health Care Professionals Working with Cancer Patients, their Families and for Carers (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3. Update Software, Oxford.
- Fjose, M., Eilertsen, G., Kirkevold, M., & Grov, E. K. (2018). “Non-palliative care” – a qualitative study of older cancer patients’ and their family members’ experiences with the health care system. *BMC health services research*, 18(1), 745.
- Glajchen, M. (2004). The emergency role and needs of family caregivers in cancer care. *Journal of Supportive Oncology*. 145-155.
- Higginson, I., Chandler, S., Wade, A., Dixon, P., & McCarthy, M. (1989). Analgesics and symptom control in cancer patients referred to the Bloomsbury Terminal Care Support Team. In Royal Society of Medicine, International Congress and Symposium Series (pp. 217-222).
- Hinton, J. (1994). Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives? *Palliative Medicine* 8, 183–196.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). Anuário Estatístico de Portugal 2014 (Edição 2015). Retirado do website do Instituto Nacional de Estatística: <https://www.ine.pt/>
- Kendall, M., Carduff, E., Lloyd, A., Kimbell, B., Cavers, D., Buckingham, S., ... & Sheikh, A. (2015). Different experiences and goals in different advanced diseases: comparing serial interviews with patients with cancer, organ failure, or frailty and their family and professional carers. *Journal of pain and symptom management*, 50(2), 216-224.
- Martinho, A. R., Pilha, L., & Sapeta, P. (2015). Competências do psicólogo em cuidados paliativos.
- Mohammed, S., Swami, N., Pope, A., Rodin, G., Hannon, B., Nissim, R., ... & Zimmermann, C. (2018). “I didn’t want to be in charge and yet I was”: Bereaved caregivers’ accounts of providing home care for family members with advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(4), 1229-1236.
- Pacheco, S. (2002). Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspectiva ética. 1a Edição, Loures, Lusociência, ISBN: 972-8383-30-4.
- Salazar, H. (Ed.) (2017). *Intervenção psicológica em Cuidados Paliativos*. Lisboa: FACTOR.
- Siegel, R., Miller, K., & Jemal, A. (2016). *Cancer statistics, 2016*. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 7-30.
- Sudak, D.M., (2008). *Terapia cognitivo-comportamental na prática*, São Paulo: Artmed.
- Schmidt, B., Gabarna, L., & Gonçalves, J. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, 21 (50), 423-430.
- Temmink, D., et al. (2000). Innovation in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *Journal of Advance Nursing*. Oxford. ISSN,1449-1458;
- Toledo, M., Barreto, M.P., Sánchez-Cánovas, J., Martínez, E., Ferrero, J., (2001). La Enfermedad Terminal: La Muerte Y Los Cuidados Paliativos. *Revista de Psicología de La Salud*. Vol. 13, No 2 p. 5 - 47.
- World Health Organization (WHO) (2015). *Cancer. Fact sheet n°297*. Retirado do website da World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Anexos 16- Programa de Estimulação Cognitiva do Caso M.



PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Caso M.

Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde

SÍNTESE

O presente programa de estimulação cognitiva tem como principal objetivo o treino de várias funções cognitivas e executivas, entre elas, a atenção, a memória, o raciocínio abstrato, o cálculo mental, o controlo inibitório, a fluência verbal e as capacidades visuo-espaciais.

Neuza Rocha

Estagiária de Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia - CESPU

Introdução

Estima-se que em Portugal, a esperança média de vida aumente 8 anos até ao ano de 2060, o que corresponderá a um aumento de 35% a 43% da população com mais de 65 anos (INE, 2014). Estas alterações demográficas trazem novos desafios, nomeadamente, o aumento da incidência de doenças crónicas, progressivas e incuráveis, como a demência (WHO, 2012). No entanto, é importante compreender o envelhecimento como um processo assinalado por alterações neurobiológicas, funcionais, comportamentais, cognitivas e sociais, que podem traduzir-se no envelhecimento normal ou patológico (Santos, Andrade, & Bueno, 2009). Elevados níveis de funcionamento cognitivo contribuem para que o idoso se mantenha funcional, promovendo a perservação da sua capacidade de autocuidado e de tomada de decisão (Yassuda & Abreu, 2006). O funcionamento cognitivo envolve múltiplos aspetos como o raciocínio e a perceção (Oliveira, 2006).

No que diz respeito ao envelhecimento patológico é comum a presença de declínio funcional nas atividades de vida diária (Neto, Nunes, Oliveira, Azevedo & Mesquita, 2017) devido a limitações físicas, como a reduzida mobilidade e o elevado risco de quedas (Ramos, Mónico, Parreiro, Fonseca & Dixe, 2017) e défices cognitivos. O que, em casos graves de dependência, como nas demências é justificável a necessidade do idoso ser acompanhado por um cuidador informal (Silva, Lopes, Araújo & Moraes, 2006).

A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência dos idosos em todo o mundo. Anualmente, 9,9 milhões de indivíduos são diagnosticados com demência, o que se traduz num novo diagnóstico a cada 3 segundos. Em 2015 existiam 46,8 milhões de doentes e, mantendo-se as tendências atuais, este número duplicará até 2030 (74,7 milhões de doentes) e triplicará até 2050 (131,5 milhões de doentes) (AID, 2015).

Para promover as capacidades cognitivas dos idosos, como por exemplo, a atenção, a memória, as funções executivas, capacidades visuoespaciais e linguagem, em contexto de neuropsicologia, são elaborados e aplicados programas de treino cognitivo (Irigaray, Schneider & Gomes, 2011), como o que proposto neste manual. Acrescenta-se ainda que os objetivos deste programa evidenciam a importância da autonomia do paciente, proporcionando o seu bem-estar e da sua perceção de qualidade de vida (Irigaray, Schneider & Gomes, 2011).

Recomendações de Utilização

1. Deslocar-se para um local calmo, sem ruídos, com boa luminosidade (uso de óculos graduados oftalmológicos) e confortável;
2. Utilizar o lápis e a borracha para a realização dos exercícios;
3. Ler atentamente a instrução de cada exercício;
4. Realizar os exercícios diariamente, de forma a assegurar a continuidade da estimulação, variando no domínio trabalhado;
5. Iniciar o programa pelos exercícios mais simples. Se não conseguir realizar os exercícios mais complexos, volte ao nível de dificuldade inferior e treine repetidamente até conseguir mudar de nível. Para evitar a frustração e desmotivação ao confrontar-se com os erros, a realização dos exercícios poderá ser mais divertida se for realizada em grupos de pares ou com familiares. O auxílio e criatividade do familiar são fundamentais neste processo;
6. No caso de se sentir cansado faça uma pausa ou retome a atividade no dia seguinte;

Todos os exercícios elaborados tiveram em conta termos comuns para o paciente.

ATENÇÃO

A atenção é um domínio cognitivo que permite a seleção de parte da informação disponível e inibe outra parte ou estímulo, permitindo determinar uma quantidade limitada de informação a processar. A nível neuroanatômico, na atenção estão envolvidas áreas como, a área visual primária, sendo esta recetora de informações da retina, através do núcleo geniculado lateral; o lobo temporal, envolvido na discriminação das propriedades dos objetos; o lobo parietal responsável por localizar os objetos, tendo em conta a sua posição face a outro objeto e ao observador; o córtex pré-frontal, no lobo frontal, que cinge a manutenção e manipulação de informações, seleção de respostas e vários processos executivos (Rao, 2003).

Dentro da atenção temos a atenção seletiva, a atenção sustentada, a atenção dividida e atenção alternada. Deste modo, a atenção seletiva consiste na capacidade de o paciente selecionar um estímulo, perante vários estímulos. Relativamente à atenção sustentada esta refere-se à capacidade de o indivíduo manter o foco atencional face a um estímulo ou vários estímulos, por um determinado período de tempo, permitindo a realização de uma tarefa (Rueda, 2010). Adicionalmente, a atenção dividida consiste na capacidade de o paciente prestar atenção a vários estímulos ao mesmo tempo, com o objetivo de realizar, simultaneamente, múltiplas tarefas (Rueda, 2011). Por fim, a atenção alternada refere a capacidade do indivíduo alternar o foco atencional de um estímulo para outro (Rueda, 2010).

Sessão 1

Atenção Seletiva

1. Exercício

Nível de Dificuldade: I

Instruções: Na sopa de letras que se segue, selecione as palavras “serralheiro”, “metal” e “solda”.

Dica: Visualize detalhadamente as letras, será mais fácil.

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

2. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Rodeia a letra “M”.

Dica: Visualize detalhadamente as letras, será mais fácil.

M N N N N N M N M M M M

N N M M N N N N N N N N

N M N N N N N N N N M N

M N N N M N N N N N N M

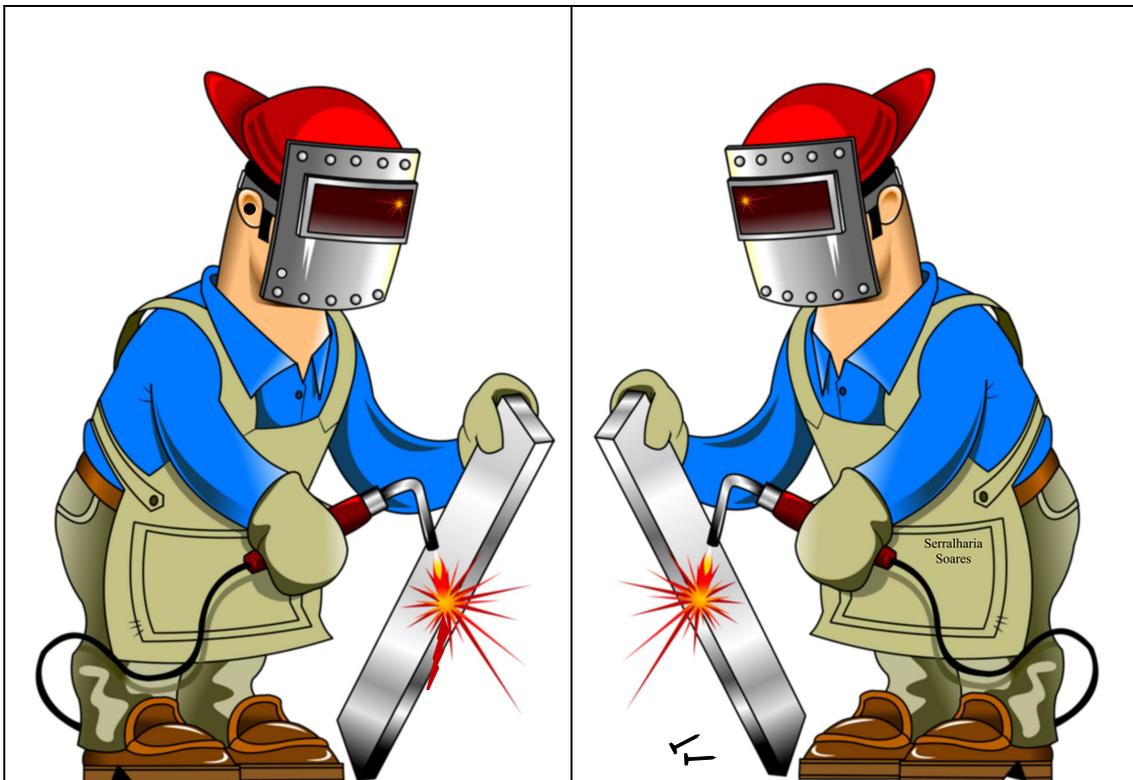
N M N N N N N N M M N N

3. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instrução: Encontre as 5 diferenças na imagem seguinte.

Dica: Se analisar a imagem primeiro na globalidade e depois de uma forma detalhada, consegue um melhor desempenho.



Atensão Sustentada

4. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instrução: Neste exercício irá encontrar as letras “A”, “Á”, “À”, “Ã”, “Â”. Assinale com um círculo o Á. No caso de se enganar coloque um X por cima do círculo assinalado. Deverá concluir cada linha num tempo de 15 segundos, assim que o terapeuta disser seguinte, avança para a linha seguinte.

Dica: Procurando os caracteres linha a linha, pode realizar os exercícios mais facilmente.

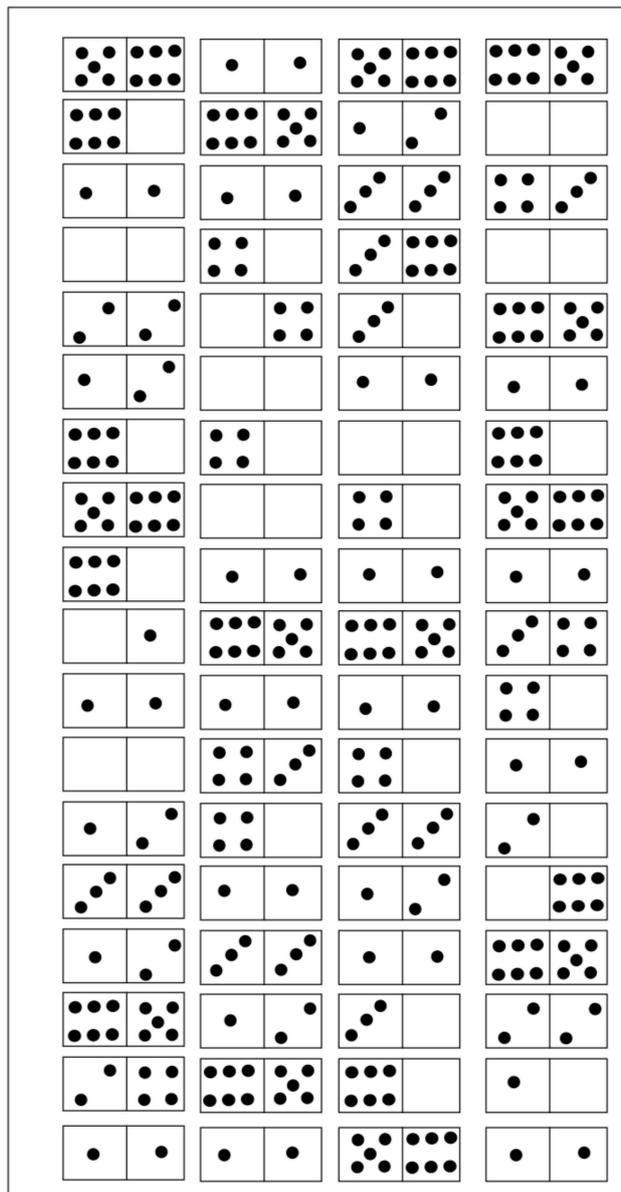
A	A	Á	A	Á	Â	À	Ã	Ã	A	A	Â
A	À	Á	A	Ã	Ã	Â	A	Â	Ã	A	Á
À	Á	Â	Ã	Á	A	A	Á	Ã	À	À	Â
Â	À	À	Ã	A	Â	Ã	A	À	A	Â	A
Ã	Â	À	Á	Â	Â	A	Á	À	Â	Á	Â
Á	À	Á	À	Â	Ã	Ã	Â	A	Á	Â	Á
A	À	À	Â	Ã	À	À	Ã	Â	A	A	À
A	Ã	Á	Ã	À	Á	À	Â	Ã	Â	A	A
Â	Ã	Â	A	À	Á	À	A	Â	À	Ã	Ã
A	À	À	Â	Â	Á	Á	Á	À	À	À	Â

5. Exercício

Nível de dificuldade: II

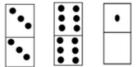
Instrução: Na imagem seguinte, irá visualizar diferentes peças de dominó, das quais tem de encontrar a seguinte  assinalando-a com um círculo. No caso de se enganar coloque um X por cima do círculo assinalado. Deverá concluir cada linha num tempo de 15 segundos, assim que o terapeuta disser seguinte, avança para a linha seguinte.

Dica: Se analisar todas as peças de forma ordenada, por linha, consegue encontra a maioria, ou mesmo todas as peças que lhe foram pedidas.

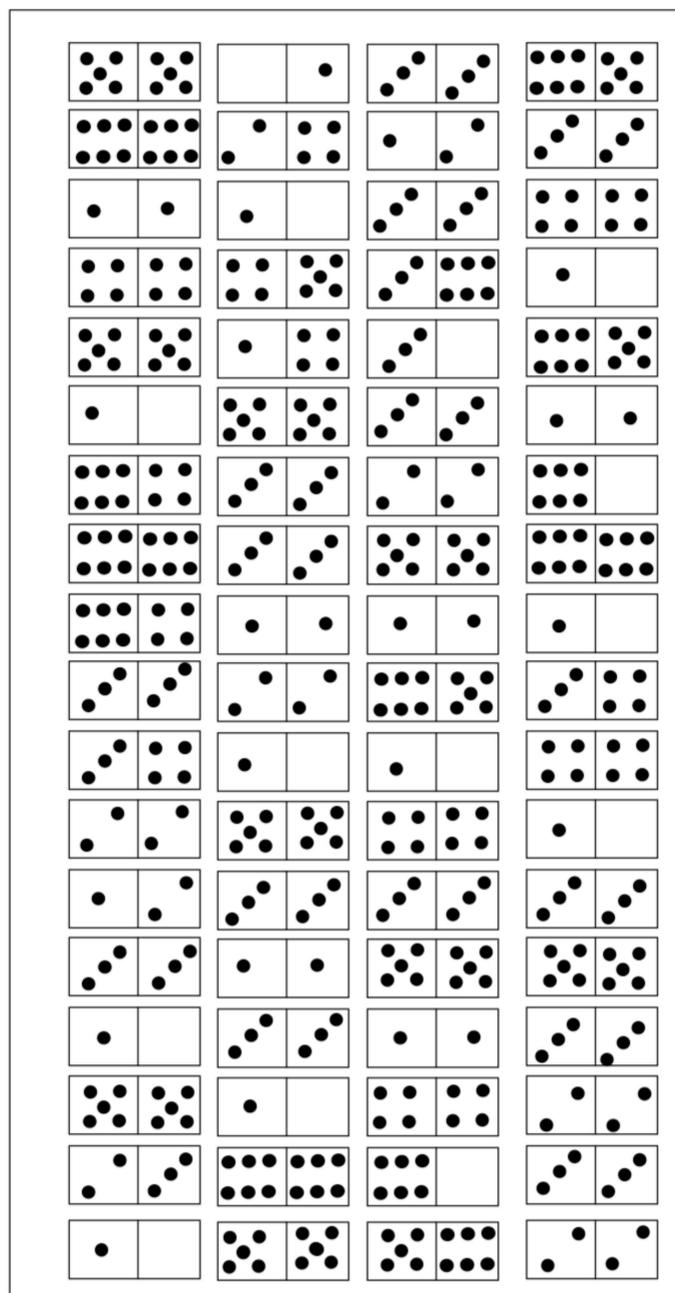


6. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instrução: Na imagem seguinte, irá visualizar diferentes peças de dominó, das quais tem de encontrar as seguintes peças  assinalando-a com um círculo. No caso de se enganar coloque um X por cima do círculo assinalado. Deverá concluir cada linha num tempo de 15 segundos, assim que o terapeuta disser seguinte, avança para a linha seguinte.

Dica: Se analisar todas as peças de forma ordenada, por linha, consegue encontra a maioria, ou mesmo todas as peças que lhe foram pedidas.



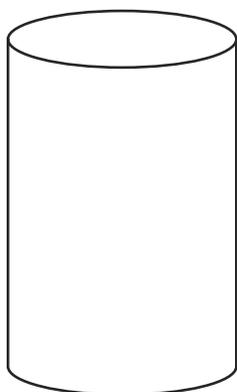
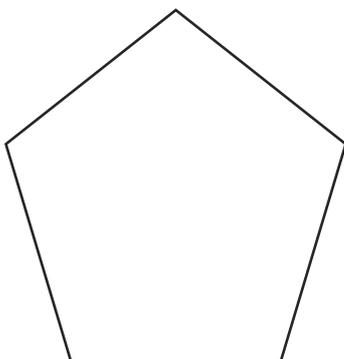
Atenção Dividida

7. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instrução: Ouça os seguintes 80 segundos da música “Gaivota” da Amália Rodrigues. Atente na letra da canção enquanto desenha as figuras abaixo representadas. Depois, são feitas questões relativas à letra da música.

Dica: Se desenhar uma figura de cada vez, consegue representar as figuras de modo semelhante às propostas, focando-se simultaneamente na letra da música.

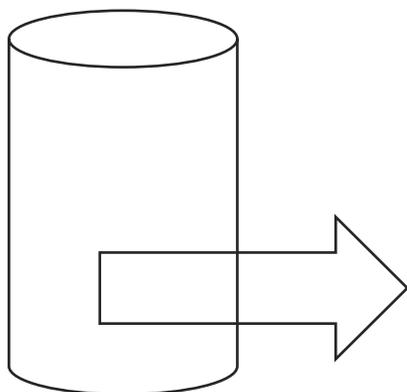
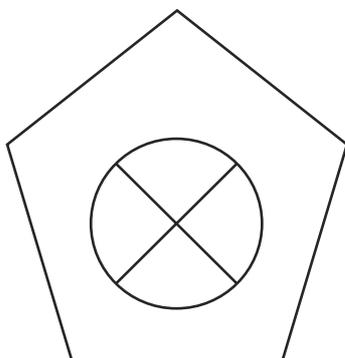
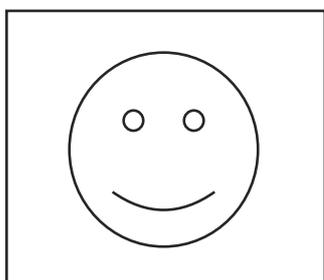


8. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Escute atentamente os 160 segundos da música “Gaiivota” de Amália Rodrigues. Enquanto ouve a música deve copiar para esta folha as imagens seguidamente representadas. Utilize o lápis e a borracha.

Dica: Se desenhar uma figura de cada vez, consegue representar as figuras de modo semelhante às propostas, focando-se simultaneamente na letra da música.

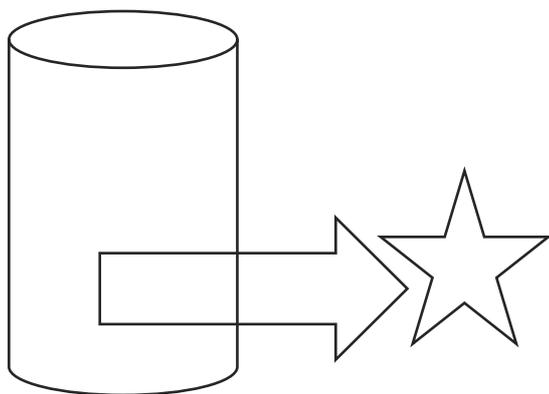
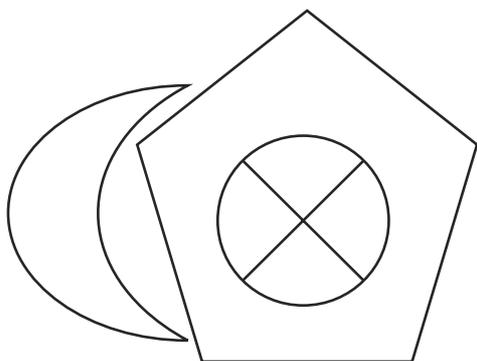
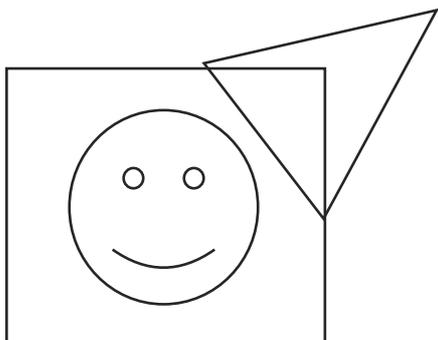


9. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instruções: Escute toda a música “Gaivota” de Amália Rodrigues. Atente à letra enquanto representa as seguintes figuras.

Dica: Recorde como realizou as figuras anteriores e acrescente as imagens em falta.



🚦 **Atenção Abstrata**

10. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instrução: Una cada número à respectiva fase da vida, sem levantar o lápis da folha.

Exemplo: (número 1) a  (bebé).

Dica: Atente à instrução dada, consegue encontrar uma sequencia lógica entre os números e as figuras.

Início



Adolescente



Adulto



Bebé



Idoso



Final

11. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instrução: Una cada número à respetiva fase da vida, sem levantar o lápis da folha. Siga a seguinte sequência de números e figuras: 1 (número 1) a  (menino bebé); 2 (número 2)  a (menina bebé); 3 (número 3) a  (menino adolescente) e assim sucessivamente.

Regra: deve começar sempre pelo género masculino.

Início



1



Adulto Masculino

6



Adolescente Feminino

2



Adolescente Masculino



Bebé Masculino

5



Idoso Masculino

7

3



Bebé Feminino



Adulta Feminina

4



Idosa Feminina

8



Final

12. Exercício

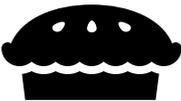
Nível de dificuldade: III

Instruções: Atenta à seguinte legenda, onde cada número corresponde a uma profissão, por exemplo: número 1- Enfermeiro. Depois, terá que fazer corresponder cada imagem a um número, tendo em contas as diversas profissões existentes. Por exemplo:  corresponde ao número 1.

Dica: leia várias vezes a legenda, torna-se mais fácil associar as profissões às imagens.

Legenda	
1. Enfermeiro	8. Jogador de Futebol
2. Médico	9. Jardineiro
3. Pasteleiro	10. Serralheiro
4. Astronauta	11. Professor
5. Veterinário	12. Juiz
6. Pintor	13. Polícia
7. Músico	14. Pescador

Imagens	Número
	1
	
	

No envelhecimento, as funções executivas fazem parte dos domínios cognitivos mais afetados com a idade. Frequentemente, os idosos experienciam um declínio significativo ao nível destas funções (Hamdan & Pereira, 2009). Estas podem ser descritas como as capacidades cognitivas envolvidas no planeamento, iniciação, seguimento e monitorização de comportamentos complexos, com o objetivo de alcançar um fim (meta) (Hamdan & Pereira, 2009). Desta forma, as funções executivas, responsáveis pela autorregulação do indivíduo (“autogestão”), estão associadas: ao controle inibitório (seletividade de estímulos); ao planeamento; à organização; à flexibilidade cognitiva e à memória de trabalho (Barros & Hazin, 2013); à seleção e esquematização de uma sequência de respostas e à tomada de decisão. As áreas corticais responsáveis pelas funções executivas estão localizados nos lobos frontais direito e esquerdo (Júnior & Melo, 2011).

Posteriormente, tendo em conta o quadro clínico do paciente, os exercícios deste capítulo propõem o treino de diferentes domínios, designadamente, o raciocínio, a abstração e a conceptualização, a fluência verbal, a memória de trabalho, o cálculo mental e o controlo inibitório. Deste modo, o raciocínio pode ser caracterizado pelo processo de retirar inferências (conclusões), a partir de informação inicial (premissas) (Bowers, 2002). A conceptualização consiste na formação de um conceito a partir de algo (Holyoak & Morrison, 2005), sendo que, a abstração se traduz na formulação de uma descrição geral, através da elaboração de categorias (Elo & Kyngas, 2007). No que diz respeito à aos testes de fluência verbal estes envolvem a exploração associativa e a recuperação de palavras com base em critérios fonémicos ou semânticos (fluência fonémica e semântica, respetivamente), geralmente realizados no contexto de uma restrição de tempo (Henry, Crawford, & Phillips, 2004). Défices nos testes de fluência semântica podem, portanto, refletir problemas de memória semântica, e não disfunção executiva (Henry, Crawford & Phillips, 2004). Quanto à memória de trabalho, este domínio designa-se por um sistema ou sistemas que envolvem a manutenção temporária e manipulação de informação (Baddeley, 2002). No que concerne ao controlo inibitório, este domínio caracteriza-se como fundamental, na manutenção da atenção perante diversos estímulos distratores, na inibição de pistas irrelevantes ao procurar lembrar o conteúdo exato de uma memória

específica e na inibição de comportamentos habituais para fazer escolhas novas e mais flexíveis (Dillon & Pizzagalli, 2007).

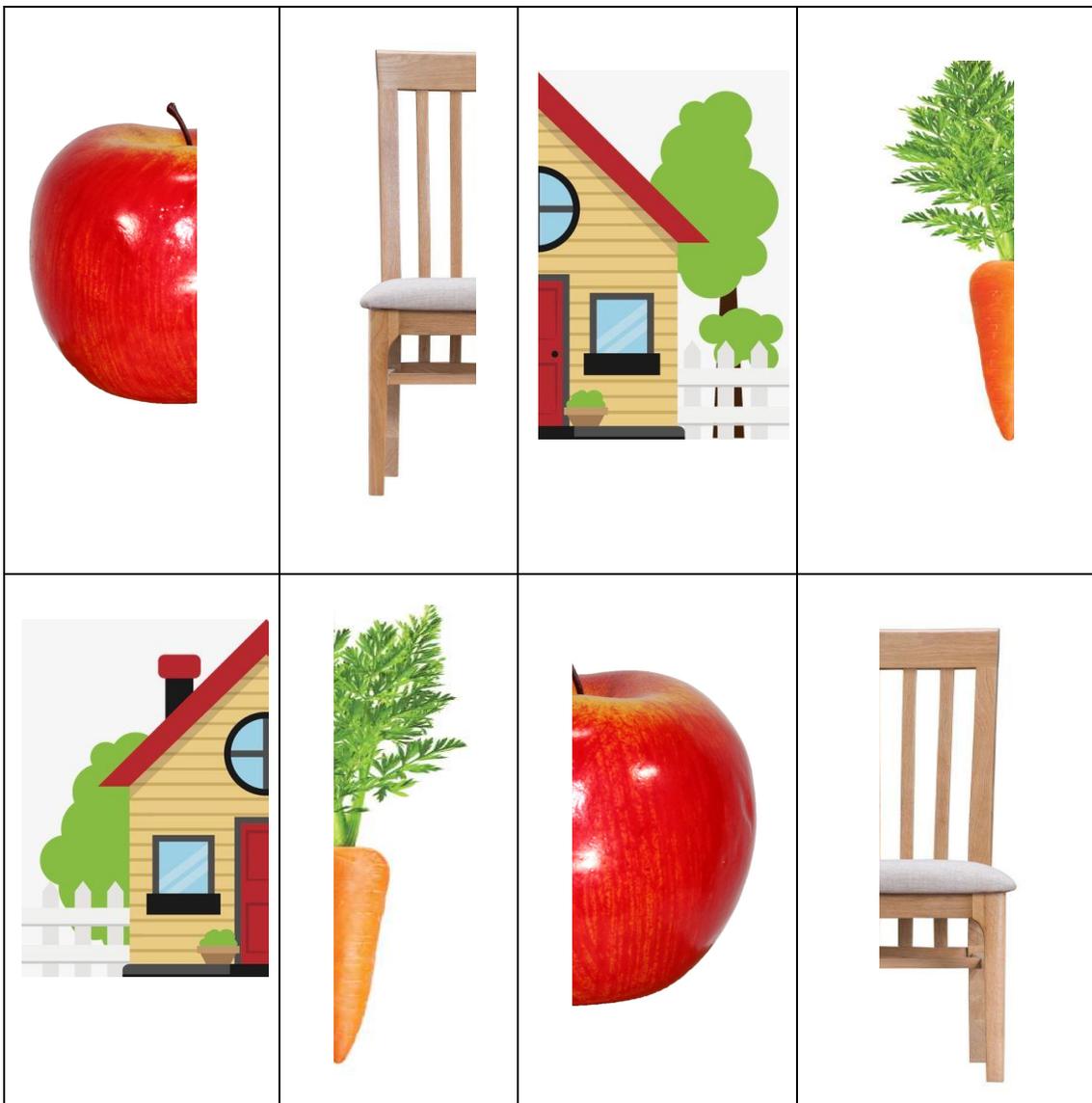
Raciocínio

1. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instruções: Recorte com uma tesoura as imagens abaixo mencionadas. Depois, encontre a metade da imagem correspondente, de modo a formar o par correto.

Dica: Tente completar um par de cada vez.

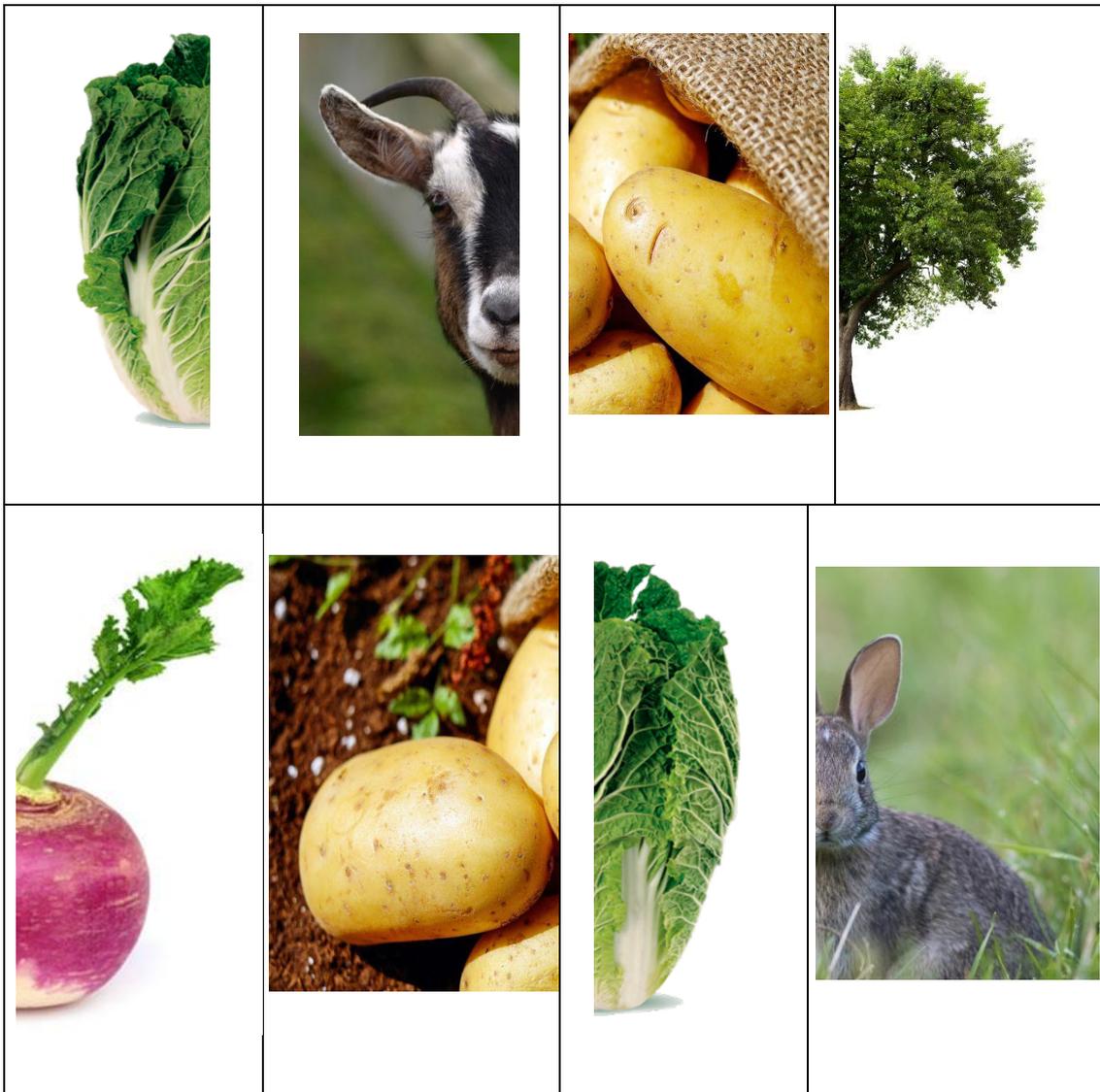


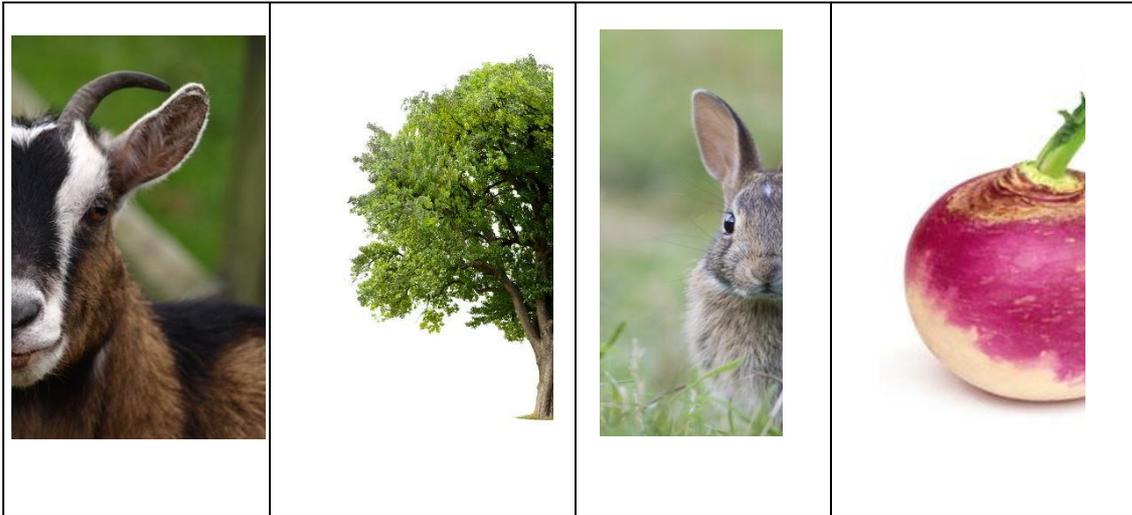
2. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instruções: Recorte com uma tesoura as imagens abaixo mencionadas. Depois, encontre a metade da imagem correspondente, de modo a formar o par correto.

Dica: Tente completar um par de cada vez.



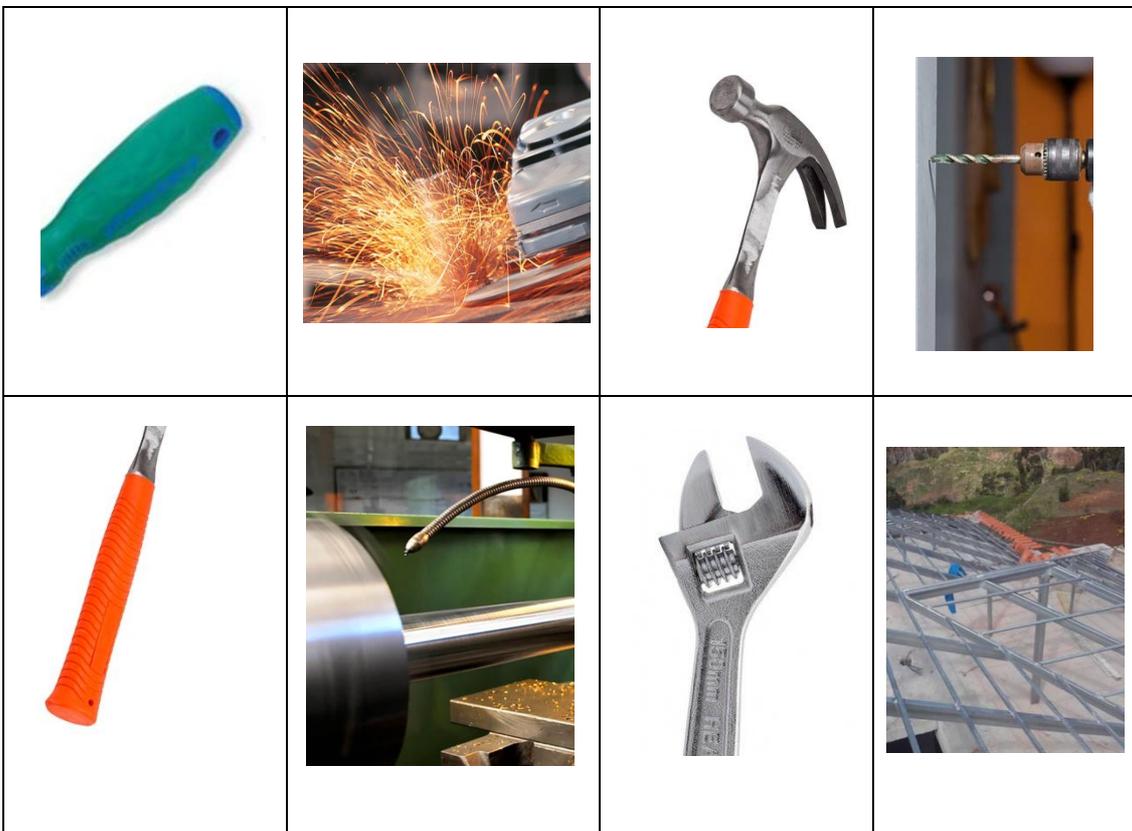


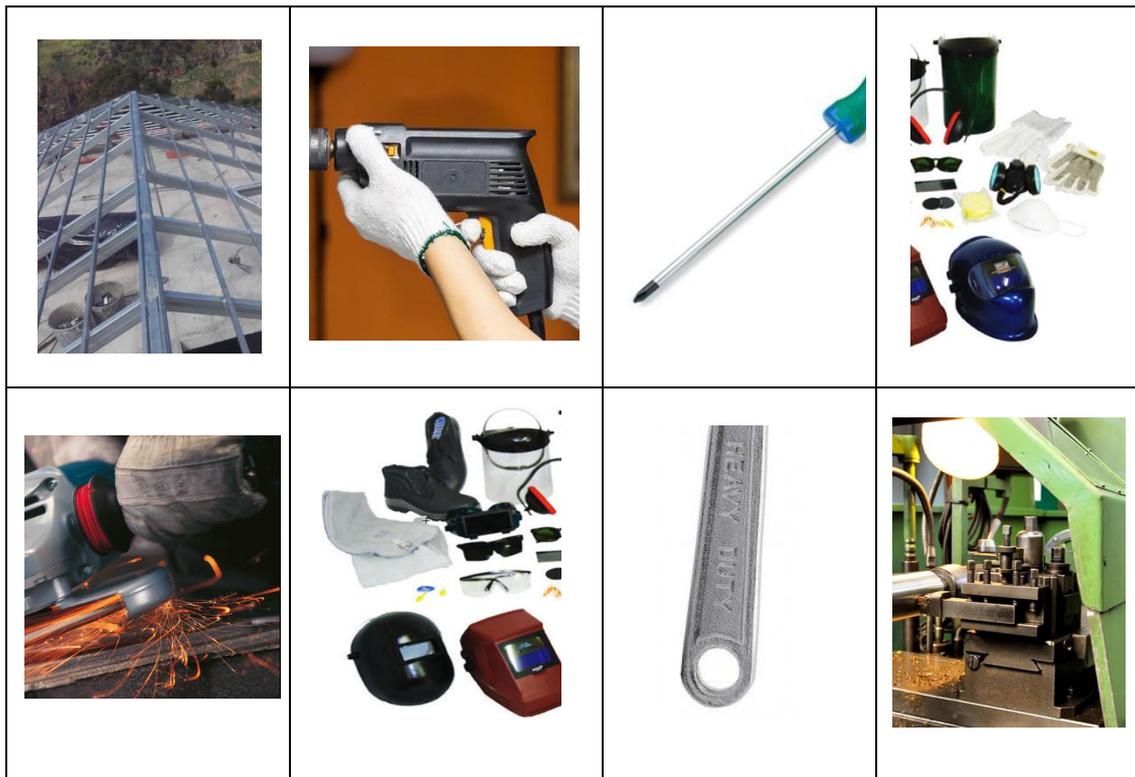
3. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instrução: Recorte com uma tesoura as imagens abaixo mencionadas. Depois, encontre a metade da imagem correspondente, de modo a formar o par correto.

Dica: Tente completar um par de cada vez.





Abstração e Conceptualização

4. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instruções: Observe a seguinte legenda, na qual cada número corresponde a um grupo de palavras. Terá que fazer corresponder as palavras da tabela abaixo à categoria pertencente. Por exemplo: “Tomate” e “Feijão” corresponde ao número 1- Legumes.

Dita: Várias palavras podem corresponder à mesma categoria.

Lista de palavras:

- 1- Legumes;
- 2- Animais;
- 3- Vestuário

Palavras	Números
Casaco	
Ovelha	
Tomate	1
Sapatos	

Feijão	1
--------	---

Sessão 6

5. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Observe a seguinte legenda, na qual cada número corresponde a um grupo de palavras. Terá que fazer corresponder as palavras da tabela abaixo à categoria pertencente. Por exemplo: “Portugal” corresponde ao número 1- Países.

Dita: Várias palavras podem corresponder à mesma categoria.

Lista de palavras:

- 1- Países;
- 2- Meios de transporte;
- 3- Cores;
- 4- Cidades;
- 5- Estações do ano.

Palavras	Número
Portugal	1
Outono	
Comboio	
Lisboa	
Azul	
Verão	
Branco	
Primavera	
Amarelo	
Carro	

6. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instruções: Observe a seguinte legenda, na qual cada número corresponde a um grupo de palavras. Terá que fazer corresponder as palavras da tabela abaixo à categoria pertencente. Por exemplo: “Pé” e “Braço” corresponde ao número 1- Corpo Humano.

Dita: Várias palavras podem corresponder à mesma categoria.

Lista de palavras:

- 1- Corpo Humano;
- 2- Fruta;
- 3- Profissões;
- 4- Nomes de pessoas;
- 5- Flores;
- 6- Animais;
- 7- Meses do ano;
- 8- Árvores;
- 9- Utensílios de Serralharia.

Palavras	Número
Julho	
Malmequer	
Ferro	
Coelho	
Chapa lisa	
Morango	
Maça	
Pé	1
Figueira	
Viga	
Tulipa	
Padeiro	
Braço	1
Maria	
Banana	
Andorinha	
Jorge	
Laranjeira	
António	

7. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instrução: Organize as letras da tabela seguinte, de modo a construir palavras.

Dica: Seja paciente e tente várias vezes organizar as letras para formar palavras, faça um intervalo se estiver cansado.

Letras	Palavras
S A C A	
E S M A	
D D A O	
L P A E P	

Sessão 7

8. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instrução: Organize as letras da tabela seguinte, de modo a construir palavras.

Dica: Seja paciente e tente várias vezes organizar as letras para formar palavras, faça um intervalo se estiver cansado.

Letras	Palavras
O H C Ã	
R A T P O	
I N H O V	
I B N O G	
A F C A	
O Ã C	

9. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instrução: Organize as letras da tabela seguinte, de modo a construir palavras.

Dica: Seja paciente e tente várias vezes organizar as letras para formar palavras, faça um intervalo se estiver cansado.

Letras	Palavras
A F E A L C	
O N E V R I N	
D I N M O G O	
S O O V	
O R I G L	
O S T A P A	
L I A F M I A	
L P O R A T U G	

Inibição e Alternância

1. Exercício

Nível de Dificuldade: I

Instruções: Observe as imagens que se seguem. Desta forma, nas figuras que representam o Sinal Mais deve dizer Bola e nas Bolas deve dizer o Sinal Mais.

O	+	+	O	O	+	O
+	O	+	O	+	O	O
+	O	O	+	O	+	+
O	+	+	O	+	+	O
+	O	+	O	+	O	O
O	+	O	O	+	O	+

O + + O + O O
O + O + O + +

Sessão 8

2. Exercício

Nível de Dificuldade: II

Instruções: Nesta tarefa deve ler o mais rápido possível todas as palavras, à exceção das que se iniciam com a letra “C”

BARCO

SALTAR

CASACO

LÁPIS

ESCADAS

VEGETAL

PAPEL

JARDIM

MAÇA

CHAVES

CAPA

CANETA

GARRAFA

RUA

MOTORISTA

RESTAURANTE

ELEVADOR

CACHECOL

TELEMÓVEL

COMPUTADOR

NARIZ

CARTEIRA

PSICINA

ARMÁRIO

CENOURA

CARRO

ARMÁRIO

RÉGUA

CANTINA

CABELO

FLOR

MESA

SUPERMERCADO

3. Exercício

Nível de Dificuldade: III

Instruções: Na lista de palavras que se segue, diga a cor das seguintes palavras apresentadas.

Azul

Amarelo

Verde

Vermelho

Amarelo

Azul

Verde

Azul

Vermelho

Azul

Verde

Vermelho

Amarelo

Verde

Instruções: Na lista de palavras que se segue, diga a palavra apresentada e não a cor.

Azul

Amarelo

Verde

Vermelho

Amarelo

Azul

Verde

Azul

Vermelho

Azul

Verde

Vermelho

Amarelo

Verde

 **Memória de Trabalho**

1. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instruções: Repita os números que lhe vão ser ditos.

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

Sessão 9

2. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Repita os números que lhe vão ser ditos de forma inversa. **Exemplo:** 3-2-7; 7-2-3

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

3. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instruções: Repita as palavras da lista que se segue, de um modo inverso.

Cão – Gato – Galinha

Sol – Nuvem – Chuva – Frio

Maça – Pera – Morango – Laranja – Figo

Minutos - Semana – Mês – Passado – Dias – Futuro

Azul – Carro – Lavagem – Mar – Cegonha – Gaivota – Estrelas

Pereira – Pomar – Verde – Primavera – Calor – Passarinho – Flores

Maria – Grécia – Férias – Barco – Comida – Biquíni – Música – Peixe

 **Fluência Verbal**

• **Fluência Verbal Semântica**

1. Exercício

Nível de Dificuldade: I

Instruções: Diga o maior número de **FRUTAS** que conseguir em 60 segundos.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Diga o maior número de **MATERIAIS/FERRAMENTAS utilizadas na serralharia** que conseguir em 60 segundos.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Exercício

Nível de Dificuldade: III

Instruções: Diga todos os **POSTO DE TRABALHO** que podem haver uma empresa de serralharia, em 60 segundos.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- **Fluência Verbal Fonêmica**

- 1. Exercício**

Nível de Dificuldade: I

Instruções: Diga o maior número de palavras que conseguir começadas pela letra **A** em 60 segundos.

Instruções: Diga o maior número de palavras que conseguir começadas pela letra **B** em 60 segundos.

Instruções: Diga o maior número de palavras que conseguir começadas pela letra **D** em 60 segundos.

Sessão 10

Cálculo Mental

1. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instruções: Resolva as seguintes questões.

1. Quantos são 4 kilos de maçãs mais 5?
2. Se um recipiente contiver 10 litros de água e lhe retirar 4 litros, quantos litros de água ficarão no recipiente?
3. As latas de feijão são vendidas em conjuntos de 4, se quiser comprar 32 latas, quantos conjuntos deve comprar?
4. Os pacotes de leite são vendidos em embalagens de 6, para comprar 30 pacotes quantas embalagens deverá comprar?
5. Uma caixa tem 25 chocolates. Quantos chocolates tem 8 caixas?

2. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Resolva as seguintes questões.

1. Se comprar 7 rebuçados, a 20 cêntimos cada um, e pagar com uma nota de cinco euros, quanto receberá de troco?
2. Quantas horas levará um ciclista a percorrer 60 km, se realizar 4 km/h?
3. Se comprar 6 ovos a 1 euro 60 cêntimos e lhe cobrarem 20 cêntimos pela embalagem, quanto terá pago por cada ovo?
4. O Pedro comprou 2 Kg de morangos por 6.76€. Pagou com duas notas de 5€. Quanto recebeu de troco?
5. Duas camisolas custam 31 euros. Se comprar uma dúzia quanto terá de pagar?

3. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instruções: Resolva as seguintes questões.

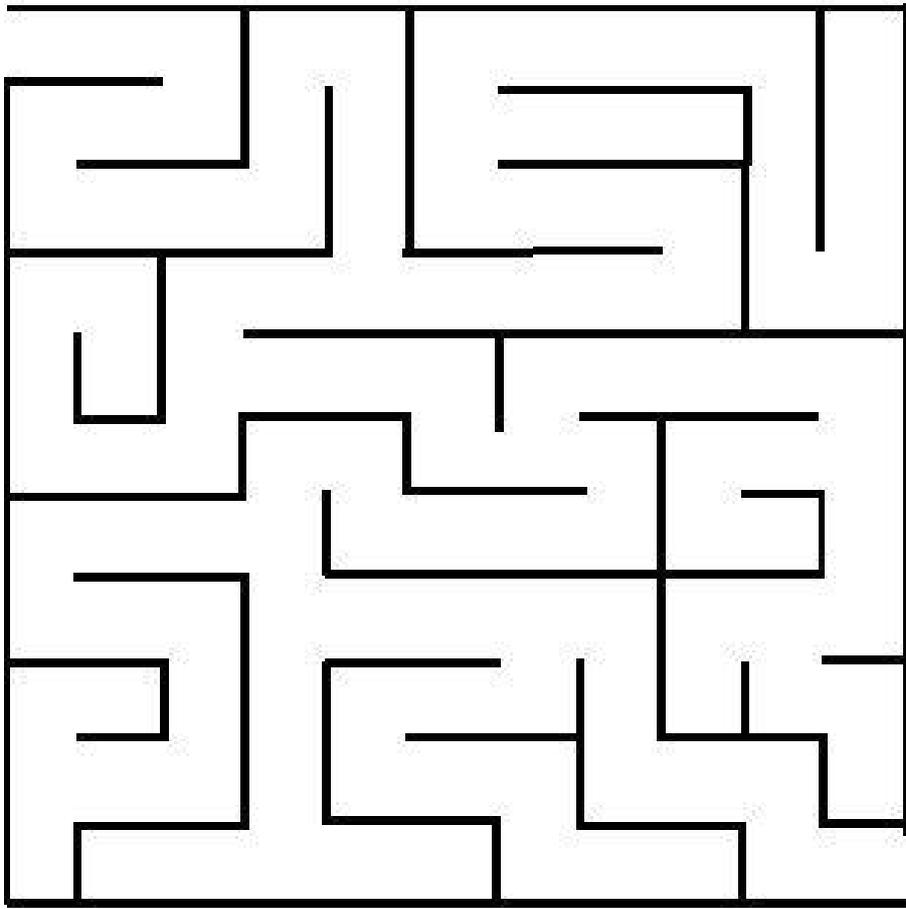
1. Um ramo de rosas custa 17 euros 50 cêntimos. A Julia pagou com 50€. Quanto recebeu de troco?
2. O Sr. Manuel tem 60 litros de vinho para venda. Se vender 25% dessa quantidade com quanto ficará?
3. A Sofia foi ao supermercado e comprou 2Kg de bacalhau por 4.79€, 1Kg de camarão pelo valor de 6€/Kg e 2 postas de salmão por 6.99€. Quanto pagou a Sofia na totalidade?
4. Um ciclista percorreu 215 km em 5 horas. Qual a sua velocidade média, em quilómetros por hora?
5. O António comprou um frigorífico na Media Market, que estava em campanha de desconto, por 394€. Sendo que, na semana passada custava 525€. Qual o valor do desconto da campanha?

 Programação/Planeamento

1. Exercício

Nível de dificuldade: I

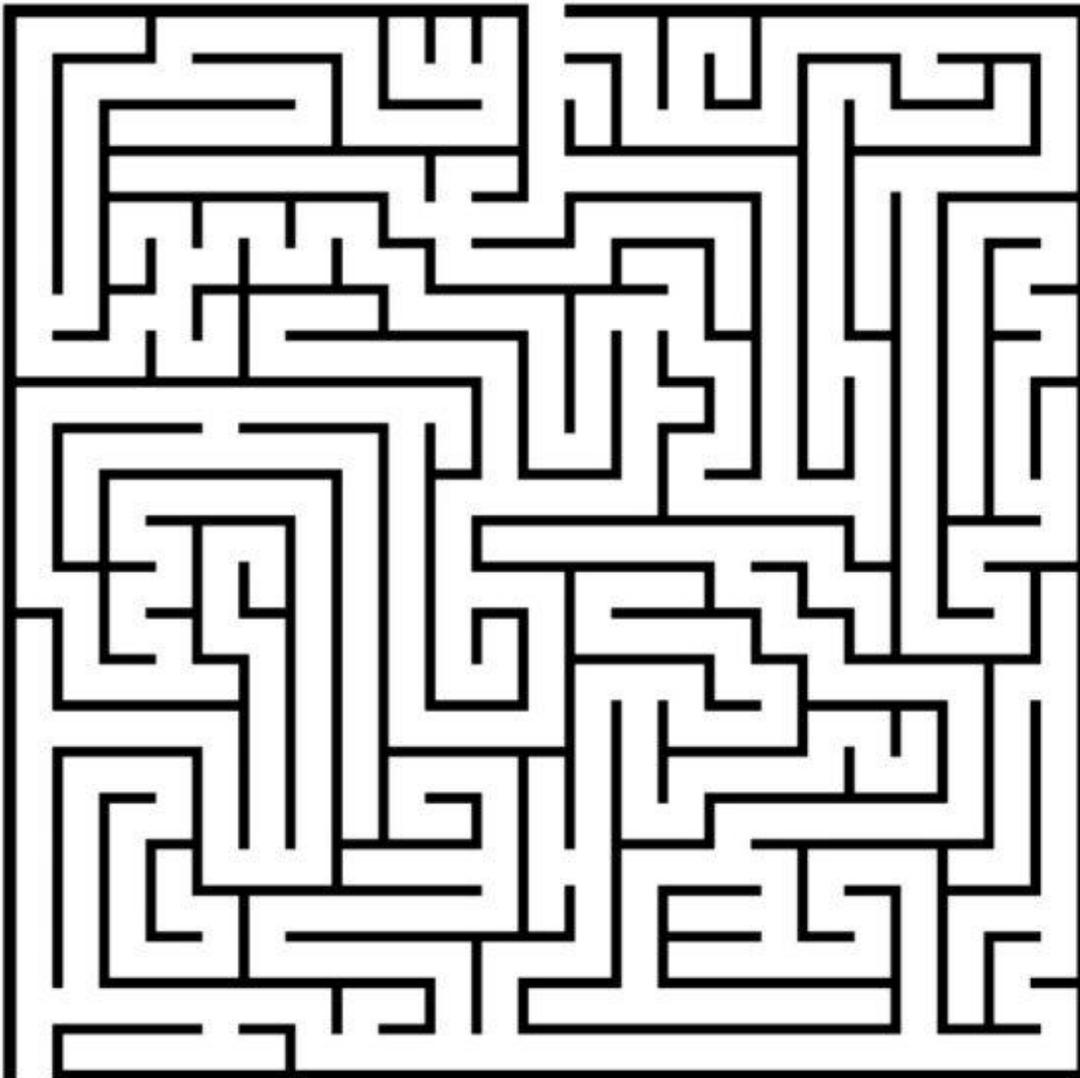
Instruções: Encontra a meta no menor tempo possível, aproximadamente 30 segundos.



2. Exercício

Nível de dificuldade: II

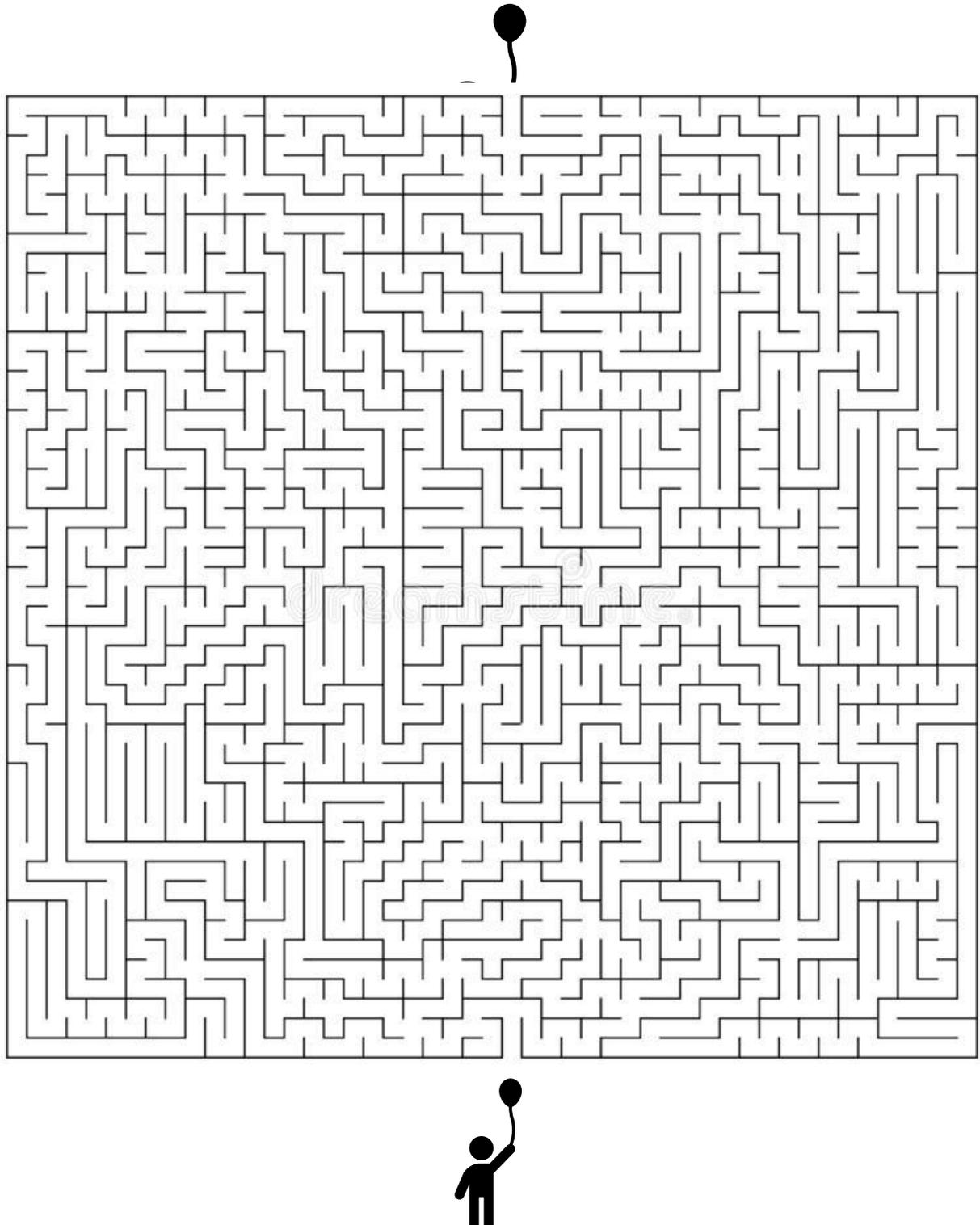
Instruções: Encontra a meta no menor tempo possível.



3. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instruções: Encontra a meta no menor tempo possível.



Memória

Dentro da função cognitiva, a memória apresenta-se como uma das principais queixas da população idosa (Cordeiro, Castillo, Freitas & Gonçalves, 2014). O seu papel está intimamente associado ao processamento de informação ocorrido em 3 estágios, na codificação, que se traduz na entrada da informação; no armazenamento, onde ocorre a consolidação e manutenção da informação no sistema de memória; e a evocação, que delinea o acesso e produção de informações já armazenadas na memória. Apesar de estes estádios interagirem mutuamente, são interdependentes (Sternberg, 2000). A literatura sugere que as sub-regiões “parahipocampais” e “hipocampais” contribuem amplamente para os três estágios (van Strien, Cappaert & Witter, 2009).

Existem vários tipos de memória, que irão ser referidos, no entanto apenas serão explicados os quais serão estimulados nos exercícios deste programa. No que diz respeito à duração, a memória pode ser dividida em memória sensorial e memória imediata (retendo a informação durante sensivelmente 30 segundos, estando associada a diversas áreas corticais, como o sistema límbico); memória a curto-prazo, que prevalece entre meia hora a seis horas, estando associada ao hipocampo e córtex entorrinal; e a memória a longo-prazo, que pode ser mantida durante horas, dias ou anos, permanecendo associada a áreas como o hipocampo e aos núcleos amigdalinos (entre outras áreas corticais) (Izquierdo, Myskiw, Benetti & Furini, 2013).

Por sua vez, a memória a longo-prazo pode se subdividir em memória declarativa (explícita), que corresponde às memórias acessíveis através da nossa consciência e que podem ser evocadas verbalmente, sendo estas associadas ao hipocampo, à amígdala e a variadíssimas regiões corticais como a pré-frontal e parietal (Izquierdo, Myskiw, Benetti & Furini, 2013); e a memória não declarativa, que pode ser subdivida na memória procedimental (Izquierdo, Myskiw, Benetti & Furini, 2013) e no *priming* (Kandel et al., 2013).

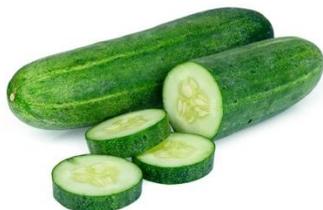
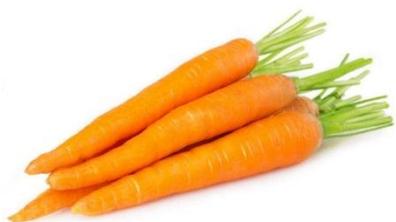
No que diz respeito à memória declarativa (estimulada no presente protocolo), podemos subdividi-la em duas classes, nomeadamente, na memória episódica, descrita como a memória autobiográfica, onde retrata as experiências passadas, que descrevem episódios da vida do indivíduo, estando associada principalmente ao córtex temporal e frontal. A memória semântica, retrata o conhecimento de factos, independentes de um determinado tempo, espaço e momento, estando associada ao hipocampo (Hill, 2010).

 **Memória Semântica**

1. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instrução: Diga o nome dos objetos representados nas figuras abaixo.



2. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instrução: Diga o nome dos objetos representados nas figuras abaixo.

Dica: Lembre-se da função dos objetos.

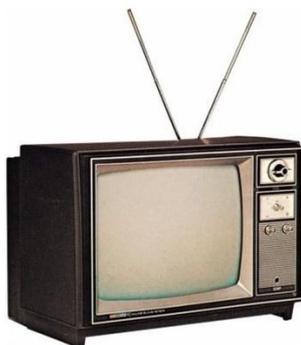


3. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instrução: Diga o nome dos objetos representados nas figuras abaixo.

Dica: Lembre-se da função dos objetos.



Memória Episódica

1. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instruções: Descreva os episódios abaixo referidos. O terapeuta deve assinalar se o relato foi congruente ou incongruente.

Dica: Procure os momentos que mais o marcaram.

Episódio	Congruente 	Incongruente 
1- Refira um episódio da sua infância		

Sessão 13

2. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Descreva os episódios abaixo referidos. O terapeuta deve assinalar se o relato foi congruente ou incongruente.

Episódio	Congruente 	Incongruente 
1- Refira um episódio do último Natal		
2- Refira um episódio do seu aniversário anterior		

3. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instruções: Descreva os episódios abaixo referidos. O terapeuta deve assinalar se o relato foi congruente ou incongruente.

Episódio	Congruente 	Incongruente 
1- Refira um episódio do dia anterior		
2- Refira o que jantou no dia anterior		
3- Refira qual a profissão que exercia e relate um dia de trabalho		

Linguagem

Segundo a literatura, no processo de envelhecimento é frequente uma diminuição no desempenho linguístico, devido às alterações cognitivas consequentes da idade (Pinto, 2008). No âmbito da linguagem, esta é utilizada como veículo para comunicação, constituindo um instrumento de interação social, correspondente a um sistema convencional de símbolos arbitrários, relacionados sistematicamente e orientados para armazenar e trocar informações (Nogueira, 2000). Este domínio é adquirido através do sistema pragmático, que corresponde à utilização comunicativa da linguagem num contexto social específico; o sistema fonológico, relaciona-se com perceção e produção de sons para formar palavras; no que diz respeito ao sistema semântico, este relaciona-se com a congruência entre as palavras e respetivo significado; e, por fim, o sistema gramatical, onde estão patentes as regras sintáticas e morfológicas que nos permitem construir frases compreensíveis (Cervera-Mérida, Ygual-Fernández, 2003).

Desde o início dos anos 70 que diversas investigações se têm dedicado ao estudo da influência da lateralização cerebral da linguagem (Damásio, Damásio, Castro-Caldas & Ferro, 1979), no entanto, estudos apontam o hemisfério esquerdo como dominante no âmbito da linguagem. A nível neuroanatómico, a linguagem envolve áreas como a área de Wernicke, localizada no segmento posterior do giro temporal superior, na sua face dorsal, entre a circunvolução de Heschl e o giro angular, sendo que, corresponde às áreas 22, 37, 39 e 40 de Brodman e integra o domínio léxico-semântico da linguagem (Pereira, Reis, & Magalhães, 2003). Estudos demonstram que os processos léxico-semânticos envolvem um número de áreas no hemisfério dominante, localizados nos lobo temporal, parietal e áreas do pré-frontal (Binder, Desai, Graves & Conant, 2009). Where is the semantic system? A critical review and meta-analysis of 120 functional neuroimaging studies. *Cerebral cortex*, 19(12), 2767-2796. Ainda no paradigma da linguagem, a área de Broca localiza-se na circunvolução frontal inferior, do hemisfério esquerdo, correspondendo à área 44 de Brodmann. Esta constitui a componente sintática-articulatória da linguagem (Pereira, Reis, & Magalhães, 2003).

Numa perspetiva patológica, na Linguagem podem ocorrer défices, caracterizados por Afasias (perda total ou parcial da capacidade de produzir e/ ou compreender a linguagem falada). Estudos referem que em estágios iniciais, a doença de Alzheimer, acompanha-se por problemas semântico-lexicais similares aos de uma afasia semântica

(Irigaray, 1973; Bayles, Kaszniak & Tomoeda, 1987) ; e dificuldades semântico-discursivas na interpretação de metáforas, provérbios, moral de histórias e material humorístico (Bayles, Kaszniak & Tomoeda, 1987; Damasceno, 1999; Caramelli, Mansur & Nitrini, 1998). Nos estágios intermediários da doença, existe um agravamento destas alterações, sobretudo no que diz respeito às leis conversacionais, perda da função epilinguística (autocorretiva) e início de alterações fonológicas e sintáticas (Bayles, Kaszniak & Tomoeda, 1987; Damasceno, 1999; Caramelli, Mansur & Nitrini, 1998), que, por sua vez podem levar a alterações similares às da afasia de Wernicke ou afasia transcortical sensorial (Nitrini, Caramelli, Bottino, Damasceno, Brucki & Anghinah, 2005).

Linguagem: Compreensão e eventual presença de uma afasia de Wernicke

1. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instrução: É pedido ao paciente que execute os comportamentos descritos na tabela pela ordem indicada.

O que fazer?
Abra os braços
Toque na cara
Pestaneje duas vezes
Levante o braço direito

2. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instrução: É pedido ao paciente que execute os comportamentos descritos na tabela pela ordem indicada.

O que fazer?
Levante-se e sente-se duas vezes

Abra a porta

Levante a perna esquerda

Abra e feche a boca

Sorria

Sessão 14

 **Linguagem: Produção do discurso e eventual presença de uma afasia de Broca**

3. Exercício

Nível de dificuldade: I

Instruções: Leia a lista de palavras apresentada.

LAR

VINHO

IR

LARANJA

BANANA

HORA

LÁ

DADO

FOGO

DEDO

BOTA

TETO

BOCA

PÃO

SAPO

VOAR

CATO

SUMO

4. Exercício

Nível de dificuldade: II

Instruções: Leia a lista de palavras apresentada.

VERÃO	JOGAR
HOJE	PRATICAR
AMANHÃ	CARRO
PASSADO	CONDUÇÃO
PRESENTE	QUARTO
FUTURO	CAMISEIRO
DOENÇA	PLANTAR
PROBLEMA	JARDIM
MÉDICO	AGRICULTURA
IRMÃO	PROPOSTA
MÃE	TELEMÓVEL
PAI	CÂMERA
AFILHADA	LENTIFICAR
SOBRINHA	PROGRAMAR
EMPREGO	REPETIÇÃO
CASAMENTO	VERDADEIRO
COZINHAR	DINHEIRO

5. Exercício

Nível de dificuldade: III

Instruções: Leia um excerto de uma notícia do jornal, representada na figura abaixo. Posteriormente serão realizadas questões para averiguar se o que leu foi compreendido.

"Tudo será diferente" após pandemia, diz Papa Francisco



O Papa Francisco disse, numa mensagem de vídeo divulgada este sábado à noite, que "tudo será diferente" após a pandemia global, da qual a humanidade poderá sair "melhor ou pior", apelando a uma "sociedade mais justa e equitativa".

"Quando sairmos desta pandemia, não poderemos continuar a fazer o que estávamos a fazer, e como estávamos a fazer. Não. Tudo será diferente", disse o pontífice numa mensagem de vídeo em espanhol, por ocasião da festa de Pentecostes.

"Das grandes provações da humanidade, entre estas a da pandemia, nós sairemos melhores ou piores. Não é a mesma coisa. Pergunto-vos: como querem sair disto? Melhor ou pior?", questionou o Papa Francisco.

A nível global, a pandemia causada pelo novo coronavírus já infetou mais de seis milhões de pessoas em todo o mundo, dois terços das quais na Europa e Estados Unidos, segundo um balanço da AFP.

A doença é transmitida por um novo coronavírus detetado no final de dezembro, em Wuhan, uma cidade do centro da China.

(Jornal Noticias, 30 Maio 2020 às 23:29)

Exercícios que pode realizar em casa

- 1) Durante uma semana conte e registre quantos objetos com cor verde visualizou.
- 2) Vá à sua horta e conte quantas árvores de fruto tem.
- 3) Jogue dominó e conte quantas vezes lhe saiu a peça que tem seis pintinhas de cada lado.
- 4) Desenhe qualquer imagem enquanto ouve música a seu gosto.
- 5) Recorte várias imagens do jornal. De seguida corte essa imagem em duas e coloque aleatoriamente numa taça. Depois retire todos os recortes e organize-os de modo a completar as imagens.
- 6) Escreva a seguinte sequência de letras numa folha em branco e organize de modo a construir palavras: S S E L P C A O V I I E C B A R H E A I N A.
- 7) Todos os dias durante uma semana, escreva e diga oralmente o nome de 15 objetos, todos diferentes, que visualiza frequentemente no seu dia a dia.
- 8) Reveja o seu álbum de fotografia e selecione cinco fotografias que representam eventos de vida significativos. Descreva oralmente e por escrito o que representam essas fotografias.
- 9) Ler diariamente durante uma semana, no mínimo, 3 notícias diferentes.

Bibliografia

- Alzheimer Disease International (ADI) (2015). World Alzheimer Report. Londres.
- Baddeley, A. D. (2002). Is working memory still working?. *European psychologist*, 7(2), 85.
- Barros, P. M., & Hazin, I. (2013). Avaliação das funções executivas na infância: revisão dos conceitos e instrumentos. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 7(1).
- Bayles, K. A., Kaszniak, A. W., & Tomoeda, C. K. (1987). *Communication and cognition in normal aging and dementia*. College-Hill Press/Little, Brown & Co.
- Binder, J. R., Desai, R. H., Graves, W. W., & Conant, L. L. (2009). Where is the semantic system? A critical review and meta-analysis of 120 functional neuroimaging studies. *Cerebral cortex*, 19(12), 2767-2796.
- Bowers, J. S. (2002). Challenging the widespread assumption that connectionism and distributed representations go hand-in-hand. *Cognitive Psychology*, 45(3), 413-445.
- Caramelli, P., Mansur, L. L., & Nitrini, R. (1998). Language and communication disorders in dementia of the Alzheimer type. In *Handbook of neurolinguistics* (pp. 463-473). Academic Press.
- Cervera-Mérida, J. F., & Ygual-Fernández, A. (2003). Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Rev Neurol*, 36(1), 39-53.
- Cordeiro, J., Del Castillo, B. L., Freitas, C. S. D., & Gonçalves, M. P. (2014). Effects of physical activity in declarative memory, functional capacity and quality of life in elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 541-552.
- Damasceno, B. P. (1999). Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 57(1), 78-83.
- Damasio, H., Damasio, A. R., Castro-Caldas, A., & Hamsher, K. D. (1979). Reversal of ear advantage for phonetically similar words in illiterates. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1(4), 331-338.
- Dillon, D. G., & Pizzagalli, D. A. (2007). Inhibition of action, thought, and emotion: a selective neurobiological review. *Applied and Preventive Psychology*, 12(3), 99-114.
- Yassuda, M. S., & Abreu, V. P. S. (2006). Avaliação cognitiva. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 2, 1252-1259.

- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Hamdan, A. C., & Pereira, A. P. D. A. (2009). Neuropsychological assessment of executive functions: Methodological questions. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 386-393.
- Henry, J. D., Crawford, J. R., & Phillips, L. H. (2004). Verbal fluency performance in dementia of the Alzheimer's type: a meta-analysis. *Neuropsychologia*, 42(9), 1212-1222.
- Hill, C. S. (2010). *Consciousness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Holyoak, K. J., & Morrison, R. G. (Eds.). (2005). *The Cambridge handbook of thinking and reasoning* (Vol. 137). Cambridge: Cambridge University Press.
- Irigaray, L. (1973). Le langage des déments. *The Hague: Mouton*.
- Izquierdo, I. A., Myskiw, J. C., Benetti, F., & Furini, C. R. (2013). Memória-Tipos e mecanismos-Achados recentes. *Revista USP*.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014). Dia Mundial da População Destaque - informação à comunicação social.
- Kandel, E. R., Markram, H., Matthews, P. M., Yuste, R., & Koch, C. (2013). Neuroscience thinks big (and collaboratively). *Nature Reviews Neuroscience*, 14(9), 659-664.
- Lima Neto, A. V., de Araújo Nunes, V. M., de Oliveira, K. S. A., de Azevedo, L. M., & Mesquita, G. X. B. (2017). Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(3), 753-759.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C. M. D. C., Damasceno, B. P., Brucki, S. M. D., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: Avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*.
- Oliveira, A. M. R. D. O. (2013). Henriques de. As neurociências ao serviço da linguagem. *Linguarum Arena. Revista de Estudos em Didática de Línguas da Universidade do Porto, Porto*, 4, 39-63.
- Pereira, J. R., Reis, A. M., & Magalhães, Z. (2003). Functional neuroanatomy. Cortical mapping in usual paradigm in functional magnetic resonance imaging. *Acta medica portuguesa*, 16(3), 107-116.

- Ramos, T. M., Mónico, L. S. M., Parreira, P. M., Fonseca, C., & Dixe, M. A. C. R. (2017). Efeito de um Programa de Estimulação Cognitiva na Manutenção ou Melhoria da Função Cognitiva de Idosos Institucionalizados. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), 918.
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifactorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10.
- Silva, M. J., de Oliveira Lopes, M. V., Maciel Araújo, M. F., & Andrade de Moraes, G. L. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta paulista de enfermagem*, 19(2), 201-206.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Piccin.
- Van Strien, N. M., Cappaert, N. L. M., & Witter, M. P. (2009). The anatomy of memory: an interactive overview of the parahippocampal–hippocampal network. *Nature reviews neuroscience*, 10(4), 272-282.
- World Health Organization (WHO) (2012). Alzheimer's Disease International, editores. Dementia: a public health priority. Geneva; 102 p.