

RELATÓRIO DE ESTÁGIO CLÍNICO

Relatório de Estágio Clínico

Emília B. Dias

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte; CESPU

Relatório de Estágio Clínico

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte; CESPU

Mestrado de Neuropsicologia Clínica

Supervisão: Prof. Doutor Bruno Peixoto

Estagiária: Emília Margarida Barbosa Dias

Ano letivo: 2013 – 2014

Índice de Abreviaturas

CHSJ – Centro Hospitalar São João

MFR – Medicina Física e Reabilitação

HSJ – Hospital São João

UAG – Unidades Autónomas de gestão

APA – American Psychological Association

UEMS – Union Europeenne des Médecins Spécialistes

RPP – Reabilitação do Pavimento Pélvico

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

IU – Incontinência Urinária

SDO – Síndrome Defecação Obstruída

RC – Reabilitação Cardíaca

PRC – Programa de Reabilitação Cardíaca

MOCA – *Montreal Cognitive Assessment*

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

BDI - *The Beck Depression Inventory II*

STAI - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

SCA – Síndrome Coronária Aguda

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

Índice

Introdução.....	Pág.5
Caracterização da Instituição.....	Pág. 6-10
O papel do Neuropsicólogo no Serviço de Medicina Física e Reabilitação.....	Pág11-13
Atividades desenvolvidas no estágio.....	Pág.14
Consulta psicológica.....	Pág. 14-15
Aconselhamento Psicológico.....	Pág. 16
Doença Cardíaca.....	Pág. 16-18
Amputados.....	Pág. 18-19
Psicoterapia Individual/ Grupo.....	Pág. 19
Incontinência Urinária.....	Pág.19-20
Perturbação de Pânico.....	Pág. 20-21
Avaliação Neuropsicologia.....	Pág. 21-25
Reabilitação Neuropsicológica.....	Pág. 25-27
Investigação Clínica.....	Pág. 27-28
Atividades de Orientação.....	Pág. 28-29
Atividades de Supervisão.....	Pág.29
Caso clínico.....	Pág. 30
Identificação geral.....	Pág. 30
Motivo/ Pedido da consulta.....	Pág.30
História Pessoal.....	Pág. 31-32
História Clínica / Problemática atual.....	Pág. 32-33
Processo de Avaliação Neuropsicológica.....	Pág.34-36
Reflexão do caso.....	Pág. 36-39
Processo de Intervenção Neuropsicológica.....	Pág. 39-45
Considerações finais do caso.....	Pág. 45-47
Reflexão Pessoal.....	Pág.47-49
Reflexão sobre o estágio.....	Pág.50-51
Bibliografia.....	Pág52-54
Anexos.....	Pág. 55

Introdução

O relatório de estágio clínico insere-se no plano curricular do segundo ano do Mestrado em Neuropsicologia Clínica a ser lecionado no Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte.

O estágio curricular decorreu no Centro Hospitalar São João (CHSJ), no serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR). Este aconteceu ao longo de aproximadamente dez meses, com uma periodicidade de três vezes por semana e posteriormente, estendeu-se a quatro vezes.

Neste sentido, o relatório surge como suporte teórico do estágio e tem como objetivo dar a conhecer o local de estágio e as atividades desenvolvidas devidamente justificadas e fundamentadas, bem como, novas aprendizagens relativas à prática profissional adquiridas por meio da observação e participação nas atividades.

Assim, numa primeira parte irei apresentar a caracterização da instituição abordando aspetos como o local de estágio, o serviço de MFR, como chegam os casos, os motivos dos doentes e quem os envia.

Seguidamente será descrito o papel do neuropsicólogo no serviço de MFR e mostrar um pouco do que é feito na instituição onde decorreu o estágio. Os principais objetivos da abordagem deste tema prendem-se sobretudo com a descrição das competências do neuropsicólogo e o papel deste num serviço de MFR.

Posteriormente apresentarei o conjunto de atividades que foram solicitadas ao longo do estágio e respetiva reflexão sobre a aquisição de competências diversificadas no âmbito do acompanhamento psicológico e intervenção em grupo.

Através da descrição de caso clínico pretendo mostrar como foi importante esta intervenção no sentido da aquisição de competências no contexto da prática clínica nas áreas de recolha da história clínica, avaliação, diagnóstico e intervenção.

Para finalizar farei uma reflexão acerca do percurso feito ao longo do estágio, salientando as relativas aprendizagens realizadas, dificuldades sentidas e sugestões que poderiam ser benéficas.

Caracterização da Instituição

Centro Hospitalar de São João (CHSJ)

O Centro Hospitalar São João (CHSJ) surge a 1 de Abril de 2011 com a fusão do Hospital de São João (HSJ) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Valongo. Assim, é constituído por dois polos, o do Porto (Hospital de São João) e o de Valongo (Hospital Nossa Senhora da Conceição).

O HSJ é o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. É um hospital Universitário e que estabelece ligação com a Faculdade de Medicina do Porto, com a qual partilha algumas instalações. Neste sentido, os diversos serviços do CHSJ, muitas vezes associados com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, desenvolvem atividades científicas a nível de organização de eventos e reuniões, participação em congressos nacionais e internacionais com apresentações de trabalhos, publicação de artigos em revistas científicas e envolvimento em projetos de investigação.

Presta assistência direta à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. É o centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo. Desta forma, abrange cerca de 3 milhões de pessoas.

A lotação máxima do HSJ é de 1124 camas e várias especialidades médicas e cirúrgicas, mas também possui uma variedade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados, da qual faz parte o serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR).

Os diversos serviços encontram-se agrupados em seis Unidades Autónomas de Gestão (UAG), sendo que, o serviço de MFR desde Outubro de 2009 passou a pertencer à UAG de Medicina pois, até à data integrava-se na UAG de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Com a fusão o Hospital Nossa Senhora da Conceição passou a englobar toda a cirurgia de ambulatório do CHSJ (tendo sido constituído o Serviço de Cirurgia de Ambulatório do CHSJ), além de atividade de ambulatório (Consulta Externa de

Psiquiatria e de Ortopedia), Serviço de Urgência, internamento (Medicina Física e Reabilitação e Psiquiatria) e Unidade de Convalescença (integrada na Rede Nacional de Cuidados Integrados).

O serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) do Centro Hospitalar de São João (CHJS)

Em Março de 2009, o serviço de MFR foi certificado como centro com idoneidade formativa em MFR pelo *European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*.

O serviço de MFR do polo Porto fica localizado no piso 01 e no polo de Valongo encontramos o internamento que dispõe de 12 camas de internamento, tendo espaço para mais duas.

Assim, o espaço do serviço de MFR do CHSJ (Pólo do Porto) pode ser dividido em três alas (poente, central e nascente). Na ala poente encontra-se a Área de Direção (Gabinete da Direção de Serviço; Gabinete de Secretariado da Direção de Serviço), Área de Reabilitação Pediátrica (Consultório médico; Gabinete de Terapeutas; Sala de Terapia Ocupacional; Sala de Fisioterapia; Instalações sanitárias adaptadas com fraldário; Arrecadação), Área de Reabilitação Cardíaca/ Recondicionamento ao Esforço (Consultório médico; Ginásio) e Área de apoio geral (Copa; Sala de sujos). Na ala central, encontra-se a Área de consultas e tratamentos (três consultórios médicos; Gabinete de Enfermagem/ Sala de tratamentos; Ginásio/ Hidroterapia), Área administrativa (Gabinete administrativo), Área científico- formativa (Biblioteca; Gabinete médico) e Área de apoio geral (Sala de espera; Instalações sanitárias). Na ala nascente encontra-mos a Área de Tratamento (Fisioterapia; Três gabinetes de Terapia da Fala; Sala de Terapia Ocupacional; Sala de Reeducação das AVD; Sala de Reeducação Vesico- Esfincteriana), Área de Coordenação e de Psicologia/ Serviço Social (Gabinete de Coordenação de Terapeutas; Gabinete de Psicologia/ Serviço Social) e Área de apoio geral (Vestiários; Instalações sanitárias; Arrecadação).

O espaço físico do serviço de MFR do Hospital de Nossa Senhora da Conceição Valongo (Pólo Valongo) é dividido entre Gabinetes (Gabinetes de coordenação; Gabinete multiformal), Enfermaria (Enfermarias; Área de Enfermagem), Área de

Tratamentos (Ginásio; Sala de tratamentos; Gabinete de Terapia Ocupacional/ Terapia da Fala/ Psicologia) e Área de Apoio Geral (Refeitório, copa; Instalações sanitárias; Arrecadação).

Quanto aos recursos humanos o serviço dispõe de dezoito médicos (um Diretor de Serviço, que também ocupa o lugar de Assistente Graduado Sênior de MFR, dois Assistentes Graduados de MFR, oito Assistentes de MFR e sete Internos de Formação Específica em MFR), vinte e cinco Fisioterapeutas, quatro Terapeutas da Fala e duas Terapeutas Ocupacionais, quanto aos Enfermeiros de Reabilitação existem dezassete generalistas com especialização em reabilitação e duas enfermeiras de reabilitação, uma psicóloga e duas assistentes sociais, quatro funcionárias administrativas e dezassete assistentes operacionais.

O Serviço de MFR do CHSJ tem a sua atividade assistencial organizada da seguinte forma: Internamento, Consulta Interna, Consulta Externa, Unidade de Convalescença, Consultas Multidisciplinares, Permanência/ Prevenção e Sectores de Tratamento. As consultas estão organizadas por entidades nosológicas, estando um ou mais especialistas responsáveis por cada uma delas.

Os pacientes internados provêm de internamentos de outros serviços do CHSJ ou da consulta externa de MFR. Aí segue-se um programa específico de reabilitação integral e abrangente, adaptado ao indivíduo, visando a maximização da independência do paciente.

Neste sentido, semanalmente, às quartas-feiras, realiza-se a reunião de internamento na qual participam os médicos fisiatras, enfermeiro chefe, fisioterapeuta representante, terapeuta da fala, psicóloga e assistente social. Nesta são discutidos os aspetos mais relevantes relacionados com o processo de reabilitação dos pacientes internados e é programada a sua alta.

No entanto, também se efetuam reuniões com os familiares dos pacientes internados e visitas ao domicílio (incluindo avaliação das barreiras arquitetónicas no domicílio e na comunidade).

Na Consulta Interna, presta-se assistência aos pacientes internados nos vários serviços do HSJ sempre que esta é solicitada mediante um pedido de consulta de especialidade. Esta tem um caráter prioritário no serviço, visto que, a instituição precoce de um programa de reabilitação contribui para uma recuperação mais rápida e conseqüentemente diminuição do tempo de internamento para alguns pacientes.

Após a consulta médica, o doente é orientado de acordo com as suas necessidades. Neste participam alguns técnicos do serviço de MFR pois, frequentemente é requerida a colaboração do pessoal de enfermagem geral e de enfermagem de reabilitação do serviço no qual o paciente se encontra.

Caso necessário, o tratamento fisiátrico pode ser iniciado durante a estadia hospitalar. Este pode ser realizado de acordo com a situação clínica do doente, na enfermaria onde se encontra ou nos vários setores de tratamento do serviço de MFR. Posteriormente são efetuadas consultas de seguimento do doente.

Aquando a alta hospitalar, o paciente é orientado de acordo com o seu quadro clínico e funcional e encaminhado para a consulta externa. Em último caso, é elaborado um plano de MFR no qual são definidas metas e os objetivos a seres atingidos com o processo de reabilitação em Unidade de Cuidados Integrados.

A Consulta Externa engloba a atividade assistencial prestada aos pacientes em regime de ambulatório. Os pacientes podem ser, pacientes observados em consulta interna e aos quais estava indicada a continuação do programa de reabilitação no serviço e/ou consultas periódicas de reavaliação ou pacientes referenciados do médico assistente ou de consultas externas de outras especialidades do CHSJ.

Como a orientação dos pacientes observados em consulta externa faz-se segundo a patologia, os pacientes com patologias agudas ou necessidade de cuidados diferenciados são orientados para tratamento no serviço, na área terapêutica adequada. Posteriormente são reavaliados periodicamente, com o intuito de averiguar a sua evolução clínica e se proceder a eventuais ajustes no plano de tratamentos. Após a reabilitação na fase aguda e caso se justifique podem ser orientados para consultas de reavaliação periódica no serviço de MFR ou para tratamento na área de residência.

Quanto à Unidade de Convalescença de Valongo destina-se ao tratamento de situações pós-agudas, com necessidade de recuperação intensiva, nomeadamente no

âmbito da reabilitação, na sequência de internamento hospitalar ou agudização de doença crónica cujo tratamento não exige recursos de um hospital de agudos.

Esta Unidade tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessitava de cuidados hospitalares agudos. Assim, na maioria dos casos, os pacientes são oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/ Traumatologia ou de Neurologia.

O serviço de MFR participa em consultas multidisciplinares, fazendo-se representar através de um ou mais especialistas que participam nas reuniões/ consultas com médicos de outras especialidades (anestesiologia, neurocirurgia, neurologia, psiquiatria, que pertencem à consulta multidisciplinar da dor; cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, estomatologia, genética médica, pediatria médica, pertencentes à consulta multidisciplinares de Fendas Lábio-Palatinas; ortopedia infantil, que pertence à consulta multidisciplinar de ortopedia infantil; e ginecologia e obstetria que se inclui na consulta multidisciplinar de Uro-Ginecologia).

O papel do Neuropsicólogo no Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Foi em 1960, que o termo neuropsicologia apareceu pela primeira vez. Foi o título de uma ampla coleção do psicólogo americano Karl S. Lashley. Esta fazia referência a estudos realizados em ratos e macacos e foi centrada na compreensão da memória, percepção e comportamento motor. No entanto, surgiram investigadores que se especializaram em pesquisa com seres humanos (Kolb & Whishaw, 2003).

Hoje, definimos neuropsicologia como o estudo da relação entre funcionamento do cérebro humano e o comportamento. Embora neuropsicologia atraia informações de várias disciplinas, por exemplo, anatomia, biologia, biofísica, etologia, farmacologia e filosofia, no entanto, o seu foco central é o desenvolvimento de uma ciência do comportamento humano baseado sobre a função do cérebro humano (Kolb & Whishaw, 2003).

A neuropsicologia integra áreas da psicologia clínica e neurologia comportamental. Para avaliação da integridade estrutural e funcional do cérebro socorre-se de testes psicológicos especializados e que foram concebidos para avaliar uma ampla variedade de domínios comportamentais, cognitivos e emocionais (Sbordone, Saul, Purisch, 2007).

A *Division 40 of American Psychological Association* (APA) (1989), publicou como produto de um grupo de trabalho em Educação e Credenciamento em Neuropsicologia Clínica uma "definição de Neuropsicólogo". Esta foi adotada pela *Divisão 40 da American Psychological Association* (APA) após cuidadosa avaliação e revisada em 1992 e 1996.

Assim, definiu-se que o neuropsicólogo é um profissional psicólogo, que aplica os princípios de avaliação e intervenção, baseada em estudos científicos do comportamento humano no que se refere ao normal e anormal o funcionamento do sistema nervoso central (*Division 40 of American Psychological Association* (APA), 1989).

Segundo a *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) - Secção de MFR, a MFR é “uma especialidade médica autónoma, cujo objetivo reside na promoção da função física e cognitiva, da atividade (incluindo os comportamentos), da participação (incluindo a qualidade de vida) e na modificação dos fatores pessoais e ambientais. É responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamentos e organização do programa de Reabilitação dos indivíduos com patologias médicas incapacitantes e co-morbilidades em todos os grupos etários.” (Gitenbrunner, Ward, Chamberlain, 2009, pág.11).

Assim, a MFR têm como objetivo reduzir a incapacidade provocada pela doença, prevenir as complicações melhorar a funcionalidade. As atividades devem ser designadas tendo em consideração o contexto social, cultural, ambiental do indivíduo, sendo que, os especialistas de MFR têm de conhecer os princípios da adaptação e plasticidade e compreender os fundamentos do ensino e aprendizagem, como um processo é contínuo e coordenado por uma equipa multidisciplinar (Gitenbrunner et al., 2009).

Neste sentido, no contexto do serviço de MFR em que a principal responsabilidade passa pela prevenção, diagnóstico, tratamento e organização de planos de reabilitação para indivíduos com diversas patologias médicas e co-morbilidades associadas, a prática da neuropsicologia pode auxiliar na área de avaliação/diagnóstico, tratamento/reabilitação, consulta, psicoeducação e pesquisas.

A avaliação e diagnóstico é geralmente utilizada após a suspeita de disfunções cerebrais. Com esta tenta-se determinar se os resultados dos testes mostram ou não evidências de competências cognitivas, comportamentais e emocionais após a lesão cerebral (Sbordone et al., 2007).

A reabilitação preocupa-se com a melhoria dos défices, sociais, emocionais e cognitivos causados por uma lesão cerebral. Assim, a reabilitação vai permitir que a pessoa com deficiência consiga atingir um nível ótimo de bem-estar, para reduzir o impacto dos seus problemas na vida diária e para ajudar o paciente a voltar aos seus ambientes de forma adequada (Wilson, 2005).

A consulta de outros profissionais é frequente, pois médicos, advogados, operadoras de seguros, tribunais, enfermeiros de reabilitação e outros convidam o

neuropsicólogo como consultor para tratar de questões específicas, como por exemplo, um médico pode pedir o neuropsicólogo para " descartar " uma demência, deficiências cognitivas, problemas de memória. Mas, também pode ser solicitado para avaliar o funcionamento cognitivo e intelectual do paciente (Sbordone et al., 2007).

Perante áreas em que os neuropsicólogos pode intervir estão as palestras sobre as consequências das disfunções cerebrais ou traumatismos e a avaliação neuropsicológica. Muitos são os grupos que assistem a estas palestras entre eles os residentes de psiquiatria, medicina física e reabilitação, neurologia e neurocirurgia (Sbordone et al., 2007).

No entanto, os neuropsicólogos podem estar envolvidos em estudos de pesquisa dentro de sua área de especialização ou interesse. Os testes neuropsicológicos são muitas vezes utilizados para estudar as manifestações cognitivas e comportamentais específicas de perturbações do cérebro, dificuldades de aprendizagem, distúrbios neurológicos, doenças psiquiátricas (Sbordone et al., 2007).

Neste sentido, o papel do neuropsicólogo em contexto MFR é fundamental pois, promove a comunicação entre a equipa, paciente e família.

No que concerne ao paciente podemos atuar na modificação do comportamento, reabilitação cognitiva que irá maximizar a capacidade do paciente para o seu melhor funcionamento, verificar o que as alterações existentes representam na vida do paciente e como este lida com as suas emoções, motivações e as suas preocupações. Assim, poderemos reduzir a gravidade dos comportamentos sociais disruptivos, melhorar a motivação, habilidades sociais e se necessário ajudar na reintegração profissional. A terapia familiar e a ajuda ao cuidador deve ser um ponto fulcral, pois os problemas do paciente podem causar dificuldades emocionais, sentimentos de raiva e frustração.

Com a aplicação da MFR a diferentes patologias o neuropsicólogo tem um papel fundamental na perceção das incapacidades existentes, no apoio às diferentes ações médico-cirúrgicas e tratamento, prevenir o descondicionamento físico e psicológico, bem como todas as sequelas decorrentes do imobilismo e isolamento dos doentes internados, facilitar e estimular os processos de recuperação, estimular, maximizar e compensar as capacidades residuais, promover a integração socioprofissional.

Atividades desenvolvidas no estágio

O estágio curricular decorreu no Centro Hospitalar São João, no serviço de MFR. Este aconteceu ao longo de aproximadamente dez meses, com uma periodicidade de três vezes por semana e posteriormente, estendeu-se a quatro. Em dois dos quatro dias de presença a consulta psicológica, o aconselhamento psicológico, intervenção individual e em grupo, avaliação neuropsicológica e reabilitação psicológica eram frequentes e proporcionaram-me o contacto com as diversas patologias. No âmbito da investigação clínica fui desde logo informada e convidada a participar nas investigações que já decorriam e iniciar outra em conjunto com os profissionais envolvidos na Reabilitação do Pavimento Pélvico (RPP). As atividades de orientação foram desenvolvidas de acordo com as necessidades que iam surgindo e nas atividades de supervisão os trabalhos apresentados e a possibilidade de troca de opiniões e conhecimentos foi essencial para a prática.

Consulta psicológica

Com muita frequência a consulta psicológica (*counseling*), psicoterapia (termo mais utilizado por outros profissionais) são utilizadas como expressões mais ou menos sinónimas. Todas parecem utilizar o mesmo método de base, ou seja, uma série de contatos diretos com o paciente objetivando oferecer assistência na alteração das suas atitudes e comportamentos (Rogers, 2006).

Assim, um dos objetivos mais importantes em qualquer experiência de consulta psicológica é abordar aquelas ideias e atitudes, aqueles sentimentos e impulsos carregados de emotividade que estão no centro dos problemas e dos conflitos do indivíduo (Rogers, 2006).

Vários são os contextos em que se pode utilizar a consulta psicológica como uma mais-valia na adaptação do indivíduo aos seus problemas e enfrentando as realidades da vida de uma forma mais construtiva (Rogers, 2006).

Ao serviço de MFR chegam pacientes oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/ Traumatologia ou de Neurologia, Cardiologia,

Urologia e Fisiatria, sendo as patologias mais comuns apresentadas pelos pacientes a doença cardíaca, Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), doenças cerebrovasculares, situações de amputação, pacientes queimados, lesões Vertebro Medulares, crianças e adultos com alterações da linguagem e da comunicação, Incontinência Urinária (IU) e Síndrome Defecação Obstruída (SDO). A maioria destas patologias estão associadas a co morbilidades como ansiedade, depressão e a níveis intensos de *distress* emocional.

Assim, na primeira e segunda consulta é efetuada uma recolha de dados o mais completa possível para melhor conhecer o paciente e o seu motivo de consulta. Aos pacientes encaminhados pela Reabilitação Cardíaca (RC) ou RPP era aplicado o protocolo já definido, mas que objetivava o anteriormente mencionado.

No entanto, grande parte dos pacientes eram seguidos em consultas subsequentes para intervenção individual ou aconselhamento. Partindo destas consultas geravam-se diálogos com a orientadora acerca do diagnóstico e pesquisas para aprofundar conhecimentos sobre as patologias em questão.

Neste sentido, no âmbito estágio curricular tive a oportunidade de, numa fase inicial, observar várias consultas psicológicas que decorriam no serviço. Esta observação permitiu-me: inteirar-me mais sobre o funcionamento do serviço, ter contacto com pacientes com diversas patologias, em diferentes situações refletir sobre qual a técnica de entrevista (confrontação, reflexão, reformulação, clarificação, exploração, questionamento) mais adequada, a troca de opiniões com a orientadora, bem como, formulação de questões, construir um guião de anamnese mais completo e perceber a sua aplicabilidade, e contactar com diferentes modelos de intervenção.

Posteriormente à fase de observação comecei a ter uma participação mais ativa nas consultas. Sobre a minha responsabilidade ficavam os pacientes referenciados para avaliação ou reabilitação neuropsicológica, no entanto, também me foi dada a possibilidade de intervir em outras perturbações psicológicas.

Assim, numa primeira consulta tentava compreender os motivos do pedido explicado pelo paciente, a sua história pessoal, história clínica, percurso escolar e profissional, queixas e dificuldades, entre outras informações. Seguidamente delineava os procedimentos de avaliação e definia o programa de intervenção caso se justificasse a sua implementação.

Aconselhamento psicológico

O aconselhamento psicológico em contexto de saúde consiste numa intervenção que visa ajudar o sujeito a manter ou melhorar a sua saúde, nomeadamente na adoção de um estilo de vida mais saudável e comportamentos de saúde e na adaptação psicológica a alterações do estado de saúde (confronto com a doença e a incapacidade), em tudo o que isto possa envolver de mudança pessoal, ajustamento a uma nova situação, interação com técnicos de saúde, adesão a tratamentos e medidas de reabilitação (Trindade & Teixeira, 2000).

O psicólogo é o principal responsável pelo aconselhamento psicológico e esta prática pode ser feita em vários locais, tais como, no sistema de saúde, empresas, serviços e centros de reabilitação e em organizações comunitárias (Trindade & Teixeira, 2000).

Assim, o aconselhamento envolve ajudar o paciente a lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões, mudar comportamentos, transmissão de informação e apoio, transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal (Trindade & Teixeira, 2000).

O aconselhamento psicológico é uma das intervenções realizadas com os pacientes referenciados para uma intervenção psicoeducativa, em grupo, integrada num Programa de Reabilitação Cardíaca (PRC) e com pacientes que sofreram amputação.

Doença Cardíaca

Anualmente o número de mortes devido a doenças cardiovasculares têm aumentado. Estima-se que em 2008, 17.3 milhões de indivíduos morreram devido a doenças cardiovasculares, representando 30% das mortes globais (World Health Organization, 2011).

O número de indivíduos que morreram devido a doença cardiovascular, principalmente no que concerne a doença cardíaca e acidente vascular cerebral, tende a aumentar para 23.3 milhões em 2030 (World Health Organization, 2013).

American Heart Association (2011), considera que a doença cardiovascular inclui inúmeros problemas, sendo que muitos relacionados com o processo designado de aterosclerose. Esta condição desenvolve-se quando começa a existir agregação plaquetária nas superfícies das artérias levando ao estreitamento das mesmas e consequentemente torna mais difícil a fluidez do sangue. Se houver a formação de coágulos o fluxo sanguíneo pode parar e pode causar um ataque cardíaco ou um acidente vascular cerebral. No entanto, insuficiência cardíaca, arritmias, problemas nas válvulas cardíacas são outros tipos de doenças cardiovasculares.

Focada nos inúmeros problemas associados à doença cardiovascular, a investigação sugere que a depressão e a ansiedade têm repercussões significativas a este nível (Mennin, 2004). E apesar, das poucas investigações realizadas existe a evidência de uma correlação entre as várias doenças cardiovasculares e disfunção neurocognitiva (Armstrong, 2010).

Neste sentido, após ser aplicada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), pela RC, os pacientes são encaminhados para a psicologia de acordo com os seus níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

Na primeira consulta é realizada uma entrevista inicial que visa a recolha de informação sobre o paciente, a sua problemática e informar sobre as sessões psicoeducativas.

É marcada uma segunda consulta onde é aplicado um conjunto de testes que inclui o Índice Internacional de Função Erétil, Índice de Funcionamento Sexual Feminino, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *The Beck Depression Inventory II* (BDI II), Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), *Pittsburgh Sleep Quality Index* e *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

A intervenção com grupo dos cardíacos decorre ao longo de oito sessões, com periodicidade semanal e com duração aproximada de sessenta minutos. A primeira sessão que é realizada prende-se com a explicação da problemática, as seguintes abordam temas como a sexualidade, qualidade de sono, nutrição (é convidada uma profissional na área), gestão de ansiedade, treino de relaxamento muscular progressivo,

gestão de stress e estratégias de coping. A escolha das temáticas foi de encontro com a literatura atual.

Assim, o principal objetivo da intervenção consiste em ajudar o indivíduo a manter ou melhorar a sua saúde através da adoção de um estilo de vida saudável e comportamentos de saúde, algo que até então não era tomado em conta e esperando que a partir deste problema seja algo a considerar.

Amputados

Em Portugal existem poucos dados sobre o número de amputações, mas estima-se que existam cerca de 20 milhões de pacientes amputados em todo o mundo (Vaz, Roque, Pimentel, Rocha, Duro, 2012).

A amputação consiste na remoção cirúrgica ou espontânea, parcial ou completa de um membro ou parte do corpo. As sequelas de uma amputação confrontam o indivíduo com uma perda irreparável, que afeta todas as vertentes da sua vida e implica toda uma série de adaptações e restrições (Gabarra & Crepaldi, 2010).

As consequências da amputação são ao nível do funcionamento físico, social e psicológico. Ao nível do funcionamento psicológico salientam-se a angústia, tristeza, negação sentimentos de mutilação /alteração da imagem corporal, dificuldades sexuais, arrependimento, ansiedade, incerteza, vulnerabilidade e depressão (Vaz, Roque, Pimentel, Rocha, Duro, 2012).

Assim, os nossos objetivos passam por trabalhar o auto-conceito, a auto-estima, mas de um modo particular a aceitação da imagem corporal, reestruturação cognitiva para eliminar as crenças irracionais advindas das perturbações ligadas à imagem corporal, levar o paciente a refletir acerca do comprometimento da vida afetiva se mantiver comportamentos de evitamento, favorecer a expressão dos sentimentos e ajudar na compreensão da situação vivenciada, trabalhar todos os aspetos ligados à problemática, trabalhar as condições de adaptação social e profissional e ajudar o paciente a minimizar a sua angústia e ansiedade

Ajudar a lidar com as consequências da amputação e dificuldades inerentes ao processo de reabilitação, o auxílio na promoção da sua qualidade de vida, fornecer

estratégias para lidar com a nova situação, ajudar à readaptação para realização das atividades da vida diária visando proporcionar um sentimento de autonomia e independência são os objetivos da equipa multidisciplinar da MFR.

Intervenção individual e em grupo

A primeira forma de intervenção que existiu foi a psicanálise, mas logo surgiram outras formas de fazer e pensar, tais como, a psicoterapia centrada no paciente e as terapias cognitivo comportamental. Assim, independentemente de serem terapias individuais ou em grupo estas são caracterizadas por ideias teóricas sobre a mente, comportamento, relações sociais do indivíduo e formas de as modificar (Peräkylä, Antaki, Vehviläinen, Leudar, 2008).

As intervenções são principalmente praticadas individualmente, mas vários estudos demonstram eficácia em grupo, visto que, esta proporciona melhoras significativas ao nível intrapsíquico, interpessoal e comportamental (Price, Heschels, Price, 1999).

No serviço de MFR a intervenção individual e em grupo é praticada. Em funcionamento encontram-se o grupo dos pacientes com patologia cardíaca e o grupo dos pacientes com IU. Ao nível individual tive a oportunidade de aplicar um protocolo de intervenção cognitivo comportamental para a perturbação de pânico e agorafobia.

Incontinência Urinária

Segundo a Sociedade Portuguesa de Urologia (2015), a IU é caracterizada como queixa de qualquer perda involuntária de urina. Esta condiciona a vida do paciente ao nível físico, social e psicológico.

Ao nível psicológico afeta a autoestima, condiciona a vida do doente a nível familiar, laboral e pessoal, pode afetar a relação conjugal, uma vez que a intimidade do casal é prejudicada (Sociedade Portuguesa de Urologia, 2015).

Neste sentido, e porque se tem verificado que o relaxamento e gestão de stress vai ajudar no processo de RPP foi pedida a colaboração da psicologia (Stein, 2009).

Como pretendíamos uniformizar os dados para futuros estudos, construí um guião (Anexo 1) que objetivasse a recolha de informações sobre as pacientes. Este foi realizado tendo em conta os fatores de risco para IU e aspetos mais relacionados para a psicologia.

Assim, a primeira consulta era conduzida tendo por base este guião e eram informadas sobre as sessões de psicoeducação.

Na segunda consulta era pedido às pacientes que realizassem alguns testes, tais como: Índice Internacional de Função Erétil, Índice de Funcionamento Sexual Feminino, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), *Pittsburgh Sleep Quality Index* e a Escala de Auto Apreciação Pessoal.

Posteriormente, iniciamos as sessões de psicoeducação. Foram delineadas doze sessões, com periodicidade quinzenal e com uma duração de 90 minutos.

As sessões iniciaram-se com a abordagem da problemática (Anexo 2) e esclarecimento de dúvidas sobre a mesma, abordagem da respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo (Anexo 3), treino e exercícios foram realizados durante três sessões, sexualidade na mulher (Anexo 4), o sono na mulher (Anexo 5), gestão de ansiedade (Anexo 6), gestão de stress (Anexo 7), gestão do tempo (Anexo 8), relações interpessoais (Anexo 9) e foi convidada uma nutricionista.

Assim, o objetivo do grupo é ajudar o doente na compreensão da sua problemática e co morbilidades associadas, proporcionar a partilha de estratégias de forma a promover mudanças nos comportamentos dos participantes.

Perturbação de Pânico e Agorafobia

A Perturbação de Pânico caracteriza-se pela presença de ataques repentinos de ansiedade, seguidos de sintomas físicos e afetivos, medo de sofrer um novo ataque e evitação de eventos ou situações em que os ataques ocorram (DSM –IV-TR, 2002).

A terapia cognitivo comportamental para esta perturbação é uma alternativa que possui boa resposta a curto e longo prazo dos sintomas de pânico (Gould, Otto, Pollack, 2005).

Assim, a intervenção decorreu ao longo de doze sessões sendo que, a primeira tinha como objetivos descrever o medo e a ansiedade, ajudar o paciente a entender as influências clínicas entre respostas comportamentais, fisiológicas e cognitivas e auxiliar no entendimento dos sintomas de pânico.

Na segunda sessão desenvolvemos uma hierarquia de situações agorafóbicas e realizamos treino da respiração diafragmática e reestruturação cognitiva. Na sessão seguinte continuou-se o treino da respiração e continuamos a reestruturação cognitiva ativa. A quarta sessão focou-se em revisar as anteriores e começar a exposição *in vivo* ao primeiro item da hierarquia.

As seguintes sessões tiveram sempre como objetivo revisar a prática da exposição *in vivo* e formular as próximas tarefas de exposição. Nas últimas sessões revimos os exercícios de exposição *in vivo*, situações agorafóbicas temidas e evitadas.

Para finalizar esta intervenção mais estruturada revisamos os princípios e habilidades e dar à paciente um modelo de técnicas de enfrentamento para potenciais situações de risco no futuro.

Salienta-se que ao longo das sessões foi elaborado um esquema para registo das situações de pânico e registo diário do humor (Anexo 10). A paciente realizou a tarefa (Anexo 11), mas posteriormente decidiu optar pelo bloco de notas onde escrevia todos os dias.

Avaliação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica fornece informações sobre a natureza e extensão da disfunção cognitiva que ocorre na sequência de diversas doenças neurológicas, neurocirurgia e algumas condições psiquiátricas (Rajeswaran 2013).

Assim, cada bateria é composta por vários subtestes que avaliam habilidades como, por exemplo, compreensão, aritmética, vocabulário, pensamento abstrato,

resolução de problemas, no entanto, existem testes separados para habilidades como, por exemplo memória (Ogden, 2012).

Para além dos aspetos do funcionamento neuropsicológico a apreciação deve incluir avaliação de stress, ansiedade, análise de comportamentos, funcionamento social e qualidade de vida. Verificando-se estes fatores os resultados vão permitir um melhor prognóstico, mas também ajudar no desenvolvimento de metas específicas para a reabilitação (Rajeswaran, 2013).

Esta avaliação vai permitir conhecer aspetos funcionais ou não do paciente para trabalhar, ir à escola, conduzir um veículo, viver de forma independente, se é capaz de gerir os seus bens/ finanças, se é capaz de fazer julgamentos apropriados, se funciona em casa e na comunidade, conhecer o grau funcional do paciente em relação às suas queixas, a probabilidade de melhora dos défices, o tratamento do doente e as necessidades de reabilitação (Sbordone et al., 2007).

No entanto, para além dos testes o neuropsicólogo tem em consideração as informações obtidas através de outros significativos e os registos profissionais, médicos e psiquiátricos para determinar o nível pré-mórbido de funcionamento do paciente (Sbordone et al., 2007).

Para conseguir realizar uma avaliação válida e útil o neuropsicólogo precisa ser um psicólogo clínico. Necessita construir um bom relacionamento para responder às angústias e emoções do paciente sobre o desempenho e a sua situação durante a avaliação (Ogden, 2012).

Além de ferramenta de diagnóstico os resultados da avaliação desempenham um papel vital no planeamento da reabilitação neuropsicológica. Assim, o objetivo da reabilitação cognitiva é intervir na disfunção (Rajeswaran 2013).

Os seguintes instrumentos foram os que utilizei para a realização das avaliações neuropsicológicas solicitadas. Estes foram aplicados tendo por base as queixas do paciente e objetivando-se o trabalho a realizar na reabilitação.

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) que foi concebido como um instrumento breve de avaliação do Défice Cognitivo Ligeiro. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos, tais como atenção e concentração, funções executivas,

memória, linguagem, capacidades visuo-constructivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação. A pontuação máxima possível é 30 pontos sendo que, uma pontuação total igual ou superior a 26 é considerada normal (Feitas, Simões, Martins, Vilar, Santana, 2010).

Ineco Frontal Screening (IFS) é um teste breve de avaliação dos défices executivos em contexto de demência. O IFS é constituído por oito sub-provas (teste de programação motora, instruções conflituosas, go-no-go, digit span inverso, memória de trabalho verbal, memória de trabalho espacial, capacidade de abstração e controlo inibitório verbal) organizadas em três grupos: inibição e alternância de resposta, capacidade de abstração, memória de trabalho. A pontuação varia entre 0 e 30 pontos e o ponto de corte para a população portuguesa situa-se nos 19 pontos (Caldeira, Baeta, Peixoto, 2011).

Figura complexa de Rey foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a capacidade de organização perceptivo-motora, da atenção visual e memória visual imediata. É frequentemente utilizada pela neuropsicologia para avaliação da existência de afeções cerebrais em adultos. A cotação dos resultados passa por três aspetos principais, ou seja, cotação do tempo de cópia e memória, cotação do processo de cópia e de reprodução de memória e cotação da riqueza e exatidão da reprodução por cópia e de memória. Os resultados brutos são convertidos em percentis através das tabelas constantes no manual para cada tipo de cotação, tendo em conta a idade cronológica do sujeito e a pontuação obtida pelo mesmo (Rey, 1988).

Escala de memória de Wechsler (WMS III) foi desenvolvida e aferida para a população portuguesa com o objetivo de avaliar o funcionamento intelectual e memória. É um instrumento clínico de administração individual para adolescentes e adultos. Esta prova é constituída por onze subtestes, seis dos quais são provas principais e cinco complementares. O instrumento permite o registo e cotação das respostas dos sujeitos, obtenção dos resultados brutos e respetiva conversão em índices e resultados compósitos (Wechsler, 2008).

Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS III) permite recolher num espaço de tempo relativamente curto, uma grande quantidade de informação sobre os pontos fortes e fracos do funcionamento intelectual de um indivíduo. É uma escala aferida para a população portuguesa e pode ser aplicada a indivíduos com idades

compreendidas entre os 16 e os 90 anos. Esta escala contem um total de 14 subtestes sendo que, através da sua aplicação podemos aferir mais sobre o funcionamento do paciente (Wechsler, 2008).

Programa integrado de *exploración neuropsicológica* “Test Barcelona” tem como objetivo a exploração das atividades mentais superiores. Esta bateria é constituída por 42 subtestes, tendo estes uma pontuação específica. Esta bateria ainda não está aferida para a população portuguesa, mas através do desempenho do paciente podemos aferir mais informações sobre o seu funcionamento cognitivo (Peña Casanova, 1991). Esta bateria não foi aplicada na totalidade a pacientes, apenas alguns subtestes que fossem de encontro aos défices verificados. .

Algumas das avaliações que decorriam incluíam a Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências (BLAD), para avaliação do estado mental. Esta é composta por várias subprovas e que visam avaliar atenção, iniciativa, linguagem, memória, orientação, habilidade construtiva, funções executivas (Guerreiro, 1998).

No quadro 1 são apresentados alguns casos que acompanhei durante o decorrer do estágio. Em alguns destes casos além da avaliação neuropsicológica realizei a entrevista clínica e ainda reabilitação neuropsicológica.

Assim, para os três primeiros pacientes porque tinham um diagnóstico de um quadro difuso e porque os tratamentos para carcinoma da tiroide podem efetivamente refletir no desempenho cognitivo foi delineada uma avaliação com o MoCA, IFS, Figura Complexa de Rey, WMS III e WAIS III, ou seja, que abarcasse um maior número de domínios. É de salientar que não foram aplicadas todas as provas da WMS III e WAIS III apenas, se utilizaram as necessárias para uma melhor compreensão do perfil cognitivo do paciente.

Houve ainda que especificar alguns aspetos que seriam relevantes conhecer relativamente às sequelas da patologia do paciente e por isso recorri ao teste Barcelona que abrange vários domínios cognitivos importantes.

O trabalho com os dois últimos pacientes foi breve pois, o Sr. Joaquim já havia iniciado a avaliação com a minha orientadora sendo que, segui a sua proposta (BLAD) e o Sr. Domingos acabou por ser avaliado pela psicóloga de outro serviço, no entanto,

aquando da primeira consulta foi aplicado o MoCa que me levou a pensar sobre possíveis testes para avaliar linguagem, por exemplo.

Quadro 1- Quadro síntese de alguns casos clínicos seguidos no âmbito da avaliação neuropsicológica

Nome	Idade	Problemática	Atuação
Armindo	41 anos	Traumatismo crânio encefálico	Avaliação neuropsicológica e estimulação cognitiva
Joaquina	35 anos	Carcinoma da tiroide	Avaliação neuropsicológica
Manuela	50 anos	Síndrome depressivo recorrente	Avaliação neuropsicológica e estimulação cognitiva
Joaquim	47 anos	Traumatismo crânio encefálico	Avaliação neuropsicológica e estimulação cognitiva
Domingos	71 anos	Enfarte isquémico	Avaliação neuropsicológica

Reabilitação neuropsicológica

A reabilitação neuropsicológica preocupa-se com a melhoria dos défices, sociais, emocionais e cognitivos causados por uma lesão cerebral. Assim, a reabilitação neuropsicológica vai permitir que a pessoa com deficiência consiga atingir um nível ótimo de bem-estar, para reduzir o impacto dos seus problemas na vida diária e ajudar o paciente a voltar aos seus ambientes de forma adequada (Wilson, 2005).

O curso da intervenção é decidida com base no diagnóstico do paciente mas, também da idade, funcionamento pré-morbido, educação. No entanto, não devem ser esquecidas as ramificações comportamentais, sociais e emocionais da disfunção na vida do paciente, bem como na vida daqueles que interagem com ele (Rajeswaran 2013).

Assim, no que concerne ao tratamento e reabilitação o funcionamento cognitivo pode melhorar com a reabilitação cognitiva pois, esta irá maximizar a capacidade do paciente para funcionar mais efetivamente no seu meio ambiente (Sbordone et al., 2007).

São visadas técnicas de modificação do comportamento, utilizado inclusive com pacientes com lesões cerebrais graves. Esta abordagem no pós-agudo de recuperação pode reduzir a frequência e gravidade dos comportamentos sociais disruptivos, melhorar a motivação e habilidades sociais (Sbordone et al., 2007).

A intervenção com pacientes que sofreram lesão cerebral mais leve é bastante eficaz e por isso, poderá ser algo a considerar, no entanto, com pacientes que sofreram lesões mais graves pode ser ineficaz, visto que, habilidades de resolução de problemas, memória são gravemente atingidas (Sbordone et al., 2007).

No entanto, o neuropsicólogo em todo o processo deve estar atento ao conjunto de sentimentos e problemas do paciente tais como, dificuldades interpessoais como a perda de amigos, dificuldades conjugais ou divórcio (Sbordone et al., 2007).

Os familiares ou quem acompanha o paciente devem ser tidos em conta, pois os sintomas que normalmente os pacientes apresentam (labilidade emocional, irritabilidade, alterações na libido, baixa tolerância à frustração, impaciência, humor muito variável, iniciativa diminuída, motivação reduzida, egocentrismo patológico e dependência) criam stress psicológico nos cuidadores (Sbordone et al., 2007).

Neste sentido, o neuropsicólogo deve, particularizar a capacidade do indivíduo para detetar e monitorizar sinais ambientais e estímulos, reconhecer os défices comportamentais e cognitivos, a comunicação com os outros que o rodeiam, aprendizagem e retenção de informações, a realização de atividades em casa e na comunidade, manter relações com os outros ou fazer novos amigos, interação com os outros em ambientes sociais ou trabalho, a situação profissional, o alcance de objetivos académicos ou profissionais específicos, a condução, o viver de forma independente e o lidar do paciente com a sua família (Sbordone et al., 2007).

A reabilitação neuropsicológica no local de estágio é praticada quase exclusivamente quando existe um pedido específico de reabilitação ou quando é solicitada a avaliação neuropsicológica e verificamos que seria benéfico para o paciente.

Recentemente criamos alguns exercícios para estimulação de diferentes funções cognitivas e que são distribuídos por alguns pacientes internados e que se mostraram interessados na sua realização.

A pertinência desta implementação prende-se com o fato da psicologia só estar presente no internamento de MFR uma vez por semana e existir a necessidade por parte dos doentes em se manter ativos e terem consciência dos seus défices.

No quadro que se segue apresento alguns dos pacientes com os quais realizei a avaliação neuropsicológica e a qual revelou resultados favoráveis a uma possível estimulação cognitiva das várias funções para melhoria dos seus défices. No entanto, os pacientes devido á sua condição atual não se mostraram muito motivados para a reabilitação neuropsicológica acabando por desistir.

Quadro 2- quadro síntese de casos clínicos que beneficiaram de reabilitação neuropsicológica

Nome	Idade	Problemática	Número de sessões	Atuação
Armindo	41 anos	Traumatismo crânio encefálico	2 sessões	Estimulação cognitiva
Manuela	50 anos	Síndrome depressivo recorrente	10 sessões	Estimulação cognitiva
Joaquim	47 anos	Traumatismo crânio encefálico Depressão	1 sessão	Estimulação cognitiva

Investigação clínica

Aquando o início do estágio fui convidada a fazer parte das linhas de investigação que decorriam no serviço e outras que poderia começar a desenvolver. Assim, já decorria uma investigação com doentes cardíacos e foi apresentada a hipótese de desenvolver um projeto que visasse a temática da IU, SDO ou amputação.

No seguimento do trabalho que já estava a ser desenvolvido com a RC foi inserido em base de dados os 145 indivíduos selecionados para as sessões psicoeducativas.

Posteriormente foi decidido avançar para a publicação na revista portuguesa de cardiologia de um artigo que analisa-se a influência do suporte social nos níveis de depressão e ansiedade em doentes referenciados para intervenção psicossocial no contexto do PRC após Síndrome Coronária Aguda (SCA). Este trabalho ainda não foi concluído.

Como foi solicitada a psicologia para integrar PRPP tivemos a oportunidade de começar o estudo já antes mencionado com pacientes com IU e delinear o protocolo para a SDO.

Assim, ao grupo de IU foi aplicado o protocolo delineado e encontramos-nos em fase de construção de base de dados para futuros estudos. No que concerne à SDO objetivasse a rápida aplicação do protocolo para ainda este ano conseguir apresentar-se dados relacionados com esta patologia.

Atividades de Orientação

No decorrer do estágio foi pedido que realiza-se algumas apresentações para os pacientes quer em grupo (Anexo 12), quer para pacientes e respetivos familiares/cuidadores para esclarecimento de dúvidas sobre o diagnóstico (Anexo 13).

Ao longo do estágio foi solicitada a minha ajuda para preparar três comunicações a apresentar em contextos e a públicos diferentes. Na primeira a temática era o sono na adolescência (Anexo 14). Foi apresentada numa escola básica e o público-alvo era pais, professores e alunos. A segunda abordava a avaliação cognitiva no idoso (Anexo 15) e foi proposta pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM). A última foi no âmbito da I semana da saúde em Baião e visávamos mostrar o papel do psicólogo/ neuropsicólogo no Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Anexo 16).

Aquando o Congresso Nacional de Psiquiatria foi-me proposto realizar e submeter os resumos dos trabalhos anteriormente referidos, bem como, o que já havíamos intitulado de suporte social e o status psicossocial em doentes integrados num PRC (Anexo 17). Recebemos uma resposta favorável ao resumo do papel do psicólogo/ neuropsicólogo no Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Anexo 18).

O trabalho que desenvolvemos intitulado de suporte social e o status psicossocial em doentes integrados num PRC está a ser finalizado para submissão à revista portuguesa de cardiologia. Neste sentido, e como integramos nas nossas avaliações outras comorbilidades associadas à patologia cardíaca pretendemos continuar as investigações.

Com a intervenção psicoeducativa, em grupo, integrada num PRPP e tentando ir de encontro às necessidades das participantes do grupo foram criadas todas as apresentações das sessões.

Atividades de supervisão

As reuniões de supervisão foram dirigidas pelo Professor Doutor Bruno Peixoto, inicialmente tinham uma frequência semanal e foram em grupo e a um dado momento começaram a ser individuais.

Numa primeira fase o trabalho realizado no âmbito da supervisão incidiu sobre um guião de anamnese (Anexo 19) e verificação da sua aplicabilidade na prática. Este foi bastante útil para recolha da história clínica de forma o mais completa possível.

Posteriormente foi proposto a apresentação ao grupo do teste Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Anexo 20). Neste sentido, foram abordados aspetos, tais como, desenvolvimento do teste, versão portuguesa (processo de adaptação) características psicométricas da prova nomeadamente sensibilidade para Demências, Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) e outros domínios. No entanto, todos os outros elementos que constituíam o grupo apresentaram outros testes neuropsicológicos, o que permitiu maior conhecimento e esclarecimento de provas.

No que concerne às reuniões individuais estas possibilitaram esclarecer dúvidas, trocar opiniões e conhecimentos sobre as avaliações, correções e conclusões das mesmas para a possível intervenção com o paciente. Estas reuniões proporcionavam também a partilha de ideias sobre as atividades que me eram solicitadas.

Apresentação do Caso clínico

Caso Maria Silva

Identificação geral

Maria Silva (nome fictício) é do sexo feminino, caucasiana, de nacionalidade Portuguesa e reside numa cidade próxima do Porto. Nasceu a 19 de Dezembro de 1963 e aquando da primeira consulta tem 50 anos 4 meses e 3 dias. É casada há 30 anos com Manuel (nome fictício) que trabalha como jardineiro. Têm uma filha com 28 anos que trabalha com educadora de infância e que recentemente deixou a casa dos pais para ir viver com o namorado. Maria trabalhava numa Câmara Municipal como funcionária de limpeza, mas atualmente encontra-se de baixa médica (6 meses) devido a um problema no ombro. Abandonou os estudos quando completou o 4º ano e é dextra.

Motivo/ Pedido da Consulta

Maria Silva chegou à consulta de psicologia clínica no serviço de MFR no dia 8 de Abril de 2014. Esta foi encaminhada pela médica psiquiatra que a segue em consulta de psiquiatria de adultos por Perturbação Depressiva Recorrente. Solicitava no seu pedido uma avaliação neurocognitiva devido a queixas mnésicas inespecíficas, que segundo a paciente têm impacto no seu dia-a-dia.

O motivo apresentado foi congruente com o da paciente que referiu muitos esquecimentos, tais como “ procurar algo que está na minha mão” (SIC) ou “ir à dispensa buscar arroz e quando lá chego já não sei o queria” (SIC). Referiu ainda que os esquecimentos tiveram início com o quadro depressivo e tem agravado.

A paciente compareceu nas consultas sozinha apenas em uma das sessões de reabilitação a paciente se fez acompanhar por um dos irmãos. Este corroborou pelas queixas da paciente e preocupou-se em questionar sobre a possibilidade de ser doença de Alzheimer, visto que, a esta doença se associam os esquecimentos.

História pessoal

Maria silva refere não saber muito sobre a sua infância. No entanto, nasceu de parto normal, não recorda complicações de saúde significativas nem pormenores do seu desenvolvimento.

Frequentou a escola até ao 4º ano mencionando que “não gostava da escola, inclusive tive alguns problemas com os professores” (SIC). Quando saiu da escola foi trabalhar na agricultura e ajudar os pais com os irmãos.

Maria Silva é a terceira filha de uma fratria de dez que viviam numa aldeia na região do Douro. O pai faleceu há dois anos com cancro na próstata e para a paciente o fato de não ter estado mais tempo ao lado dele é motivo de profunda tristeza. Atualmente a mãe tem 79 anos e está a residir num lar. Neste tem criado alguns problemas pois, foge do lar, esconde o dinheiro e depois pensa que o roubaram e tem pressionado os filhos para que a levem para casa. Assim a relação com o pai é descrita como tendo sido muito boa e com a mãe esta relação é bastante conflituosa, no entanto, a paciente refere que vai estar presente para prestar o auxílio no que ela precisar.

A relação com os irmãos é complicada referindo que estão divididos em dois grupos. Ela e cinco dos irmãos estão mais juntos, mas os restantes quatro não se falam pois, após a morte do pai acusaram-na de roubo e encetaram inclusivamente um processo judicial contra a paciente.

Aos 21 anos casou sendo que, antes do casamento tinha algumas divergências com a mãe pois, segundo a paciente a liberdade que tinha era pouca incluindo para sair com as amigas ou namorar. No entanto, Maria decidiu casar com Manuel e o casamento dura há 30 anos.

Pouco tempo após o casamento e como queria muito ser mãe nasceu a única filha do casal. Nesta fase ficou a viver quase um ano sozinha com a filha na aldeia e posteriormente veio viver para o Porto para perto do marido.

Neste sentido, a paciente refere “fiz sofrer muito a minha família por causa da depressão” (SIC). A relação com o marido é bastante conflituosa pois, este mantém hábitos alcoólicos frequentes que provocam agravamento do quadro clínico da paciente. Com a filha esta relação é muito boa.

Refere ter gostado muito da vinda para o Porto, onde começou a trabalhar na limpeza de casas particulares, sendo que, depois foi para a Câmara Municipal, onde permanece até hoje.

No trabalho sempre manteve boas relações com os outros colegas, no entanto, salienta que pouco antes da baixa médica colocaram a trabalhar consigo um colega e isso não deixou a paciente numa situação confortável.

História clínica/ problemática atual

Aquando a consulta do processo clínico informatizado verifiquei que a 18 de julho de 2011 é descrito pela primeira vez e pela médica psiquiatra que a paciente refere queixas mnésicas "estou bloqueada" (SIC).

Subsequentemente a esta data vários são os registos deste tipo de queixas por parte da paciente até que é formulado o pedido da psicologia para avaliação neuropsicológica. No entanto, é de salientar que episódios de ansiedade, má qualidade de sono são referidos ao longo dos registos das consultas realizadas pela médica psiquiátrica.

Quando questionada sobre o início dos sintomas depressivos a paciente não conseguiu precisar "mais depois do casamento" (SIC). Refere que há menos de vinte anos foi internada um mês em hospital de dia pois, "perdia a noção, não sabia o que fazia" (SIC), mas já anteriormente se sentia assim.

Não tive acesso a informações anteriores a 2008. No entanto, seria importante visto que, a paciente teve muita dificuldade em definir temporalmente quando ocorreram os fatos.

Medicação psiquiátrica atual é trazodona, diazepam, citolopam e acutil. Referiu outras doenças tais como, asma, colesterol, diabetes e o problema no ombro direito que, a levou à baixa médica. No entanto, foi solicitado que trouxesse posteriormente, mas acabou por se esquecer.

Relativamente aos antecedentes familiares destaca que uma das irmãs tem depressão e a mãe que nunca foi avaliada por profissionais de saúde ou teve algum tipo

de intervenção, mas que sempre teve sintomas parecidos com os seus. É de salientar problemas de coração dos pais e ainda o cancro da próstata do pai.

Queixas ou dificuldades

A paciente revela consciência ou compreensão do seu estado (insight). Refere que as suas maiores dificuldades são em recordar as consultas se não estiverem visíveis e escritas, perder-se em locais conhecidos, não recordar o que jantou no dia anterior, esquecer determinadas conversas e mesmo quando recordadas por terceiros não se recordar.

Assim, através dos exemplos dados pela paciente, consegui depreender que as suas queixas prendem-se com dificuldade de planeamento e organização de uma tarefa, dificuldades em adaptar-se à mudança de tarefas, dificuldades de aprendizagem e memória, dificuldades de concentração essencialmente quando existem problemas familiares, dificuldades na expressão das suas ideias e lentificação da velocidade de processamento.

O impacto destas dificuldades revelam-se mais ao nível familiar, pois não está a trabalhar, no entanto, a paciente refere que para compensar estas dificuldades utiliza um bloco para escrever o que precisa fazer e como se organizar quando são muitas as atividades a realizar.

Nos registos da médica psiquiatra são salientadas queixas sobre a qualidade do seu sono, mas quando questionada disse que agora era boa. Devido ao seu problema no ombro direito diz ter muitas dores que a deixam incapacitada. Referiu que há três anos atrás teve uma diminuição de peso sem causa aparente, mas atualmente tem mantido uma alimentação saudável e já tem o peso adequado.

As alterações comportamentais que se evidenciam são o isolamento “sou grande fã da solidão” (SIC), flutuações de humor congruentes com a situação vivencial e irritabilidade e até mesmo agressividade em situações de maior ansiedade e cansaço.

Processo de avaliação neuropsicológica

O processo de avaliação neuropsicológica é usado para determinar se os resultados evidenciam competências cognitivas, comportamentais e emocionais, conhecer o grau funcional do paciente e as necessidades de reabilitação.

Assim, deve ser tido em conta uma boa recolha de dados objetivando-se encontrar um conjunto de testes que vão de encontro com queixas e dificuldades do paciente e que permitam apoiar o planeamento do processo de reabilitação.

No âmbito do pedido formulado a avaliação decorreu em duas consultas, com duração aproximada de 45 a 50 minutos. Tentei que a marcação das consultas fosse semanal, mas o espaçamento entre a primeira e segunda consulta acabou por ser maior, ou seja, mais uma semana. Assim, a avaliação teve início a 8 de Abril e terminou a 22 de Abril de 2014.

No dia 8 de Abril de 2014 aconteceu o meu primeiro contacto com Maria. Acompanhei a minha orientadora até à sala de espera onde Maria estava sentada. Quando a chamamos ela dirigiu-se até nós e foi encaminhada para o gabinete. A paciente vinha sozinha, tinha uma aparência cuidada, cansada e salientava-se o seu humor deprimido.

Após chegarmos ao gabinete, apresentamo-nos e a paciente sentou-se confortavelmente. A minha orientadora abandonou o gabinete e eu fiquei sozinha com Maria que estava muito ansiosa e isso refletia-se no seu discurso. Neste sentido, procurei acalma-la tentando proporcionar um ambiente acolhedor e estabelecer uma relação empática e de confiança, objetivando promover o seu envolvimento neste processo.

Entretanto, comecei por explicar que aquele primeiro momento seria para me inteirar da sua problemática e conhece-la um pouco melhor e dei início à entrevista de recolha de dados. Com o avançar da entrevista o estado ansioso da paciente foi diminuindo.

Para finalizar esta primeira consulta e depois de explicar o motivo do encaminhamento segundo a médica psiquiátrica, informei que iríamos proceder à

avaliação neuropsicológica para compreender em que medida, o seu estado depressivo poderia afetar o seu funcionamento cerebral.

Apesar de já passar um pouco dos 50 minutos estipulados para a consulta decidi aplicar o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) no qual a paciente obteve uma pontuação de 13 em 30 que indica um défice cognitivo significativo. Verificou-se dificuldades visuo espaciais/ executivas, na atenção, linguagem (fluência verbal), na abstração, evocação diferida, sendo que só conseguiu com pistas de escolha múltipla a maioria das palavras a recordar e na orientação não foi capaz de referir o dia e o mês do ano.

Através desta primeira consulta pude perceber que a paciente é capaz de relatar os momentos fundamentais da sua vida, mas tem dificuldade em especificar no tempo quando aconteceram. Capacidade discursiva lógica e coerente, sem alterações na linguagem. Na avaliação mostrou-se muito atenta e concentrada no que lhe era pedido tentando realizar o que era pedido, no entanto, referiu muitas vezes “isto não está bem, mas não sei como fazer ou como começar” (SIC).

A segunda consulta de avaliação decorreu a 22 de Abril de 2014. Nesta consulta a paciente apresentou-se sozinha, aparência cuidada, mas mantinha um humor deprimido bastante saliente.

Nesta consulta a paciente mostrou-se menos ansiosa, mas revelou que tem muitas dores no ombro apesar de já estar a ser medicada. Aconselhei a se necessário recorrer ao serviço de urgência. Referiu que a relação com o marido tem andado tranquila e que tem mantido contacto diário com a filha “ela preocupa-se muito comigo” (SIC). No entanto, foi ao lar onde esta a mãe e a sogra. Esta pediu ao marido para tratar de umas questões financeiras. A paciente refere que esta a situação a fez recordar a sua, após a morte do pai, e tem medo de voltar a ser intimada para prestar declarações.

É de salientar que foi verificado se a paciente revelava orientação autopsíquica e alopsíquica, visto que, os dados relativos à orientação no MoCA poderiam ter sido influenciados pelo seu estado mais ansioso aquando a avaliação.

Posteriormente voltamos à avaliação e começamos pela Escala de memória de Wechsler (WMS – III) subteste memória lógica I e pares de palavras I. Visto que, pretendia aplicar memória lógica e pares de palavras II apliquei entre as provas o Ineco

Frontal Screening (IFS) e a Escala de Inteligência de Wechsler para adultos (WAIS III) subteste código e pesquisa de símbolos. Seguidamente voltei à WMS III para a aplicação dos subtestes memória lógica II e pares de palavras II e para finalizar apliquei a figura complexa de Rey.

Durante a avaliação a paciente mostrou-se cooperante, empenhada e atenta nas tarefas propostas. Consegui realizar todas sem revelar cansaço, mas eram evidentes sinais de irritabilidade e frustração aquando não conseguia realizar os exercícios da forma que ela pensava ser a correta.

Reflexão do caso

A depressão pode ser uma emoção normal a uma perda, deceção ou fracasso mas, também uma doença, destrutivas para as famílias, para as carreiras profissionais e os relacionamentos (Klein & Wender, 2005).

A depressão pode variar em termos de gravidade dos sintomas, a sua duração e frequência. Assim, os indivíduos podem ter depressão leve, moderada ou grave e podem ter um episódio ou muitos episódios (Gilbert, 2007).

Esta pode ser um problema principal ou primário, mas também pode estar associada a outras perturbações importantes, tais como a ansiedade social, perturbações alimentares, uso de drogas e esquizofrenia. Pode ser desencadeada por eventos de vida (por exemplo, a depressão pode acompanhar o parto ou a perda de um relacionamento), e eventos de vida também podem estar envolvidos na recuperação (Gilbert, 2007).

O início da depressão pode ser agudo (dentro de dias ou semanas) ou gradual (ao longo de meses ou anos). A depressão pode ser crônica (por exemplo, com duração de mais de dois anos) ou de curta duração (de recuperação chegando em semanas ou meses). Algumas depressões também mostram padrões cíclicos (Gilbert, 2007).

Segundo a CID-10 existem os diferentes tipos de depressão: Perturbação Bipolar: episódio atual de maníaco, hipomaníaco, deprimido ou misto. Episódio Depressivo: leve, (a) sem sintomas somáticos, (b) com sintomas somáticos; moderada, (a) sem sintomas somáticos, (b) com sintomas somáticos; grave, (a) sem sintomas psicóticos, (B), com sintomas psicóticos. Os sintomas psicóticos podem ser divididos

em humor congruente (por exemplo, delírios de pobreza ou culpa) e de humor delírios incongruentes (por exemplo paranóico). Perturbação Depressivo Recorrente: episódio atual de transtorno depressivo. Desordem afetiva persistente: (a) ciclotimia, (b) a distímia. Outras (perturbações afetivas): especificado / não especificada.

Assim, a perturbação depressiva recorrente é caracterizada pela ocorrência repetida de episódios depressivos, correspondentes à descrição de um episódio depressivo, na ausência de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). A perturbação pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves desta perturbação apresenta numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníacodepressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar.

A depressão afeta de diferentes formas e os sintomas estão distribuídos ao longo de diferentes aspetos do funcionamento. Assim, estes compreendem: motivação, emoção, comportamento, biologia e cognição (Gilbert, 2007).

No que concerne à motivação, a pessoa com depressão fica apática, perde a energia e interesse. As coisas parecem sem sentido e o futuro sem esperança (Gilbert, 2007).

Emocionalmente, a capacidade para emoções positivas é reduzida e a pessoa com depressão moderada a grave pode sentir anedonia. Os deprimidos podem referir sentimento de vazio. Os sentimentos negativos de raiva ou ressentimento, ansiedade, vergonha, inveja e culpa podem ser mais visíveis (Gilbert, 2007).

Ao nível do comportamento o deprimido cessa comportamentos que tenham sido agradáveis ou prazerosos no passado. Podem evitar as atividades sociais como sair ou

encontrar-se com amigos. Nas formas mais graves da doença as pessoas podem sofrer de agitação psicomotora e inquietação (Gilbert, 2007).

Biologicamente as pessoas deprimidas costumam apresentar problema em dormir, acordar muito cedo ou dormir muito levemente. Podem perder o apetite e interesse em atividades sexuais. Há muitas mudanças fisiológicas e nos neurotransmissores importantes tais como, a serotonina e noradrenalina na depressão (Gilbert, 2007).

Relativamente à cognição esta pode deteriorar-se e a pessoa pode ter problemas em manter a atenção e concentração. A memória pode ser afetada e, por vezes, a tal ponto que a pessoa pensa estar a desenvolver uma demência. O foco dos pensamentos e reflexões tornar-se negativo, com ideias negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro (Gilbert, 2007).

Desde que Aaron Beck propôs o seu modelo cognitivo da depressão, os elementos deste modelo, atenção, processamento, pensamentos e ruminação, memória, atitudes disfuncionais e esquemas tem sido associada com o aparecimento e manutenção da depressão. Embora os mecanismos subjacentes a cada elemento difiram, em geral, o viés cognitivos negativos na depressão é facilitadas pelo aumento da influência de regiões subcorticais de processamento de emoções combinados com atenuado controle cognitivo (Disner, Beevers, Haigh, Beck, 2011).

Três mecanismos têm sido envolvidos na relação entre o processamento cognitivo e tendenciosa desregulação de emoção na depressão: processos inibitórios e os deficits na memória de trabalho, as respostas ruminativas para os estados de humor negativos e eventos negativos da vida, e da incapacidade de usar estímulos positivos e gratificantes para regular humor negativo (Gotlib, Joormann, 2010).

Assim, conclui-se que a depressão é caracterizada pelo aumento da elaboração de informações negativas, por dificuldades de desapegar-se de material de negativo, e por défices de controlo cognitivo durante o processamento de informações negativas (Gotlib, Joormann, 2010).

No que concerne ao comprometimento cognitivo pacientes com depressão major apresentam mais comprometimento cognitivo no que concerne à atenção, velocidade visuomotora, memória verbal imediata, capacidade de retenção a longo prazo e funções

executivas (planeamento, atenção e memória de trabalho). Provavelmente poderá ser devido à rutura do dorso-lateral do córtex pré-frontal e redes orbito-frontal em pacientes com depressão maior (Mondal, Sharma, Goswami, Gandhi, 2007).

As áreas frontais e seus principais circuitos tem sido ressaltados em estudo neuroanatômico e neurofuncional. O estudo neuropsicológico das perturbações afetivas tem mostrado disfunções importantes nas fases críticas e no paciente assintomático. Salientam-se aspetos atentos, mnésicos e funcionamento executivo (Rozenthal, Laks, Engelhardt, 2004).

Como podemos verificar a depressão afeta de diferentes formas. Desde a motivação, emoção, comportamento e cognição foi verificado ao longo das consultas com a paciente.

Características como a perda de energia, interesse, o evitar atividades sociais, desesperança no futuro foram possíveis de ver na paciente. Assim, o objetivo passou por trabalhar todos estes aspetos conseguindo estratégias para tal.

Ao nível do perfil neurocognitivo esta patologia pode deteriorar e a pessoa pode ter problemas em manter a atenção e concentração, memória pode ser afetada, desta forma, os dados recolhidos vão de encontro com os dados recolhidos através da avaliação da paciente.

Apesar de não existirem outros meios complementares de diagnóstico no processo da paciente provavelmente este poderia mostrar o que a literatura descreve acerca de áreas envolvidas no comprometimento da função cognitiva.

Processo de intervenção neuropsicológica

No dia 13 de Maio, foi realizada a consulta de devolução, onde a paciente compareceu sozinha e aí foi-lhe explicado o que se havia concluído da avaliação realizada. Foi uma explicação objetiva que evidenciasse clareza e proporcionasse a resposta a possíveis questões da parte da paciente.

Assim, foi proposto passar a uma nova fase de intervenção, ou seja, a reabilitação neuropsicológica quais as suas vantagens e o papel da paciente nesta intervenção, sensibilizando para a importância da adesão ao plano de reabilitação.

A paciente mostrou interesse pelo proposto e nesta sessão decidi avançar com a introdução de estratégias compensatórias aos défices da paciente que já haviam sido identificados pela própria.

Estas estratégias procuraram compensar, ou seja, encontrar um auxílio externo ou uma nova forma de vivenciar a rotina de maneira mais funcional e independente. São exemplos de estratégias apresentadas à paciente as agendas e calendários, blocos de notas, lembretes no telemóvel, fazer listas com as atividades do dia e de compras, tentar manter os objetos pessoais necessários visíveis e sempre no mesmo lugar.

No entanto, foram apresentadas outras estratégias mais focadas na toma de medicação, viajar de autocarro, ida às compras e pagamentos, visto que a paciente as destacou.

Assim, no que concerne à medicação foi sugerido o uso do despertador, colocá-la sempre visível e colocar por dias da semana ou partes do dia para que não repita a mesma. Perante estas sugestões na semana seguinte a paciente referiu que tinha comprado uma caixa onde podia separar por dias da semana a medicação e assim não se esquecia de a tomar ou repetia a sua toma. Referiu que se esquecia muito do que precisava quando ia às compras e foi sugerida a lista de compras e a anotação na mesma assim que acabam os produtos, bem como manter sempre no mesmo lugar o bloco de anotação. No que concerne a viagens, referiu que já se perdeu e não conseguia sair daquele local e neste sentido, foi sugerido os livros de memória que visem dados pessoais, planificação de horários e atividades e informação pessoal.

O processo de reabilitação neuropsicológica objetiva a redução da gravidade dos comportamentos sociais disruptivos, melhorar a motivação, habilidades sociais, relações familiares e se necessário ajudar na reintegração profissional.

O programa de reabilitação ocorreu ao longo de 10 sessões, uma vez por semana, quando possível sempre no mesmo horário com duração média de 45 minutos. As sessões deviam ter ocorrido diariamente, mas devido a contingências do serviço e dificuldades económicas da paciente, não foi possível.

Os principais objetivos da reabilitação prendiam-se com exercícios de estimulação da atenção, evocação categorial, memória imediata, memória recente (imagens, palavras, textos, listas de compras, compromissos, recados, acontecimentos pessoais recentes), memória remota, funções executivas (semelhanças, diferenças, sequencias de ação e sequencias lógicas, inibição e flexibilidade) e no que concerne ao cálculo este foi trabalhado em conjunto com o reconhecimento e manuseamento do dinheiro. É de salientar que para as atividade me socorri do manual “Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação” (Nunes, Pais, 2014)

No âmbito da seleção e realização de exercícios seguiram-se alguns parâmetros tais como, aumentar do grau de dificuldade das tarefas de forma progressiva, ajustar o nível de dificuldades à pessoa, proporcionar o feedback e a recompensa, generalizar o aprendido a outras tarefas, usar na medida do possível material real e do quotidiano, empregar material motivante, consolidar o aprendido, terminar com uma tarefa que o sujeito realize com êxito e a seguir à melhoria nas provas há que implementa-las nas atividades de vida diária.

É de salientar que no sentido, de diminuir o seu estado de ansiedade, introduziu-se alguns exercícios de respiração (respiração diafragmática), técnicas que visassem a sua utilização em contextos de maior ansiedade.

Na primeira sessão negocieei com Maria um programa de atividades da vida diária (AVD). Com este programa pretendia promover uma maior autonomia e tomada de iniciativa, estruturar e planear algumas rotinas no seu dia a dia, coloca-la numa atitude pró ativa no seu processo de reabilitação. Foi explicado do ponto de vista neuropsicológico e o que se pretendia estimular, mas Maria manifestou uma certa resistência. Esta resistência também foi verificada aquando a proposta de registo dos esquecimentos diários (Anexo 21) que visava conhecer quais os seus esquecimentos e como os poderíamos ajudar a resolver. Referiu que tinha muitas dificuldades em se lembrar da existência do plano ou apontar os esquecimentos.

Demos início aos exercícios de atenção e a paciente mostrou-se muito cansada ao final de pouco tempo, mas insistiu que queria continuar a fazer. Referiu que tinha de fazer para melhorar.

Na segunda sessão quando fui chamar a paciente à sala de espera esta estava a fazer exercícios de sopa de letras. Estava mais animada em relação às outras consultas e com muita vontade de começar.

Nesta sessão referiu que não conseguiu fazer os esquemas da semana passada, mas que já tinha ido à aldeia, atividade que a paciente manifestou interesse em voltar a fazer mais rotineiramente e negociada no plano de AVD.

Aquando a realização dos exercícios apresentados nesta sessão a paciente mostrou-se menos cansada. Consegui realizar um maior número de exercícios desde atenção a memória imediata.

Na terceira sessão a paciente estava na sala de espera a fazer exercícios, trazia algumas páginas de jornal que tinha retirado com outros exercícios de palavras e pediu que os explicasse para poder realizar em casa.

Nestas sessões a paciente mostrava-se muito motivada e empenhada por estar a conseguir realizar os exercícios. Referiu que em casa o marido a incentivava a realizar os mesmos e a ajudava com outros, inclusive no computador.

Como me tinha referido que na semana seguinte eram as festas na aldeia incentivei a paciente a ir às mesmas. Tinha como objetivo trabalhar as aptidões sociais, fazer a paciente sair e sentir-se parte de um grupo.

Assim, a paciente conseguiu sair de casa e juntamente com o marido, a irmã e o cunhado foram às festas, referiu que até dançou um pouco e gostou imenso.

Na quarta sessão iniciamos com alguns exercícios de atenção e como havia sido mencionado que tinha dificuldades em recordar onde colocava o dinheiro, achei pertinente trabalhar o cálculo em conjunto com o manuseamento de notas e moedas. Esta tarefa foi realizada com muito sucesso tendo a paciente referido que gostou muito desta sessão.

No entanto, como os exercícios que me pedia ajuda para realizar visavam muito vocabulário e verificava algumas dificuldades nestas tarefas decidi realizar alguns exercícios de evocação categorial.

Na quinta sessão a paciente não estava na sala de espera como habitualmente, ou seja, não estava a fazer a sopa de letras. O seu humor era muito deprimido, aspeto muito cansado até um pouco descuidado.

Referiu que se sentia muito cansada. O fim de semana foi bastante complicado pois, a mãe veio para casa de um irmão no Porto e os outros irmãos nem se tinham preocupado em saber se a mãe estava bem. A mãe tem recusado ir para o lar onde estava, foge do lar (mesmo de noite), tentou agredir uma das funcionárias e, neste sentido, receberam uma carta a convocar os filhos para uma reunião, mas os outros não se mostram interessados em reunir.

Continuou a falar sobre a relação com a mãe desde que ainda era criança. Referiu que esta já se tinha tentado matar várias vezes e inclusive assistiu à compra de veneno para uma dessas tentativas. Menciona que apesar de tudo o que a mãe já fez contra a ela continua a apoiá-la e os outros irmãos não.

Refere que um dos irmãos a procurou para que ela assinasse os documentos relativos à doação da casa da mãe, mas esta não aceitou assinar.

No final da consulta referiu que no início da sessão estava com intenção de desistir das sessões de estimulação, mas acrescentou logo de imediato que está a beneficiar das mesmas e que não vai desistir.

Esta sessão foi mais centrada nesta problemática atual da paciente, mas ainda tivemos tempo para ver os exercícios de casa e esclarecer dúvidas.

Na sexta sessão a paciente veio acompanhada pelo irmão. Vieram juntos da aldeia onde estavam a passar férias. Estava com um aspeto melhor e nesta sessão para além de realizarmos alguns exercícios de memória recente com recordação de objetos, imagens e palavras.

Os exercícios de recordação de objetos diversos foi complicado para a paciente, no entanto, quando colocamos pedi que recordasse com base numa categoria esta tarefa ficou mais fácil.

É de salientar que referiu “na sessão anterior vi pelo canto do olho um gato a descer da marquesa” (SIC) e “não vou a um lugar lá na aldeia porque tenho medo”(SIC). Referiu que estas situações ocorrem com mais frequência quando está

mais depressiva. O medo começou desde que tem depressão e este é sentido mais de noite, do que podem pensar de si e isso foi saliente quando foi trabalhar com um homem no trabalho e que já tinha referido na primeira consulta como uma situação que a fez ficar mais deprimida.

O registo destas informações foi descrito no sistema informático a que todos os profissionais tem acesso, bem como, foi registado todo o trabalho que estava a ser realizado com a paciente.

Um pouco de tempo foi ainda retirado para falar com o irmão e esclarecer as suas dúvidas acerca do estado em que a irmã fica por vezes e os seus esquecimentos.

Na sétima sessão trabalhamos a memória recente de textos e neste sentido, trabalhamos algumas notícias que retirei do jornal e sugeri inclusive que a paciente fizesse leitura das mesmas em casa, pois verifiquei dificuldades na escrita e vocabulário.

A memória remota foi trabalhada com algumas fotografias que a paciente trouxe para a sessão e assim podemos a partir da fotografia recordar o nome de cada uma das pessoas, o lugar ou a situação em que a fotografia foi tirada e as lembranças que ela suscita. Como foi pedido na sessão anterior que trouxesse as fotografias a paciente escreveu um pouco sobre cada uma.

Esta foi uma tarefa que agradou muito à paciente e perante o que pretendido foi bem-sucedido. No entanto, nas atividades de memória recente o seu desempenho foi pior.

A oitava sessão foram trabalhadas as funções executivas quanto às semelhanças e diferenças, sequências de ação, sequências lógicas, inibição e flexibilidade. Estas tarefas foram realizadas com algumas dificuldades, mas com algumas ajudas a paciente conseguiu a conclusão da tarefa.

Nas últimas sessões trabalhamos vários exercícios de estimulação que visassem as diversas funções cognitivas disfuncionais. Nesta sessão era visível uma maior velocidade nas tarefas de atenção e um melhor desempenho generalizado.

A paciente referiu nestas três sessões anteriores que parecia que tinha regredido “estou mais bloqueada” (SIC), mas esta situação era congruente com sua a situação vivencial, ou seja, os consumos alcoólicos do marido.

Na finalização das sessões foi ainda reforçado que o trabalho que havia desenvolvendo em casa era necessário ser continuado para que o seu desempenho continuasse a ser como o referido pela paciente melhor.

Neste sentido, mostrou interesse em começar uma nova atividade, ou seja, escrever a história de cada um dos seus três gatos, visto que, eles são para si a sua maior companhia.

Considerações finais sobre o caso

Após a avaliação inicial (Anexo 22) da paciente constata-se que relativamente aos subtestes da WMS III foi verificado que vinte e cinco minutos depois a paciente foi capaz de recordar mais pares de palavras que na evocação imediata, ou seja, a memória imediata está mais afetada que a diferida. No entanto, salienta-se que existem maiores dificuldades em codificar a informação do que reconhecer e com base nestas informações podemos afirmar que poderá ser algo mais ansioso ou depressivo do que degenerativo.

Através da aplicação do IFS conclui-se que existe uma baixa capacidade de memória de trabalho verbal e memória de trabalho espacial, bem como, pouca capacidade de controlo / inibição à interferência. É ainda de salientar trabalho atencional deficitário o que se relaciona com a memória imediata já referida como afetada.

Com as subprovas de código e pesquisa de símbolos foi possível verificar a velocidade de processamento que se encontra moderadamente afetada.

O funcionamento visuo construtivo que, foi analisado através da figura complexa de rey, permitiu concluir que este se encontra deficitário.

Em suma, podemos verificar dificuldades na capacidade de abstração, memória de trabalho verbal e visuo espacial que prejudica o funcionamento da memória imediata, mas é capaz de desenvolver a longo prazo com mais tempo.

Após terminado o período estipulado para a reabilitação neuropsicológica voltei a avaliar (Anexo 23) a paciente. Tal como na primeira vez apliquei a WMS III que revelou resultados idênticos aos referidos na avaliação inicial.

Assim, estes mostram que a memória imediata está mais afetada que a diferida. Mais dificuldades em codificar a informação mais do que em reconhecer.

É de salientar que aquando o início da consulta a paciente estava bastante agitada, revelando muitas dificuldades de concentração e humor depressivo congruente com a situação vivencial. Desta forma, os resultados na primeira prova (WMS III) podem ter sido influenciados por este estado que foi diminuindo com o decorrer da consulta.

Através da aplicação do IFS foi possível verificar que ainda existe pouca capacidade de controlo/ inibição à interferência. No entanto, no que concerne à memória de trabalho verbal e memória de trabalho espacial existiu uma melhora significativa.

Quanto à velocidade de processamento esta está moderadamente afetada registou-se o mesmo que anteriormente, ou seja, os mesmos erros e o mesmo número de itens realizados.

Com a figura complexa de Rey constatou-se uma melhora significativa no que concerne à cópia e reprodução. A paciente conseguiu organizar-se muito bem na cópia algo que havia sido muito complicado na avaliação inicial.

O quadro 3 apresentam-se como sumula dos instrumentos de avaliação inicial e final utilizados no caso clínico e os seus principais resultados.

Foi através destes dados e da pesquisa inerente ao teste que surgem as conclusões anteriormente apresentadas.

Quadro 3 – Instrumentos de avaliação e respectivos resultados da avaliação Inicial e Final

Instrumentos de Avaliação	Resultados da Avaliação Inicial	Resultados da Avaliação Final
WMS III		
Auditivo Imediato	Percentil: 10 Intervalo de confiança 95%: 75-90	Percentil: 2 Intervalo de confiança 95%: 63-77
Auditivo Diferido	Percentil: 53 Intervalo de confiança 95%: 92-110	Percentil: 10 Intervalo de confiança 95%: 74-92
Reconhecimento Auditivo Diferido	Percentil: 39 Intervalo de confiança 95%: 86-108	Percentil: 18 Intervalo de confiança 95%: 78-100
IFS	12/30	15/30
WAIS III	Índice de velocidade de processamento: 77 Intervalo de confiança 95%: 71-87	Índice de velocidade de processamento: 77 Intervalo de confiança 95%: 71-87
Figura Complexa de Rey	Cópia: Percentil 1 Reprodução: Percentil 1	Cópia: Percentil 75 Reprodução: Percentil 25

Reflexão pessoal

O caso Maria Silva foi desde que tomei conhecimento da patologia e do pedido de avaliação motivo de grande entusiasmo. A temática dos aspetos neuropsicológicos da depressão já tinha sido abordada explorada anteriormente, mas agora poderia tomar contato prático com esta realidade cada vez mais estudada.

Desde logo comecei por pesquisar e saber mais sobre a relação entre a perturbação depressiva e as disfunções cognitivas. Depois de tomar mais conhecimento sobre esta relação, a Síndrome Depressiva Recorrente, consultar o processo clínico da paciente e a história clínica recolhida por mim, tentei delinear uma avaliação

neuropsicológica que visasse todas estas informações e o teste de rastreio cognitivo que apliquei aquando a primeira consulta.

Neste sentido, depreendi quais as funções cognitivas mais afetadas e reuni um conjunto de testes que visasse explorar mais as mesmas.

Assim, pude constatar que aquilo que os estudos de estados depressivos evidenciam como redução da atenção, memória, velocidade de processamento, bem como, funções executivas, vai de encontro com os resultados da avaliação realizada à paciente.

Como considerei que os défices apresentados eram passíveis de serem trabalhados através da estimulação das funções em défice e aquando da devolução e explicação dos resultados a paciente se mostrou interessada, foram iniciadas as sessões de reabilitação neuropsicológica.

As sessões decorreram com êxito pois, a paciente mostrou-se muito empenhada e motivada mesmo nas tarefas que levava para casa. As estratégias sugeridas para compensar os seus défices foram colocadas em práticas e por isso tornaram-se sugestões vantajosas para a paciente.

O trabalho de estimulação que estava a ser desenvolvido foi progredindo de sessão em sessão (registava os tempos de execução em algumas tarefas) e a própria avaliação final foi reflexo desta evolução. No entanto, é de salientar que sempre foi criado um espaço para falarmos das situações vivenciais que estavam na base do seu humor subdepressivo com que se apresentava e que afetava o seu desempenho.

Em suma, através do caso Maria Silva foi possível aplicar as principais áreas da neuropsicologia, ou seja, avaliação e reabilitação, mas também foi possível aplicar na prática as técnicas de entrevista, os guiões de anamnese, os princípios da empatia, estabelecimento de uma relação terapêutica, bem como, aquilo que fui aprendendo na consulta de observação.

Este foi um trabalho extremamente gratificante pois, fui verificando ao longo das sessões a relação terapêutica que foi construída, tomei mais conhecimento sobre diferentes testes e os efeitos da estimulação nos défices mais evidenciados na avaliação.

É ainda de salientar que este caso clínico permitiu a investigação de um tema ainda pouco falado, mas que vai permitir aos clínicos uma melhor compreensão das perturbações de humor e abrir caminhos para encontrar técnicas mais eficazes de diagnóstico, tratamento e prevenção de eventuais sequelas cognitivas nos pacientes.

Reflexão sobre o estágio

As experiências vividas durante o período de estágio permitiram-me conhecer mais sobre o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar mas, em especial do funcionamento do serviço de MFR e o papel do neuropsicólogo no mesmo.

Reconheço a prática da neuropsicologia e as suas áreas de intervenção como essenciais em contexto das patologias que chegam ao serviço de MFR, bem como o seu papel na equipa multidisciplinar visando, o paciente, os outros técnicos e a família.

Ao longo do estágio acabei por ter contacto com diferentes abordagens práticas da psicologia e articular a teoria à prática. Assim, tive a oportunidade de aplicar as teorias aprendidas durante a licenciatura e o mestrado e muitas vezes comprovar o seu fundamento.

O contacto com a intervenção em grupo e individual proporcionou-me a possibilidade de conhecer outras patologias e qual a importância da psicologia nas mesmas. Para mim a participação nestas sessões foi muito gratificante pois, consegui perceber os resultados do nosso trabalho, bem como o empenho e motivação dos pacientes que objetivavam a melhora da sua qualidade de vida.

As avaliações proporcionaram-me momentos de pesquisa e aquisição de novas competências na forma de aplicação e cotação dos testes com os quais tive contacto. Através da interpretação dos resultados tive a oportunidade de refletir, discutir e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos.

Aplicar a reabilitação neuropsicológica visando um melhor bem-estar cognitivo e emocional no paciente é muito satisfatório, mas é especialmente compensador quando o paciente é participativo e os resultados se fazem evidenciar na sua qualidade de vida e na qualidade de vida dos seus familiares.

No que concerne às investigações que integrei estas proporcionaram-me ter contacto com problemáticas pouco conhecidas por mim e como a psicologia é essencial na integração da equipa com as suas estratégias. Com as avaliações realizadas tive contacto com a aplicação, cotação e interpretação dos diversos testes, bem como, oportunidade de trabalhar mais no SPSS e na interpretação dos resultados.

A diversidade de atividades que me foram sugeridas pela orientadora foram excelentes formas de aprendizagem sobre temáticas diversificadas. Como tiveram um carácter muito prático consegui aplicar na prática os conhecimentos adquiridos. No entanto, é de salientar que este conhecimento foi para além da nossa área de intervenção, visto que, acompanhei a orientadora nos diversos contextos de apresentação.

O apoio da faculdade, especialmente das atividades de supervisão foram essenciais em todo o processo de estágio. Foi nestas sessões que se proporcionaram momentos de reflexão sobre os casos clínicos, aprendizagem pois, tivemos contato com mais testes de avaliação e nos fizeram fazer a ponte entre os conceitos aprendidos e aquilo que acontecia na prática.

Elaborar a descrição do caso clínico que tive a oportunidade de seguir quanto às principais áreas de intervenção do neuropsicólogo foi um momento de introspeção quanto ao trabalho que ainda há para fazer com esta paciente e outros que teriam a mesma necessidade, como fomos verificando na avaliação cognitiva dos doentes cardíacos.

Assim, encaro este percurso como sendo imprescindível e a elaboração deste relatório como essencial. Embora tenha consciente que ainda há muito a aprender, considero a minha formação bastante rica em oportunidades de aprendizagem.

Bibliografia

American Heart Association. (2011). What is Cardiovascular Disease (Heart Disease). http://www.heart.org/HEARTORG/Caregiver/Resources/WhatisCardiovascularDisease/What-is-Cardiovascular-Disease-Heart-Disease_UCM_301852_Article.jsp

American Psychiatry Association. (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Artmed

Armstrong, C. (2010). Handbook of Medical Neuropsychology. London

Caldeira, M., Baeta, E. & Peixoto, B. (2011). Preliminar validation of the Portuguese version of the INECO frontal screening. *J Neurol.* 258 (Suppl 1): S71

CID 10 Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid 10 Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Artemed

Disner, S., Beevers, C., Haighe, E., Beck, A. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience.* doi:10.1038/nrn3027

Division 40 of American Psychological Association (APA). (1989). The Houston Conference on Specialty Education and Training in Clinical Neuropsychology. http://www.div40org/pub/Houston_conference

Freitas, S., Simoes M.R., Martins C., Vilar M. & Santana I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população Portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9 (3): 345-357

Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia.* (30), 59-72

Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2010). Estados emocionais, formas de enfrentamento, rede de apoio e adaptação psicossocial em pacientes amputados. *Florianópolis*, 1-226

Gilbert, P. (2007). Psychotherapy and Counselling for Depression. London

Gitenbrunner, C., Ward, A., Chamberlain, M. (2009). Livro Branco de medicina Física e de reabilitação na Europa. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação

- Gotlib, I., Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol* 27(6), 285–312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
- Gould, RA., Otto, MW., Pollack, MH. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev* 15: 819-44
- Klein, D., Wender, P. (2005). New York
- Kolb, B., Whishaw, I. (2003). Fundamentals of human neuropsychology. Worth Publishers.
- Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical and Psychotherapy*, 11: 17-29
- Mondal, S., Sharma, V.K., Das, S., Goswami, U., Gandhi, A. (2007). Neuro – Cognitive Functions in Patients of Major Depression. *Indian J Physiol Pharmacol* 51 (1): 69–75
- Nunes, B., Pais, B. (2014). Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação. Lidel
- Ogden, J. (2012). Trouble in Mind stories from a neuropsychologist's casebook. Oxford: New York.
- Peña – Casanova, J. (1991). Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (Teste Barcelona). Masson, S. A., Barcelona
- Peräkylä, A., Antaky, C., Vehviläinen, S., Leudar, I. (2008). Conversation Analysis and Psychotherapy. Cambridge University Press: United States of America
- Price, J., Heschels, D., Price, A. (1999). A guide to starting- psychotherapy group. Academic Press: United States of American
- Rey, A. (1988). Figura Complexa de Rey. CEGOC – TEA. Lisboa
- Rogers, C. (2006). Psicoterapia e Consulta Psicológica. Martins Fontes: Brasil
- Rozenthal, M., Laks, J., Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *R. Psiquiatr* 26 (2): 204-212

Sbordone, R., Saul, R., Purisch, A. (2007). *Neuropsychology for psychologists, health care professionals, and attorneys*. Taylor & Francis Group: United States of American

Stein, A. (2009). *Heal Pelvic Pain*. McGraw-Hill.

Sociedade Portuguesa de Urologia. (2015). *Semana da Incontinência Urinária 2015*

Trindade, I., Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise psicológica 1* (18): 3-14

Vaz, I.M., Roque, V., Pimentel, S., Rocha, A., & Duro, H. (2012). Caracterização psicossocial de uma população portuguesa de amputados do membro inferior. *Acta Med Port* 25 (2): 77-82

Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª Edição*. CEGOC – TEA. Lisboa

Wechsler, D. (2008). *Escala de Memória de Wechsler – 3ª Edição*. CEGOC – TEA. Lisboa

Wilson, B. (2005). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory and Practice*. Swets & Zeitlinger Publishers: Netherlands

World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva

World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension*. Geneva.

Anexos

ANEXO 1



Número do processo: _____

Data: ___/___/___

Dados pessoais

Nome: _____	
Data de nascimento: ___/___/___	Idade: _____
Sexo: Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Contacto (s) telefónico (s): _____	

Estado civil	<ol style="list-style-type: none">1. Solteiro (a)2. Casado (a)/ União de facto3. Divorciado (a)/ Separado (a)4. Viúvo (a)
Conviventes	<ol style="list-style-type: none">1. Vive só2. Vive com companheiro (a) e/ ou filho (s)3. Vive com pais e/ ou irmãos4. Vive com amigo (s)5. Vive em instituição
Escolaridade (anos)	<ol style="list-style-type: none">1. Nenhuma2. 1º Ciclo: 1º, 2º 3º e 4º Anos3. 2º Ciclo: 5º e 6º Anos4. 3º Ciclo: 7º, 8º e 9º Anos5. Ensino Secundário: 10º, 11º e 12º ano6. Ensino superior

Atividade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudante 2. Trabalhador (a) no ativo 3. Desempregado (a)/ doméstica 4. Reformado (a)
Profissão	
Tempo de deslocação ao Hospital de S. João	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 30 minutos 2. 30 minutos a 1 hora 3. Mais de 1 hora

História clínica

Evolução da doença/ cronologia dos acontecimentos (primeiros sinais (idade), evolução da doença)	
Tempo de evolução da doença	<ol style="list-style-type: none"> 0. Menos de 1 ano 1. 1-5 anos 2. Mais de 5 anos
Diagnóstico	
<u>ICIQ-SF 1.</u> Com que frequência tem perdas de urina?	<ol style="list-style-type: none"> 0. Nunca 1. Uma vez por semana ou menos 2. Duas a três vezes por semana 3. Uma vez por dia 4. Várias vezes por dia 5. Constantemente
<u>ICIQ-SF 2</u> Que quantidade de urina costuma perder? (quer use ou não proteção)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhuma 2. Uma quantidade pequena 4. Uma quantidade moderada 6. Uma grande quantidade

<p>ICIQ-SF 3 No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia? Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>ICIQ-SF 4 Quando tem perdas de urina? (escolha as opções que mais se adequam a si)</p>	<p>0. Nunca. Não tem perdas de urina. 1. Tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho. 2. Tem perdas de urina quando tosse ou espirra. 3. Tem perdas de urina quando está a dormir. 4. Tem perdas de urina quando está fisicamente ativo (a) a fazer exercício. 5. Tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido (a). 6. Tem perdas de urina sem razão aparente. 7. Tem perdas de urina constantemente.</p>
<p style="text-align: center;">SCORE TOTAL (0 A 21) = _____</p> <p style="text-align: right;">*Soma das questões número 1, 2, 3</p> <p>*Valores mais elevados associados a níveis elevados de impacto da Incontinência Urinária</p>	
<p>Usa protetores?</p>	<p>1. Sim Se sim, em média quantos ao dia? _____ 2. Não</p>
<p>Fez tratamento anterior?</p>	<p>1. Sim Se sim, qual (ais)? _____ 2. Não</p>

Medicação atual (tipo e dosagem)	
Outras doenças atuais (HTA, diabetes, doença neurológicas, outras)	1. Sim Se sim, quais? _____ 2. Não
Antecedentes familiares	1. Sim 2. Não

História pessoal

Dados relativos à infância (história de enurese; outros problemas de saúde) _____

Dados relevantes da adolescência (reações às alterações pubertárias) _____

História familiar (relacionamentos familiares; filhos) _____

Número de partos	1. Nenhum 2. 1-2 3. 2-4 4. Mais de 4
-------------------------	---

Tipo de parto	1. Eutócico - N° () 2. Cesariana - N° () 3. Fórceps - N° () 4. Ventosas - N° () 5. Fórceps e ventosas ()
Intercorrências no parto	1. Sim Se sim, qual(ais)? _____ 2. Não

Outros aspetos (perdas significativas; questões económicas; sexualidade) _____

Outras informações

				Quantidade	Frequência
Hábitos e costumes	1. Consumo de álcool	Sim	Não		
	2. Consumo de estupefacientes	Sim	Não		
	3. Hábitos tabágicos	Sim	Não		
	4. Cafeína	Sim	Não		
	5. Diuréticos	Sim	Não		
	6. Refrigerantes	Sim	Não		

Quantidade de líquidos ingeridos, em média ao dia?	1. Menos de 1 litro 2. 1 a 3 litros 3. Mais de 3 litros
Peso	IMC= <small>*IMC = peso/ (altura × altura)</small>
Altura	
Obesidade	1. Sim 2. Não

Menopausa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Tempo após a menopausa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Até 5 anos 2. 5 a 10 anos
Obstipação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Histerectomia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Já realizou cirurgias ginecológicas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim Se sim, qual (ais)? _____ 2. Não
Costuma ter infeções urinárias?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Pratica exercício físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim Se sim, em média quantas horas por semana: _____ 2. Não

Classificação dos adultos, de acordo com o índice de massa corporal (IMC), segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde

Classificação	Pontos de corte IMC (Kg/m²)
Baixo peso	< 18,50
Magreza severa	< 16,00
Magreza moderada	16,00 – 16,99
Magreza ligeira	17,00- 18,49
Normal	18,50 – 24,99
Excesso de peso	≥25,00
Pré-obesidade	25,00 – 29,99
Obesidade	≥30,00
Obesidade grau I	30,00- 34,99
Obesidade grau II	35,00- 39,99
Obesidade grau III	≥40,00

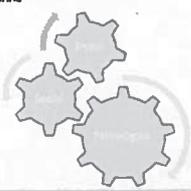

 CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

DIA 14 DE MARÇO

O que é a Incontinência Urinária?

- ◆ Quebra de qualquer perda involuntária de urina
- ◆ Condiciona a vida do doente ao nível:



A Incontinência Urinária em Portugal

- ◆ Mais de 60 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de incontinência urinária
- ◆ Afeta 20% da população portuguesa com mais de 40 anos
- ◆ Afeta ambos os sexos, embora seja duas vezes mais comum em mulheres
- ◆ Nas mulheres as perdas de urina são mais frequente após o parto, menopausa e terceira idade
- ◆ Nos homens as perdas de urina ocorrem sobretudo em idade mais avançada e estão sempre associados a problemas da próstata

Causas das Perdas de Urina

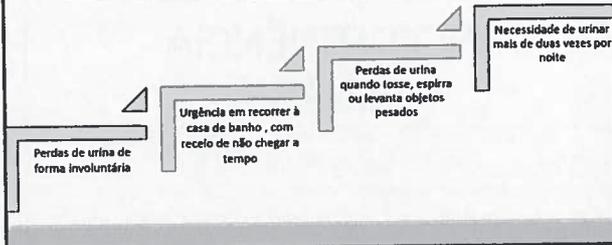
CAUSAS TEMPORÁRIAS	CAUSAS PERMANENTES
Ingestão de líquidos em excesso	Enfraquecimento dos músculos da bexiga
Infecções urinárias	Perda de estrogénios, depois da menopausa
Algumas medicações	Gravidez e/ou parto
Ingestão de álcool, cafeína e outros diuréticos	Cirurgias pélvica e histerectomia
Ingestão de bebidas refrigerantes, gasificadas	Lesões neurológicas
	Cirurgia para tratamento de doenças da próstata

É possível prevenir a Incontinência Urinária?

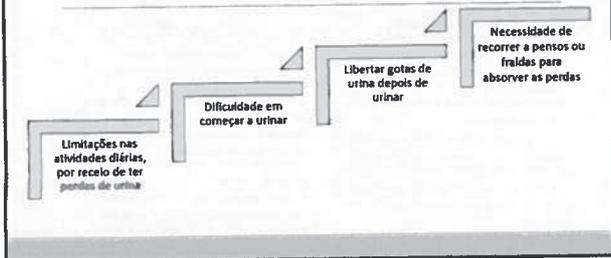
É POSSÍVEL AGIR SOBRE FATORES PREDISPOANTES PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



Sintomas de Incontinência Urinária



Sintomas de Incontinência Urinária



Tipos de Incontinência Urinária

Existem vários tipos de incontinência. Entre os mais comuns, encontramos:



Tipos de Incontinência Urinária

Incontinência de esforço

❖ Pequenas perdas de urina que ocorrem quando o indivíduo ri, tosse, espirra, faz exercício, se curva ou pega em algo pesado

❖ Ocorre quando os músculos estão enfraquecidos e existe um pressão sobre a bexiga

❖ Frequente em homens com problemas da próstata

Tipos de incontinência urinária

Incontinência de Urgência ou imperiosidade

❖ Ocorre repentinamente, acompanhada de uma vontade súbita e intensa de ir à casa de banho

❖ A bexiga apresenta súbitas contrações, causando urgência em urinar

❖ Pode estar relacionada com o envelhecimento

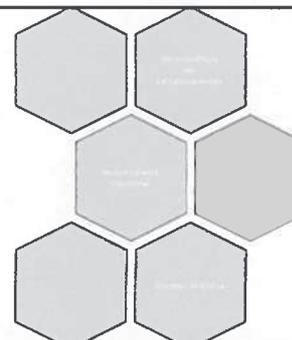
❖ Condiciona o dia a dia da pessoa

Tipos de incontinência urinária

Incontinência Mista

❖ Combinação da Incontinência de esforço e Incontinência de urgência ou imperiosidade

Outros Tipos de Incontinência Urinária



Diagnóstico

- ↳ Recolher o historial clínico do doente (avaliar os sintomas e sinais)
- ↳ Após a definição dos sintomas, a utilização do exame físico permitirá um diagnóstico mais preciso
- ↳ Os exames complementares de diagnóstico, passam por:
 - ↳ Ecografia
 - ↳ Análises gerais ao sangue e urina

Impacto da Incontinência Urinária

- ↳ Afeta a autoestima
- ↳ Condiciona a vida do doente a nível familiar, laboral e pessoal
- ↳ Causa embaraço
- ↳ O problema pode conduzir à fuga do contato social e ao isolamento, porque está sempre com medo e vergonha que os outros sintam o cheiro
- ↳ Pode afetar a relação conjugal, uma vez que a intimidade do casal é prejudicada
- ↳ Preocupação em esconder o problema, evitando a abordagem com o médico e desenvolvendo estratégias, como: transporte de mudas de roupa ou reconhecimento prévio das instalações sanitárias existentes quando sai do seu ambiente

Como tratar

Atualmente existem tratamentos mais eficazes e fáceis, tais como:



A Reabilitação do Pavimento Pélvico no Centro Hospitalar São João

Devido coexistência de sintomas e comorbidades torna-se difícil a gestão da patologia

Assim, é necessária uma abordagem multidisciplinar e adaptada

O Papel do Psicólogo

- ◆ Sensibilizar
- ◆ Melhorar o conhecimento de fatores de risco
- ◆ Instituir estratégias preventivas
- ◆ Orientações para lidar com o impacto da disfunção na sua vida
- ◆ Avaliar a condição emocional da família e mecanismos de coping
- ◆ O apoio emocional é uma parte essencial do autocuidado
- ◆ Técnicas para gestão de stress, ansiedade e tempo
- ◆ O psicólogo vem proporcionar a aprendizagem de métodos que se mostram eficazes e que devem integrar o plano de reabilitação
- ◆ A situação visa a minimização do sofrimento proporcionando o seu bem estar e responsabilização no processo de reabilitação

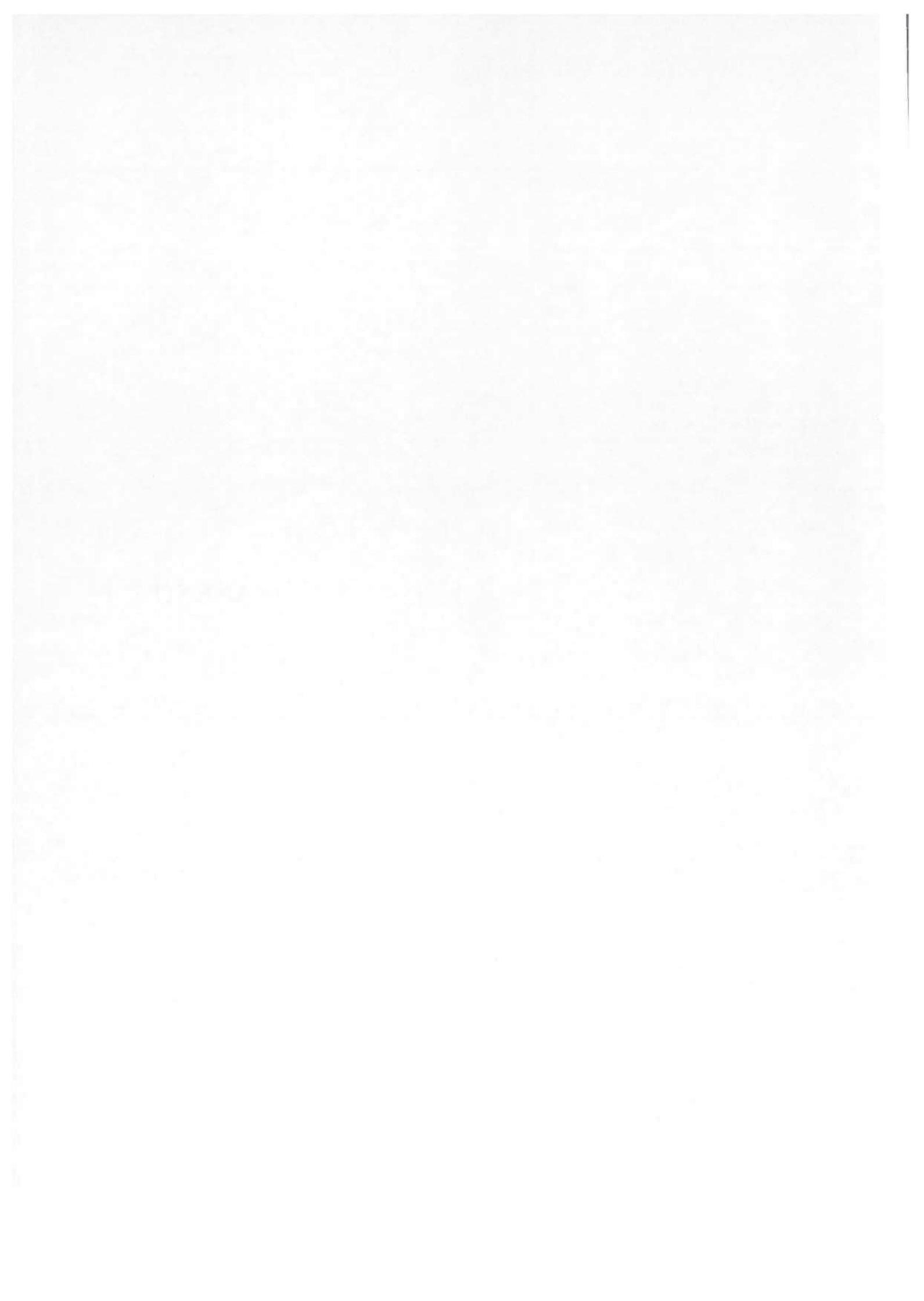
Testemunhos de Mulheres Incontinentes

Obrigada pela vossa atenção!

Apenas 10% dos doentes recorrem ao médico por problemas de Incontinência Urinária.

Solicite ajuda!

ANEXO 3





CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

RELAXAMENTO

REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

RELAXAR E TOMAR CONTA DE SI

- ▶ O stress e a reabilitação do pavimento pélvico integram um ciclo
- ▶ Relaxar é fundamental para o tratamento
- ▶ A tensão e ansiedade da vida diária têm como núcleo o corpo podendo despoletar dor ou disfunção
- ▶ A tensão configura uma resposta fisiológica que pode suprimir o sistema imunológico
- ▶ O stress pode impedi-lo de dormir mal
 - ▶ é durante o sono que o corpo regenera



RELAXAR E TOMAR CONTA DE SI

- ▶ O stress é particularmente mau para quem possui problemas de disfunção ou fraqueza dos músculos do pavimento pélvico
- ▶ Gerir o stress significa coisas diferentes para pessoas diferentes, com corpos diferentes
- ▶ Assim, todos respondemos de maneira diferente ao stress e aos processos de redução do mesmo
- ▶ Muitas pessoas recorrem:
 - à meditação
 - a um banho quente
 - a músicas calmas
 - à visualização de um filme
 - ao exercício físico
 - à respiração
- ▶ No entanto, o objetivo será aliviar as tensões e ansiedade do trabalho, da casa e dedicar-se a si, ao estar com amigos, família



RELAXAR E TOMAR CONTA DE SI

- ▶ O que funcionar para relaxar e diminuir o seu stress vai ajudar no processo de reabilitação do pavimento pélvico
- ▶ Os exercícios conjugados com a gestão de stress favorece a recuperação
- ▶ Assim, vamos falar dos métodos que se mostram particularmente eficazes no relaxamento do pavimento pélvico e no sistema nervoso
- ▶ Todas as sugestões têm o potencial de ajudar e pretende-se que integrem o programa de reabilitação



Respiração para relaxamento

- ▶ É um tipo de respiração que pode ser útil para acalmar
- ▶ Esta é designada de **Respiração Diafragmática**



Esta apresenta-se útil e eficaz para pessoas com:

- ▶ dores de cabeça
- ▶ consideráveis níveis de ansiedade
- ▶ elevada pressão sanguínea
- ▶ problemas de sono
- ▶ entre outros



Respiração diafragmática

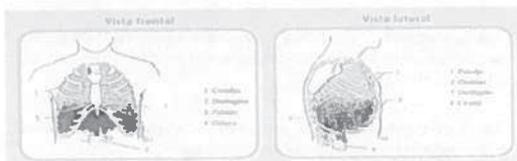
- ▶ A respiração diafragmática envolve o movimento do abdómen para dentro e para fora



- ▶ Sendo muito bom para relaxamento (pois, permite a troca mais eficiente de oxigénio e dióxido de carbono com menos esforço)
- ▶ As crianças habitualmente usam esta respiração
- ▶ Os adultos frequentemente mudam os seus padrões respiratórios (geralmente como adaptação ao stress)

- ▶ Com a respiração relaxada os ombros não sobem e o peito não mexe para fora como quando respiramos fundo

- ▶ O abdómen sobe com cada inspiração e desce com cada expiração



Procedimentos para a concretização da respiração diafragmática

- ▶ Inicialmente é mais fácil praticar deitado de costas nas cama ou no chão

- ▶ Vista uma roupa confortável
- ▶ Separe ligeiramente os pés e coloque uma mão sobre o abdómen e outra no peito

- ▶ Inspire pelo nariz
- ▶ Expire pela boca

- ▶ Concentre-se na respiração e aperceba-se qual das mãos sobe ou desce



O diafragma durante a inspiração

Procedimentos para a concretização da respiração diafragmática

- ▶ Inspire enquanto conta até quatro. Enquanto inspira estenda o abdômen e deverá sentir este movimento com a mão
- ▶ Enquanto inspira imagine o ar quente e relaxante a entrar e espalhar-se por todo o corpo
- ▶ Espere um segundo depois de Inalar
- ▶ Expire devagar enquanto conta até quatro (o seu abdômen irá contrair-se enquanto o diafragma relaxa)
- ▶ Enquanto o ar sai imagine a tensão a sair



O diafragma durante a expiração

Procedimentos para a concretização da respiração diafragmática

- ▶ Se for difícil inspirar em quatro segundos _ vá treinando

- ▶ Em suma,



Cerca de 5 a 10 vezes

A medida que vai praticando melhorará

Em suma

- ▶ Todos os dias deviam começar com os exercícios de respiração e torna-los uma parte fundamental do programa de exercícios
- ▶ Além disso, faça-os sempre que:
 - se sentir tenso
 - sentir que a sua respiração aumentou
 - sentir ansioso
- ▶ A respiração não requer ferramentas especiais
- ▶ Pode ser feita em qualquer local e momento
- ▶ É absolutamente livre
- ▶ E é um dos métodos mais eficazes de acalmar, aliviar a ansiedade do corpo e mente, aliviar a dor e tensão muscular
- ▶ Sempre que se sentir stressado poderá realizar a respiração



Dicas

- ▶ Na casa de banho
 - Respire
 - Tente relaxar
 - Use as técnicas que aprendeu
- ▶ Relaxar dessas formas pode facilitar o esvaziamento da bexiga ou intestino
- ▶ Controlo de Impulsos
 - A respiração pode ajudar a aliviar quer a bexiga, quer os intestinos em situações de emergência
 - Exemplo: se beber uma chávena de chá normalmente passado uma hora sentirá vontade de urinar, mas se sentir vontade de urinar dez minutos depois e em seguida novamente, isso não é normal
 - É como quando estamos a chegar a casa e sentimos vontade de urinar; Sentimos um desejo intenso até pode acontecer não chegar a tempo

Q, que acontece a como podemos controlar essas Impulsos?

Dicas

- ▶ Isso é a **síndrome de urgência**
 - A sensação de ter de ir à casa de banho e de que não será capaz de manter o controlo
- ▶ Esta é simultaneamente uma causa e uma consequência do stress
- ▶ Isso é uma das coisas mais stressantes que o indivíduo enfrenta, com a preocupação sobre a ocorrência de algo tão ruim quanto o próprio desejo

O que pode fazer

Dicas

- ▶ Respirar e soltar os músculos pélvicos
- ▶ Pode parecer contraditório relaxar os músculos quando sente um forte desejo
- ▶ Mas, se os músculos do pavimento pélvico já são mais curtos e está a apertá-los
 - Isso pode levar à síndrome de urgência ou incontinência de urgência

Dicas

- ▶ Apostar em pensamentos que o façam relaxar
- ▶ Visualizar um lugar onde se sentiu completamente relaxado e à vontade
- ▶ **Por exemplo:**
 - uma praia tropical onde passava férias ou nos anos 20
 - resgatar o lugar, livrar-se, abraçar os os ombros de neve, o frio
 - colocar-se lá
 - relaxar
- ▶ De início tentará controlar os impulsos para um curto período de tempo
- ▶ Posteriormente vai tentar segurar mais tempo ou vai aumentar a distância até à casa de banho mais próxima
- ▶ A cada semana ir aumentando o tempo com a aprendizagem do relaxamento dos músculos
- ▶ Com o tempo vai estendendo aos seus músculos o relaxar e alongar para que a urgência diminua

Técnicas de redução de stress

Pode reduzir o stress de forma gratuita e em casa

1. Poderá começar por dar um passeio pelo parque
2. De volta a casa poderá estar de um banho
3. Pode usar roupas largas e soltar os músculos

Deixe o calor inundar o seu corpo, esvazie a mente, ouça música

* Em qualquer um destes momentos poderá fazer a respiração

Obtenção de apoio

- ▶ O apoio emocional é uma parte do autocuidado essencial
- ▶ Conversar sobre o problema e procurar o tratamento adequado
- ▶ O apoio dos amigos e da família é muito importante
- ▶ É provável que conheça alguém que tenha o mesmo problema e com quem poderá partilhar
- ▶ Converse com a família e amigos sobre o seu desconforto, constrangimento ou vergonha. Eles vão-lhe oferecer todo o seu apoio e conforto
- ▶ No entanto, poderá necessitar da orientação dos profissionais para lidar com o impacto da disfunção na sua vida
- ▶ Poderá procurar formação especializada em gestão de stress ou dor crónica,
 - ▶ visto que, a maioria dos estudos mostram que YCC é uma excelente técnica para gestão de stress e ansiedade muito usadas nos desportos do parlamento público

FIM



Bibliografia

- ▶ Stein, A. (2009). *Heal Pelvic Pain*. McGraw-Hill.

ANEXO 4



Centro Hospitalar São João

SEXUALIDADE NA MULHER

A. DA COSTA ROSA

A sexualidade

- ▶ Durante muitos anos a sexualidade foi considerada como sinónimo de reprodução
- ▶ Porém, nos últimos anos o conceito começou a integrar outras vertentes, tais como:
 - ▶ Atos
 - ▶ Carreira sexual
 - ▶ Companhia
 - ▶ Prática
 - ▶ Atitude
 - ▶ ...

Definição de sexualidade

- ▶ Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a sexualidade é:

Uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental

Relacionamento sexual/ Disfunção sexual

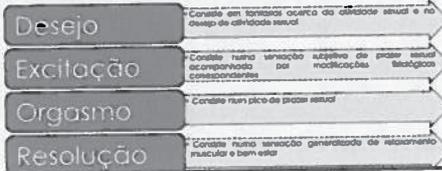
- ▶ De forma geral, disfunção sexual engloba todas as formas de vivências esquizofrénicas no relacionamento sexual
- ▶ Nem todas as dificuldades e insatisfações são verdadeiras disfunções
- ▶ Há atitudes na vida em que o ajustamento sexual entre duas pessoas é mais difícil por fatores individuais ou circunstanciais
- ▶ Assim, o termo disfunção deve ser aplicado quando existe uma situação concreta física ou psíquica que torna impossível a função sexual
- ▶ Problemas e dificuldades no relacionamento sexual são situações frequentes ao longo da nossa vida

Disfunção sexual

- ▶ É uma queixa comum entre as mulheres que sofrem de incontinência
- ▶ As que procuram ajuda médica relatam problemas como:
 - ▶ diminuição do desejo sexual,
 - ▶ anorgasmia,
 - ▶ dispareunia
- ▶ As mulheres relatam evitar relações sexuais devido à sua condição

Fases do ciclo de resposta sexual

A resposta sexual é controlada por uma interação delicada e equilibrada entre todas as partes do sistema nervoso, podendo facilmente ser interrompida por afetos negativos ou por conflitos e inibições de ordem física ou psicológica



Classificação das disfunções sexuais femininas



O que pode causar os problemas/dificuldades sexuais

- ▶ **Fatores psicológicos:**
- ▶ Os problemas sexuais podem ter origem em:
 - ▶ estados afetivos, como:
 - ▶ a depressão, a ansiedade, a raiva, a culpa
 - ▶ atenção que a pessoa tem
 - ▶ foca o si próprio por exemplo sou feio(a), ou não meço, não tenho dinheiro
 - ▶ foca no outro (por exemplo não posso confiar nele/ela ou quero mais com uma mulher só e os resultados não gostam de usar)
 - ▶ foca no sexo e as suas consequências (medo de sentir dor, de não fazer bem, de se apaixonar de ficar grávida, de perder o control, achar que o sexo é errado ou ruim)

Os problemas sexuais podem ter origem em:

- ▶ Falta de compreensão ou falta de informação sobre o sexo
 - ▶ por exemplo, a pessoa pode não saber o que esperar nem o que fazer, e as expectativas tendem a influenciar o desempenho sexual do indivíduo e do parceiro ou desconhecer as preferências sexuais do parceiro e as técnicas que permitiriam ao casal funcionar bem sexualmente
- ▶ Outros problemas na relação
 - ▶ por exemplo, a pessoa sente-se zangada, amarga ou ressentida em relação ao parceiro, sente-se insegura ou com receio de ser ofendida, ou os dois parceiros têm quês dissonâncias da vida sexual

O que pode causar os problemas/dificuldades sexuais

- ▶ Fatores de natureza funcional, como:
 - ▶ a falta de contato,
 - ▶ bem-estar ou privacidade
 - ▶ e o sentimento de não ser considerado, pressionado ou preocupado com outros coisas.
- ▶ Fatores biológicos:
 - ▶ a existência de problemas circunscritos,
 - ▶ problemas do sistema nervoso
 - ▶ problemas hormonais
 - ▶ e vários tipos de doenças.
 - ▶ O álcool
 - ▶ certos drogas ou medicamentos
 - ▶ a ejaculação precoce - frequentemente, o orgasmo sexual desaparece depois de estar doente ou de ter tido um acidente, e isso geralmente é devido a uma lesão que pode ser corrigida.

Superar os problemas sexuais

- ▶ Esta deverá ser uma abordagem colaborativa
- ▶ Ambos estão envolvidos no problema
- ▶ A resolução do problema terá também que passar pelos dois
- ▶ Ambos os parceiros devem trabalhar juntos para melhorar o relacionamento sexual e de que forma o querem fazer
- ▶ Também é importante referir que não estão a curar nenhuma doença, mas sim a aprender novas e mais satisfatórias maneiras de se relacionarem um com o outro

Superar os problemas sexuais

- ▶ Esclarecer dúvidas e corrigir equívocos sobre o sexo
 - ▶ Foi anteriormente referido que a falta de informação leva à problematização
 - ▶ Isto acontece, em parte, porque as pessoas, ao não discutirem a sua vida sexual tão abertamente como discutiam, por exemplo, outros aspetos da sua relação amorosa, perdem a oportunidade de discutir que as outras sentem

Superar os problemas sexuais

► Melhorar a comunicação do casal

► Isso é particularmente importante no que se refere às questões que podem afetar diretamente a relação sexual, nomeadamente a comunicação

► O objetivo é melhorar a comunicação, no sentido de obter as "fórmulas de compreensão e os sentimentos que podem estar a contribuir para as dificuldades a nível sexual"

Superar os problemas sexuais

► (Re)aprender a tirar prazer das respostas sexuais naturais

► Aqui a ideia central é a de que o sexo é uma resposta natural, se o deixarem acontecer

► Como ponto de partida, procurem criar tempo, privacidade e conforto

► A intenção é a de reduzir a ansiedade relativa ao desempenho do ato sexual e a obrigatoriedade de se "aberm sucedida", evitar o papel de espectador, e concentrarem-se e voltar a familiarizar-se com as sensações dos vossos corpos, sem nenhum objetivo em mente

OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO!

Bibliografia

- Sincis, A., Ramsay, I. (2011) The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *The obstetrician & Gynaecologist*, 13, 143-148.
- Levine, S., Risen, C., Athol, S. (2003). *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*. New York.
- Carvalho, A., Gomes, A. (2002). A disjunção sexual na mulher.



CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

SONO NA MULHER

Dr^a J.DULCE SOUSA

O que é o sono?

- ▶ Atividade necessária e insubstituível
- ▶ Único mecanismo que o nosso cérebro dispõe para se restaurar
- ▶ Período ativo em que se produzem:
 - Alterações hormonais
 - Bioquímicas
 - Metabólicas
 - Temperatura corporal



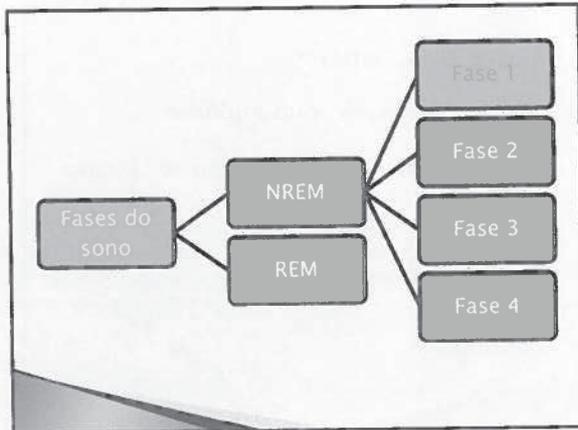
O sono

- ▶ Dormir é uma necessidade fisiológica
- ▶ O sono é fundamental na vida de todos nós
- ▶ É o sono que regenera o homem
- ▶ O nosso equilíbrio físico e emocional é dependente desta função
- ▶ Quanto maior for o "débito de sono" maiores serão as consequências negativas
- ▶ É um estado que engloba vários graus de profundidade



Fases do sono

- ▶ Um ciclo de sono têm 4 a 5 fases de sono
- ▶ Têm duração de 90 a 120 minutos
- ▶ Repetem-se 4 a 5 vezes por noite
- ▶ O tempo de sono profundo é relativamente curto (fase 3 e 4)
- ▶ A 5ª fase ou sono REM é a fase mais profunda do sono



Fases do sono

- › Sono leve quando se está meio a dormir meio acordado
- › Descontração muscular
- › Diminuição da temperatura corporal
- › Redução dos reflexos
- › Actividade cerebral torna-se mais lenta que na vigília
- › Fase inicial do sono
- › Quando começa a desligar-se daquilo que o rodeia
- › O sono é menos superficial
- › As ondas cerebrais são mais lentas

Fase 1

Fase 2

Fases do sono

- › Sono profundo, que é a primeira fase de sono
- › Sono profundo em que é difícil acordar
- › Durante esta fase o corpo procede à sua auto-reparação

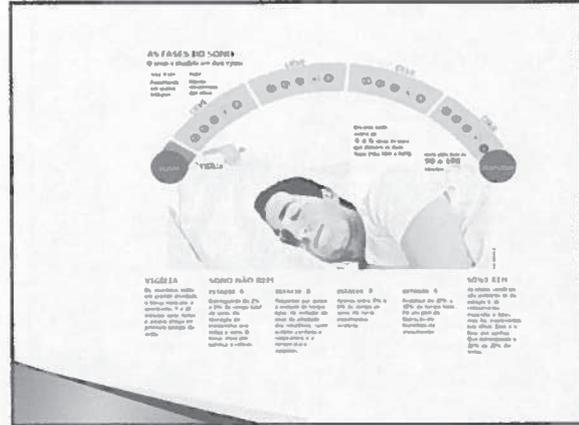
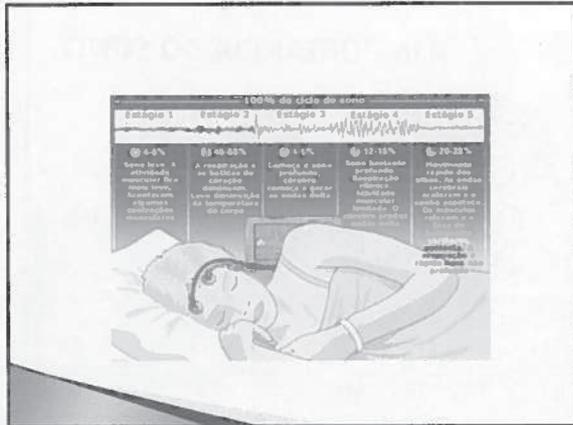
Fase 3

Fase 4

- ❖ Sono mais profundo
- ❖ Relaxamento muscular é total
- ❖ Ritmos cardíaco e respiratório são mais lentos

Sono REM

- › Acontece, em média, após 90 minutos de sono
- › A maior parte dos sonhos acontecem durante o sono REM
- › Ondas cerebrais idênticas às da fase 1

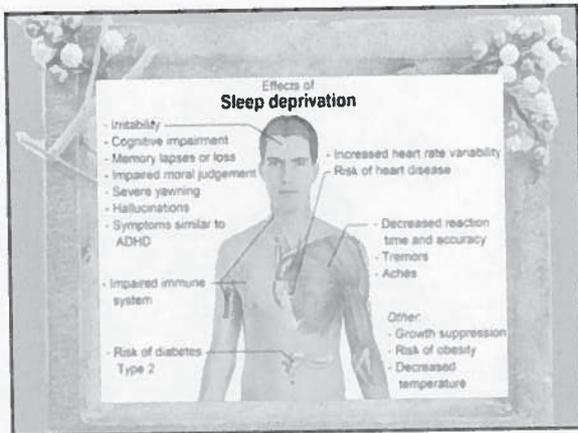


Sonho

- ▶ O nosso cérebro está intensamente a processar informações – ocorrência de sonhos
- ▶ Sonhos são comuns a todas as pessoas
- ▶ Freud (1900), concebeu um dos produtos do sono, os sonhos, uma forma de ter acesso aos conteúdos do inconsciente

Uma má qualidade de sono pode levar:

- ▶ Aumento do índice de massa corporal
- ▶ Desenvolvimento de obesidade e diabetes
- ▶ Diminuição do sistema imunitário
- ▶ Aumento das doenças respiratórias ou alérgicas
- ▶ Doenças cardiovasculares
- ▶ Menor concentração
- ▶ Aumento da sensação de estados afetivos negativos (stress, ansiedade, depressão)
- ▶ Lapsos de memória e consequentemente pior rendimento profissional
- ▶ Aumento dos riscos de acidentes de trabalho ou viação



A importância do sono

- ▶ Diminui a fadiga e as tensões do dia
- ▶ A hormona do crescimento sintetiza-se durante a noite
- ▶ O cérebro seleciona e reorganiza a informação útil
- ▶ Melhora o nosso humor
- ▶ A pele regenera-se
- ▶ Estudos mostram como o sono está diretamente relacionado com o nível de produtividade

Sono e incontinência

- ▶ A qualidade do sono é muito afetada quando:
 - Existe a necessidade de se levantar várias vezes durante a noite para ir à casa de banho
 - Nem sempre conseguem chegar à casa de banho a tempo ou tem enurese
 - Mudam a posição ou tosse (IU)
 - Terem de usar almofadas ou proteção na cama e esta ser desconfortável ou irritante
- ▶ O impacto da incontinência na qualidade e quantidade de sono e outros aspetos importantes da vida diária das mulheres



Sono e a mulher



- ▶ As queixas de sono são comuns no sexo feminino
- ▶ Reconhecem-se que há importantes diferenças fisiológicas associadas
- ▶ Diferenças relacionadas com os sexos feminino e masculino podem influenciar os rcos de perturbações de sono
- ▶ As hormonas sexuais femininas influenciam o sono e o ritmo circadiano

Ritmo circadiano



- ▶ Como se processa o sono?
 - Os seres humanos têm um relógio biológico interno de 24h - **RITMO CIRCADIÁRIO**
- ↓
- Período sobre o qual se baseia o ciclo biológico do corpo humano, influenciado pela luz solar
- Este relógio está sincronizado com o ciclo dia-noite

Sono e a mulher

- ▶ As alterações fisiológicas que ocorrem:
 - puberdade
 - ciclo menstrual
 - gravidez
 - menopausa



Pode ter efeitos profundos sobre a qualidade do sono, durante o funcionamento diurno e qualidade de vida nas mulheres desde a adolescência até à vida adulta

Sono - ciclo menstrual

- ▶ Algumas mulheres podem ter sintomas de insónia no início do período menstrual
- ▶ Estes sintomas de insónia que ocorrem podem ter consequências para a saúde
- ▶ Os sintomas do ciclo menstrual e pré menstrual correlacionam-se com excessiva sonolência diurna



Sono - gravidez



- ▶ Durante a gravidez o sono é afetado por:
 - Alterações hormonais
 - Desconforto físico
- ▶ Quase todas as mulheres tem perturbações do sono no terceiro trimestre
- ▶ Perturbações do sono na fase final da gravidez está associada com maior incidência de depressão pós parto

Sono - Menopausa



- ▶ Muitas mulheres durante a menopausa queixam-se de perturbações do sono
- ▶ Muitas atribuem aos afrontamentos e suores noturnos
- ▶ A insónia é relatada em 46% das mulheres
- ▶ 80% das mulheres que trabalham queixam-se de fadiga devido ao sono inadequado

Sono - trabalho



- ▶ Mulheres que trabalham por turnos e que têm alterações do sono e do ritmo circadiano apresentam:
 - Maiores irregularidades menstruais
 - Infertilidade
 - Aborto
- ▶ Eventos de vida significativos está associado com perturbações de sono
- ▶ O consumo de álcool como método de enfrentamento de problemas mostra risco de perturbação

Sono e trabalho

- ▶ Na maioria das sociedade a mulher além de trabalhar fora de casa continua a ser a principal cuidadora de crianças e outros familiares
- ▶ Estas responsabilidades podem adicionar:
 - Mais stress
 - Aumentar o risco de privação do sono
 - Perturbações do sono com impacto negativo sobre a saúde e qualidade de vida



Perturbações do sono

- ▶ Apneia obstrutiva do sono
- ▶ Síndrome das pernas inquietas
- ▶ Insónia

Apneia obstrutiva do sono

- ▶ Pausa na respiração > 10 segundos de duração
- ▶ Existe oclusão total da faringe durante o sono
- ▶ Diagnosticada quando o número de apneias obstrutivas é igual ou superior a 5 por hora de sono



Síndrome da apneia obstrutiva do sono

- ▶ Afeta tanto homens como mulheres
- ▶ Afeta especialmente mulheres na pré-menopausa
- ▶ Pode afetar pessoas de ambos os sexos com peso normal ou obesas

Síndrome das pernas inquietas

- ▶ necessidade de movimento das pernas associada a sensações desconfortáveis ou incomodativas que agravam em repouso
- ▶ aliviam com o movimento e seguem um ritmo circadiano que se traduz num agravamento ao início da noite e durante o sono



Insónia

- ▶ Incapacidade de começar a dormir ou de manter o sono
- ▶ É mais prevalente em mulheres
- ▶ Afeta pessoas de todas as idades
- ▶ Pode causar problemas como:
 - Cansaço
 - Falta de energia
 - Dificuldades de concentração
 - Irritabilidade

Insónia mais prevalente
Ginecologista Ana Sofia e neuroplogista Helena Recato são dicas para dormir melhor

O QUE É?
Insónia é a dificuldade em iniciar ou manter o sono. Não apenas em mulheres, que podem ter um risco maior de sofrer.

Sintomas **Em parte** **Menopausa** **Em**

A insónia pode aparecer também em associação a outra doença, como a **depressão** ou a **ansiedade**.
Insónia - depressão podem causar:

• Alterações de humor • Ataques de pânico • Perda de peso • Doenças • Aumento de peso

Assim como a mulher sofre em um nível físico e emocional, não é raro que ela também tenha problemas de saúde relacionados por causa da insónia.

DICAS

<p>Faça uma lista de tarefas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar o tempo • Evitar sempre que possível trabalhar • Fazer atividade física • Reservar um tempo para tomar de si • Não considerar pequenas tarefas de rotina 	<p>Faça uma lista de sono</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar de manhã cedo • Criar rotina no despertar precoce • Evitar trabalhar durante o dia, evitar no trabalho • Fazer exercícios físicos • Evitar o vício de fumar
--	---

RESUMO

- ▶ O sono na mulher é diferente do homem
 - Diferenças biológicas e psicossociais
 - Menstruação
 - Gravidez
 - Menopausa
- ▶ Os distúrbios do sono na mulher são comuns, mas podem apresentar-se de diferentes formas
- ▶ As perturbações do sono podem levar a um leque de consequências



Estratégias para uma boa noite de sono

- ▶ Estabelecer um horário de sono:
 - Tente ir para a cama e levantar à mesma hora todos os dias
 - Tente não dormir noutras alturas
- ▶ Criar um ambiente propício ao sono
 - Usar a cama apenas para dormir
 - Evite dormir e, outros locais que não este



Estratégias para uma boa noite de sono

▶ Comer ou não comer, e o quê?

- Jantar o suficientemente cedo
- Fazer um lanche ligeiro antes de se deitar, se tiver fome
- Evite tomar café, chá preto, chocolate ou bebidas estimulantes e bebidas alcoólicas



▶ Relaxar corpo e mente

- Manter-se fisicamente ativo durante o dia
- Evitar exercício vigoroso nas últimas 3 ou 4 horas antes de se deitar
- 1 hora, antes de se deitar, implemente um ritual de relaxamento físico



Estratégias para uma boa noite de sono

▶ Desligar a mente

- Evitar antecipar os problemas futuros ou matutar em coisas do passado
- Evitar atividades que sejam estimulantes e procurar começar a "desativar"

▶ Coloque o relógio num sítio onde não possa ver, e evite ver as horas durante a noite



Não se esqueçam...



- ▶ É perfeitamente normal dormir mal durante algumas noites, se tiver preocupações ou sentir ansiedade. No entanto, se a situação se prolongar poderá tratar-se de insónia
- ▶ A quantidade de sono varia de pessoa para pessoa
- ▶ À medida que envelhecemos o padrão do sono sofre alterações

Não se esqueçam...



- ▶ Ter um sono reparador e profundo é fundamental para se sentir revigorado no dia seguinte
- ▶ Alterações à rotina, aos hábitos e ao ambiente do quarto podem melhorar a qualidade do seu sono
- ▶ No entanto, se não tem um sono reparador deve consultar um especialista



HIGIENE DO SONO

Higiene do sono

» Este termo é usado para descrever os bons hábitos de sono que qualquer pessoa pode adotar para aumentar a qualidade do seu sono

São pequenas atitudes, a maior parte delas do senso comum, mas que muitas vezes são negligenciadas pelo ritmo de vida da sociedade moderna

Medidas de higiene do sono

- ♦ Manter horários constantes para dormir e acordar
- ♦ Dormir somente o necessário
- ♦ Não dormir durante o dia
- ♦ Não tentar resolver problemas antes de dormir
- ♦ Evitar ler e ver televisão antes de dormir
- ♦ Relaxar o corpo e a mente 60 a 90 minutos antes de ir para a cama

Medidas de higiene do sono

- ♦ O quarto não deve ter temperatura agradável e ausência de ruídos
- ♦ Exercícios físicos devem ser feitos 4 a 6 horas antes de ir para a cama
- ♦ Na medida do possível, use o quarto apenas para dormir
- ♦ O despertador não deve estar visível
- ♦ Vá para a cama apenas quando tiver sono e não antes

Evite:

- ♦ Tomar:
 - ♦ Café
 - ♦ Chá preto
 - ♦ Bebidas alcoólicas
 - ♦ Chocolate ou qualquer bebida estimulante
- ♦ Fumar antes de dormir
- ♦ Fazer refeições leves ao jantar

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO !



Bibliografia

- ♦ Lee, E. (2013). *Womens' sleep: Much More Than Just Beauty Sleep*. Royal Ottawa Mental Health Center
- ♦ Smalligan, A., Renshaw, K. (2013). *Women and the Importance of sleep*. Institute for women's health.
- ♦ Sinclair, A., Ramsay, I. (2011). *The psychosocial impact of urinary incontinence in women*. *The obstetrician & Gynaecologist*, 13, 143-148.
- ♦ Attarian, H. (2006). *Sleep disorders in women*. New Jersey
- ♦ Sexton-Radek, K., Graci, G. (2008) *Combating sleep disorders*. London
- ♦ Hobson, J. (2002). *Dreaming - A very short introduction*. Oxford.
- ♦ Rosen, M. (2006). *Sleep and dreaming*. New York.
- ♦ Moorcroft, W., Belcher, P. (2005) *Understanding sleep and dreaming*. United States of American.



CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

GESTÃO DE ANSIEDADE

Dr. J. Dulce Sousa

GESTÃO DE ANSIEDADE

- o Problemas de ansiedade são muito comuns
- o Cerca de uma pessoa em dez consulta o médico porque se sente:
 - o tensa,
 - o ansiosa
 - o ou extremamente preocupada
- o Outros sofrem de problemas que podem resultar de ansiedade



O QUE É A ANSIEDADE?

A ansiedade afeta:

Mente	Corpo
<ul style="list-style-type: none"> o Emoções o Estados de espírito como: <ul style="list-style-type: none"> o o medo o apreensão o estar no limite, tenso 	<ul style="list-style-type: none"> o Sensações ou sintomas físicos como: <ul style="list-style-type: none"> o tensão muscular o suores o tremores o respiração acelerada o dor de cabeça o batimento cardíaco acelerado

QUANDO A ANSIEDADE É UM PROBLEMA

- o A ansiedade é uma reação normal e saudável
- o Acontece com todos nós perante situações de perigo ou situações preocupantes
- o Quando estamos ansiosos o nosso corpo acelera e produz as mudanças anteriormente descritas
- o Esta aceleração pode ser uma vantagem

Pois, ela significa que estamos pronto para responder

QUANDO A ANSIEDADE É UM PROBLEMA?

- o Torna-se um problema quando ocorre sem que exista um perigo real

Proposta



Pense em todos os aspetos desconfortáveis que as reações corporais lhe provocam

Quando a ansiedade começa a interferir mais com a sua vida diária?

EM SUMA,

- o Lembre-se que a ansiedade é uma reação normal. Não podemos eliminá-la completamente da nossa vida, mas podemos aprender a gerir e controlar melhor



CAUSAS DE ANSIEDADE

o Geralmente existe uma combinação de causas. As mais importantes são:

- **A quantidade de stress**
 - o A ansiedade pode começar no momento em que estamos em circunstâncias stressantes
 - o Se as circunstâncias são bastantes stressantes podemos sentir-nos ansiosos
- **A nossa personalidade**
 - o Algumas pessoas podem tolerar menos e são mais propensas a reagir com ansiedade

APRENDER A CONTROLAR OS SINTOMAS

- o Muitas pessoas descobrem as suas próprias maneiras de controlar a ansiedade
- o Alguns tentam relaxar, usar técnicas de respiração, manter a mente longe do problema

Proposta



1. Existe alguma coisa que você já faz quando se sente ansiosa, tensa ou preocupada que a faz sentir melhor? Se sim, o que é?
2. Alguma das coisas que você costuma fazer, fá-la sentir pior? Se sim, qual (ais)?
3. Existe alguma coisa que você acha que poderia ajudar. Se sim, qual (ais)?

COMO PODE SER CONTROLADA A ANSIEDADE

o Quatro métodos têm sido referenciados

- o aprender a relaxar
- o aprender a distrair-se do problema
- o aprender a controlar os pensamentos perturbadores
- o aprender a gerir sentimentos de pânico ou sensação de fora do controle

o Estes métodos devem ser praticados regularmente antes de poderem ser utilizados com eficiência

RELAXAMENTO

o Porque é útil o relaxamento?

- Porque a tensão muscular provoca sensações incomodas no nosso corpo, tais como dores de cabeça
- O relaxamento vai diminuir a aceleração dos sistemas do corpo quando ficamos ansioso

o Porque se fala em "aprendizagem" para relaxar?

- Porque não vem naturalmente
- São poucas as pessoas que deliberadamente relaxam

RELAXAMENTO _ PROPOSTA

1. Tem consciência de se sentir tensa fisicamente?
2. Se sim, qual a parte do corpo que sente mais tensa?
3. Quando é que isto acontece?



COMO APRENDER A RELAXAR?

1. deve aprender a relaxar todo o corpo completamente
2. deve aprender a encurtar os exercícios para ser capaz de relaxar mais rapidamente
3. deve aprender a usar os exercícios quando estiver a sentir-se ansiosa ou tensa

EM SUMA,

- o Estes exercícios permitem-lhe controlar o seu nível de tensão. Ao praticar, deve ter dois objetivos:
 - o saber o que sente quando está totalmente relaxado
 - o ir descobrindo os focos de tensão no nosso corpo (assim poderá controlá-los)
- o A prática regular é essencial
- o Deve encontrar um lugar adequado para relaxar
- o Para começar lembre-se que está a aprender uma nova habilidade por isso concentre-se
- o Depois poderá começar a relaxar quando está a fazer outras atividades

APRENDER A RELAXAR MENTALMENTE, BEM COMO FISICAMENTE

- o Algumas pessoas conseguem relaxar fisicamente, mas continuam a pensar em coisas preocupantes ou perturbadoras
- o Se isso acontece, você pode melhorar o relaxamento usando pensamentos ou imagens relaxantes
- o Anote uma lista de eventos ou situações em que se sintam completamente relaxada

Por exemplo:

- Tente encontrar 3/4 coisas diferentes:
- sentado à lareira num noite de inverno
 - ouvir uma música que goste
 - deitado ao pé de um belo lago

QUANDO USAR O RELAXAMENTO?

- o Quando está ansioso?
 - Comece a usar o relaxamento quando está tensa ou ansiosa
 - No momento em que está pronto para fazer isso deve aperceber-se da parte do corpo que tende a ficar mais tensa
 - Pode tentar manter esta parte mais relaxada (focando-se nela)
 - Algumas sugestões:
 - o soltar os ombros
 - o relaxar uma parte do corpo
 - o respirar lenta e profundamente
 - o dizer a si mesma "mantém-te calma"
- o Verifique o quanto tensa fica durante o dia e siga tentando relaxar

ALGUNS PONTOS MAIS SOBRE O RELAXAMENTO

- o Controle da respiração
 - Quando estão mais ansiosas algumas pessoas respiram mais rapidamente
 - Esta respiração "ansiosa" pode produzir sintomas como tremores, taquicardia
 - Estes sintomas abrandam quando corrigimos a respiração
- o Postura
 - coloque-se numa posição confortável

DISTRAÇÃO

o Porque é a distração útil?

- Quando está preocupado ou se sente tenso é difícil não pensar sobre isso
- No entanto, são esses pensamentos que nos fazem sentir pior
- Não prestar atenção aos sintomas ou prestar atenção para outras coisas é difícil
- O que pode fazer:
 - o decidir não pensar sobre eles
 - o ocupar a mente com outro pensamento

DISTRAÇÃO _ PROPOSTA

1. Acha que consegue sentir-se melhor ao envolver-se em uma tarefa?
2. Se assim for, em que se envolve?



COMO SE PODE DISTRAIR?

- o Concentrar-se no que está a acontecer ao seu redor
 - o Por exemplo: contar quantas coisas diferentes de cor vermelha existe à sua volta
- o Escolha algo que envolva a atenção
- o Faça atividades mentais
 - o aritmética mental
 - o cálculo de preços
 - o palavras cruzadas
- o Faça atividades físicas (manter-se ocupada)
 - o lavar o carro
 - o passear o cão

CONTROLAR OS PENSAMENTOS

- o Os nossos pensamentos podem fazer-nos sentir ansiosos ou manter a ansiedade

Proposta

1. O que passa pela sua mente quando se sente tenso ou ansioso?
2. Você tem pensamentos que a fazem sentir pior? Se sim, quais são eles?

CONHEÇA OS SEUS PRÓPRIOS PENSAMENTOS

- o Os pensamentos que causam ansiedade são difíceis de identificar
- o Eles vão e vem rapidamente e podem ter-se tornado automáticos

Proposta

Tente escrever os seus pensamentos "ansiosos"

ENCONTRAR A RESPOSTA PARA OS NOSSOS PENSAMENTOS

- o Uma vez que sabemos o que estamos a pensar, podemos analisar e responder aos pensamentos de forma a sentirmo-nos melhor
- o Alguns pensamentos parecem irrealistas ou exagerados, outros parecem concentrar-se inteiramente no lado ruim das coisas
- o O objetivo é:
 - aprender a "apanhar" os pensamentos assustadores ou perturbadores e encontrar a melhor maneira de pensar sobre as mesmas coisas

CONCLUSÃO

- o Aprender a relaxar irá ajudá-la a sentir-se menos ansiosa e ajuda-la a fazer as coisas com mais facilidade
- o Pensando nos seus sintomas torná-los-á mais graves, por isso distrair-se vai fazer sentir-se melhor
- o Se controlar os seus pensamentos perturbadores será mais fácil controlar o ciclo vicioso de ansiedade
- o É mais fácil controlar a ansiedade em fases mais precoces, por isso não deixe evoluir

GESTÃO DE PÂNICO

- o Quando se torna muito ansiosa e em pânico é difícil pensar e agir com clareza
- o Os sentimentos de pânico são normais sensações corporais, mas que não são prejudiciais
- o Comece por utilizar as técnicas de respiração
- o Tente pensar a situação de uma forma mais positiva
- o Comece a planear o que fazer para tornar a situação mais fácil

Obrigada pela vossa atenção !



BIBLIOGRAFIA

- Slavitt, M. (2002). *Improving Relaxation and Control of Anxiety*. The University of Texas at Austin.
- Butler, G. (1985). *Managing Anxiety*. The University of Oxford.



CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

STRESS

GESTÃO DE STRESS

J. DULCE SOUSA

O que é o stress

- ▶ A palavra stress está muito vinculada no nosso vocabulário actual
- ▶ Ouvimo-la ser expressa por pessoas de diferentes raças e classes sociais
- ▶ As pessoas expressam diferentes experiências desconfortáveis como sendo "sob stress", ou seja,
 - "estou sob stress"
 - "sinto-me stressada"
 - "o meu trabalho é muito stressante"
- ▶ Muitas vezes falamos de stress como se fosse pressão ou tensão criada por pressões

O que é o stress

- É a resposta do indivíduo às demandas ambientais
 - ↳ chamado stressor (que stressa o indivíduo)
- Os stressores são as exigências ou situações que provocam uma resposta do organismo
 - ↳ respostas podem ser:
 - fisiológicas
 - comportamentais
 - cognitivas
 - emocionais
 - ou uma combinação
- Os stressores podem ser:
 - eventos de vida (morte de algum familiar, processo de divórcio)
 - pequenos incidentes do dia a dia

No entanto, não é só imposto por demandas externas, mas também internas (geradas a partir das nossas esperanças, medos, expectativas e crenças)

Proposta_ Conhece os seus sinais de stress?

- ▶ Hoje faça um inventário. Pense sobre os seus sintomas quando se sente perturbado com stress. Anote-os.
- ▶ Repare no seu corpo durante os próximos dias sempre que estiver em situações de stress. Verifique sinais subtis que possa não ter observado anteriormente.
- ▶ Pergunte à sua família e aos amigos mais próximos se eles reparam quando você está com stress. Que sinais é que eles detetam que você não apanhou?
- ▶ Treine-se a ficar atento aos sintomas (sem se tornar paranóico).

Proposta_ De onde vem o stress?

- ▶ Pegue numa folha e faça um inventário. Enumere as cinco categorias e faça uma lista das fontes de stress na sua vida que se incluem em cada uma delas.
- ▶ Monitorize-se durante a semana. Verifique quando é que fica alterado ou aquilo que lhe provoca stress e adicione à lista.
- ▶ Observe todas as pequenas situações irritantes com que lida no dia-a-dia. Anote-as.
- ▶ Escolha um agente físico de stress que consiga modificar ou eliminar e tome uma ação.
- ▶ Escolha um agente social de stress e dê um passo efetivo para minimizar o impacto que lhe provoca.

O que é o stress

- ▶ Existe muita controvérsia sobre o uso correto do termo stress que é difícil defini-lo com precisão
 - ▶ Hans Selye (1980),
 - ▶ explicou que o stress é um conceito pouco compreendido
 - ▶ Embora o conceito seja geralmente percebido como negativo, Selye (1976), sugere que este nem sempre é mau. Ou seja, eustress ou stress bom
- Este é descrito como uma experiência agradável e estimulante, essencial para a motivação, desenvolvimento e que melhora o desempenho
- ▶ O stress mau é descrito com distress

Stress positivo/ negativo

- | | |
|---|---|
| <p>▶ Exemplos de stress positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ sentir-se confiante de que vamos superar um desafio ▶ Sentir-se alegre e revigorado numa competição ▶ obter a promoção que esperávamos ▶ estar envolvido em um novo caso de amor | <p>▶ Exemplos de stress negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ter que aprender uma tarefa difícil ▶ ficar preso no trânsito ▶ ter um filho doente ▶ ter um problema com o computador ▶ Um funcionário adoecer |
|---|---|

Proposta

- ▶ Durante a próxima semana, comece a anotar as suas reações de stress, até mesmo as mais leves;
- ▶ Repare quando elas são úteis (aumento de energia, maior concentração, excitação);
- ▶ Monitorize os casos em que o stress é desagradável ou desconfortável (tensão, fadiga, falta de concentração);
- ▶ Comece a distinguir no seu dia-a-dia o bom stress do stress problemático.

Definições de stress

- ▶ Walter Cannon (1935), foi um dos primeiros a introduzir a terminologia de stress
- ▶ O stress é descrito como uma resposta que requer do indivíduo uma forma de lidar com o perigo de uma situação
- ▶ Ele propões uma resposta de luta ou fuga
 - ▶ Quando a pessoa está em perigo ou numa situação difícil ela pode enfrentar o desafio e lutar contra ou o contrário
- ▶ Fisiologicamente a resposta é bastante complexa:
 - ▶ adrenalina e noradrenalina são libertadas na corrente sanguínea, para que exista : aceleração dos reflexos, aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, aumento da respiração, a boca fica seca, mão suam aumento da tensão muscular
- ▶ A experiência de resposta ao stress respectivamente pode causar a quebra da homeostasia no indivíduo

Definições de stress

- ▶ No século 17 a palavra stress foi usada para dificuldades, aflição, adversidades
- ▶ Nos séculos 18 e 19 a palavra stress é descrita como pressão, força, tensão ou forte esforço
- ▶ No campo da física e da engenharia o stress foi referido como a tensão produzida por uma força externa ou pressão
- ▶ William Osler (1910), estudou a relação ente angina e ritmo de vida dos seus pacientes
 - ▶ Concluindo que o stress ou tensão poderia causar a doença

As fases do stress

- ▶ **Alarma**
 - ▶ perante um evento considerado ameaçador, o nosso organismo produz adrenalina, dando-nos a possibilidade de lutar ou fugir
- ▶ **Resistência**
 - ▶ quando não há resposta à ameaça, desencadeia-se um mecanismo para lidar com ela
 - ▶ os recursos são drenados mais rapidamente do que o habitual
- ▶ **Exaustão**
 - ▶ o organismo esgota os recursos para lidar com a ameaça e deixa de ser capaz de funcionar normalmente
 - ▶ surgem os sintomas de stress e é preciso agir para evitar danos para a saúde a prazo

Onde e quando ocorre stress?

- ▶ Predominantemente, a energia que gastamos em trivialidades ou implacáveis aborrecimentos diários, cumulativamente, provocam um grande impacto na nossa saúde e funcionamento

Exemplos:

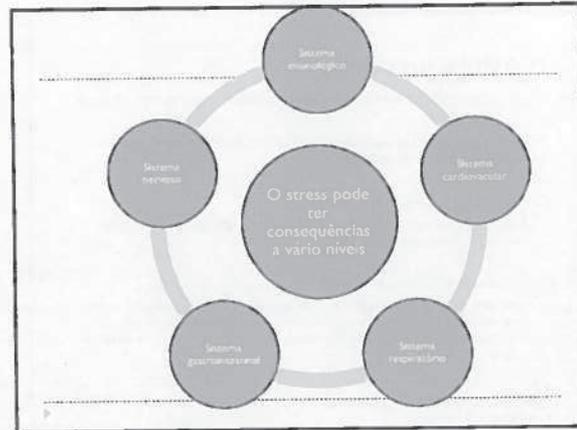
- ▶ levantar-se tarde porque o alarme não tocou
- ▶ ser repetidamente interrompidos por telefonemas quando estamos a tentar cumprir um prazo importante
 - ▶ ficar preso num engarrafamento
 - ▶ ter um calendário exigente
- ▶ o carro não ligar quando estamos atrasados para o trabalho

Sintomas do stress

- Dores de estômago
- Tensão muscular
- Ritmo cardíaco acelerado
- Irritabilidade
- Fadiga
- Erupções cutâneas
- Perturbações do sono
- Alterações do apetite
 - perca ou ganho de peso - o mais provável é perdermos o apetite
 - com o stress crónico - associado a um estado de mal com alguma ansiedade - o mal comum é a alteração de hábitos de sono (veremos alterações)

▶ O problema, alerta a norte americana Stress Management Society, é que uma alimentação desequilibrada além de contraproducente, aumenta o risco de:

- problemas digestivos
- diabetes
- depressão
- doenças cardiovasculares
- entre outras



Objetivos da gestão de stress

- ▶ Não é eliminar todo o stress, mas ajustar às situações
- ▶ Além disso, o stress muitas vezes é motivador, estimulante
- ▶ Assim, o objetivo deve ser o de limitar os efeitos nocivos do stress
- ▶ Investigadores verificaram que a relação entre stress e doença pode ser representada numa curva em função de U

Figura 1.8
 A relação entre stress e doença é a seguinte: Uma pequena quantidade de stress pode ser benéfica, mas uma grande quantidade de stress pode ser prejudicial.

A curva mostra:

- Com uma maior quantidade de stress ocorre maior propensão de doença
- Com apenas uma pequena quantidade de stress, uma grande quantidade de propensão à doença pode ocorrer
- Em suma, concluíram que existe uma quantidade ideal de stress

Formas adaptativas / não adaptativas de lidar com o stress

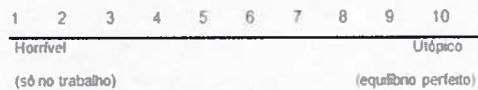
- ▶ A má administração do stress é prejudicial
 - ▶ Temos de gerir a situação de stress de uma forma ativa e positiva
- ▶ É importante fazer isso sem recorrer a formas adaptativas de enfrentamento. Ou seja, evitando:
 - o uso excessivo de álcool ou nicotina
 - dependência de drogas (tranquilizantes, comprimidos para dormir, cafeína,)
 - comer alimentos ricos em açúcar e gorduras
 - adiar lidar com a situação porque ela é ameaçadora ou difícil

Isso geralmente faz com que a situação escale originando problemas maiores
 Ficamos mais irritados e agressivos com nós e com os outros

Proposta_ agir sobre o equilíbrio trabalho-vida

- ▶ Pare e olhe para a sua vida. Responda a este pequeno inquérito para saber como está.

- ▶ I. Numa escala de 1 a 10 classifique o seu atual **equilíbrio trabalho-vida:**



Proposta

- ▶ Numa escala de 1 a 10 classifique o seu atual nível de stress



- ▶ Se o seu equilíbrio é fraco e o stress é alto, escolha uma atividade que gostaria de fazer, mas que tenha negligenciado (ler, almoçar com um amigo, receber uma massagem, jogar ténis, tomar banho de imersão quente, tocar piano)
- ▶ Faça planos para fazer essa atividade pelo menos uma vez na próxima semana.

Em suma

- ▶ Se se sentir desconfortável, diga a si próprio "Dou-me autorização para fazer isto. Vai ser divertido e o equilíbrio é importante."
- ▶ Se mesmo assim hesitar, procure alguém que lhe dê autorização para começar.
- ▶ Faça planos para repetir a atividade (ou fazer alguma coisa diferente) na semana seguinte.

"Faça alguma coisa por si todos os dias. E faça-o sem culpas.
 O objetivo é o equilíbrio, mas a chave é a autorização!"

DIGA



AO STRESS

Stop ao stress

▶ **Pratique exercício físico**

▶ “Exercício físico é uma forma saudável de canalizar a ansiedade gerada pelo stress e estimula a produção de endorfinas, químicos que promovem o bem estar”



▶ **Opte por:**

- ▶ um exercício que lhe dê prazer e, se possível, pratique-o ao ar livre, desfrutando da paisagem que o rodeia
- ▶ reunir um grupo de amigos e praticar desporto em conjunto: é uma excelente forma de manter a motivação

Stop ao stress

▶ **Trabalhe o corpo e mente**

▶ O tai chi chuan e o ioga são bons exemplos dessas práticas



▶ **Guarde tempo para pequenos momentos**

- ▶ Levante-se da cadeira, caminhe um pouco, estique as pernas, apanhe sol e ar fresco
- ▶ É importante estas pequenas pausas ao longo do dia, de preferência longe do ecrã do computador
- ▶ O seu corpo agradece e o espírito também



Stop ao stress

▶ **Mime-se com uma mensagem**

▶ Há poucas coisas tão relaxantes como entregar-se nas mãos de um massagista e deixar que os óleos e movimentos o libertem do stress acumulado

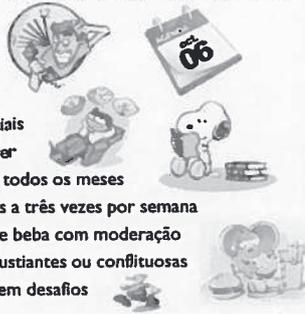


▶ **Invista num programa de relaxamento**

▶ Programas inteiramente concebidos para o bem estar, numa fuga perfeita ao ritmo quotidiano

Em suma

- ▶ Planeie o seu dia
- ▶ Defina prioridades
- ▶ Saiba dizer não
- ▶ Aprenda a relaxar
- ▶ Participe em atividades sociais
- ▶ Utilize o diário para escrever
- ▶ Proponha-se a ler um livro todos os meses
- ▶ Realize exercício físico duas a três vezes por semana
- ▶ Faça uma boa alimentação e beba com moderação
- ▶ Afaste-se de situações angustiantes ou conflituosas
- ▶ Transforme os problemas em desafios



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



Cuidado com o stress porque :
"Mais vale chegar ATRASADO
neste mundo...
do que adiantado no OUTRO.

www.urpreenda.com.br

Bibliografia

- ▶ Lomas, B. (2000). *Stress e time management*. Rowmark.
- ▶ Rout, U., Rout, J. (2002). *Stress management for primary health care professionals*. Kluwer academic publisher. United States of America
- ▶ Patel, C. (1991) *The complete guide to stress management*. Springer Science & Business Media. New York
- ▶ Weinberg, A., Sutherland, Cooper, C. (2010). *Organization Stress Management*. New York
- ▶ Posen D. (2008). *O pequeno livro do stress: 52 receitas para uma vida mais calma*. 4ª edição. Editora Lua de Papel.



CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

GESTÃO DO TEMPO



Gestão do tempo



- Por vezes é difícil gerir bem o nosso tempo
- Existem razões e várias técnicas eficazes para gerir melhor o tempo
- Estas técnicas podem ajuda-lo com o seu bem mais precioso

↓

O SEU TEMPO

O tempo...



- Gasto é tempo perdido para sempre
- Move-se continuamente e é usado de uma forma ou outra
- Não existe um banco onde possamos retirar o tempo perdido
- É limitado

↘ Assim, a necessidade de organizar melhor o seu tempo

Analise como gasta o seu tempo



- Divida o seu dia em segmentos de 15 minutos e escreva o que faz nos mesmos

DAILY RECORD OF ACTIVITY

Time (15 m.)	Activity	Time (15 m.)	Activity	Time (15 m.)	Activity
11:00		0:30		11:00	
12:15		0:15		12:15	
12:30		0:30		12:30	
M		M		M	
M		M		M	

Analise como gasta o seu tempo

- Em seguida, analise o total de tempo gasto em cada atividade ao longo do dia

SUMMARY OF ACTIVITIES (EXAMPLE)



Activity	Total Time Spent on Activity
Reading on the television	1 hour
Studying	1 hour
Studying	1 hour
Working on homework	2 hours
Exercising	1 hour
Shopping	2 hours
Housework	2 hours
Prattling	0 hours
Quitting	0 hours

Analise como gasta o seu tempo

- Reflita sobre a sua lista
- Em seguida, avalie que tempo usar para cada atividade
 - Exemplo: pensa que passou muito tempo a ver televisão e pouco a estudar
- Com base na avaliação, fazer um ajuste e torná-lo específico
 - Exemplo: vou assistir apenas 1 hora de televisão e estudar 2h



Analise como gasta o seu tempo

**Uma boa forma de fazer esta mudança é a elaboração de um contrato consigo mesma (o)
(deve incluir uma recompensa)**



Definir metas



- O mais importante que pode fazer para controlar o tempo é definir metas :
 - Diárias
 - Semanais
 - Mensais
 - Anuais
 - Mais longínquas
- Se não tiver uma noção clara → não vai ser capaz de planejar como alcançá-la
- O uso do tempo deve ser organizado para maximizar as possibilidades de alcançar os seus objetivos

Prioridades



- Depois de definir os seus objetivos é necessário prioriza-los
- Nem todos os seus objetivos serão igualmente importantes
- Concentre-se em objetivos de maior importância para si e coloque os outros em segundo lugar

Desta forma, concentre-se em atividades mais importantes para a realização dos seus objetivos mais altos

Desenvolva listas



A

- Atividades que devem ser feitas
- **Exemplo:** Hoje é o único dia em que a biblioteca está aberta para fazer a tal pesquisa importante

B

- Atividades que gostaria de fazer hoje
- **Exemplo:** não ter ligado a um amigo próximo e tinha intenção de o fazer

C

- Atividades que gostaria de fazer se já tiver realizado as anteriores
- **Exemplo:** se uma loja tem uma venda que gostaríamos de ver

Além disso, poderá fazer uma lista de coisas a não fazer

- Por exemplo:
 - Se perde tempo a ver televisão, pode querer incluir isso na sua lista
- Assim, terá um lembrete para não ver televisão hoje



Agendamento

- Uma vez priorizadas as suas atividades, pode programá-las em seu dia
- Por exemplo:
 - quando vai à biblioteca
 - quando vai ao supermercado



Não se esqueça de agendar um pouco de relaxamento e lazer

Maximize as suas recompensas



Por organizar o seu tempo



Quando dizer não



- Quando está exausto ou em stress
- Quando está sobrecarregado de trabalho ou sem tempo
- Quando tem prioridades mais importantes e de maior pressão
- Quando não é o seu trabalho ou a sua responsabilidade
- Quando não é a sua área de especialidade ou alguém pode fazer melhor a tarefa

Como dizer não

DIGA
↳
NÃO

- Exprima o seu desejo de ajudar "Eu gostaria de fazer isso por ti".
- Dê uma explicação "Eu tenho um prazo apertado para cumprir" ou "Tenho uma consulta no dentista". Não precisa de se muito pessoal.
- Apresente uma alternativa. Ex. "Não me vai ser possível fazer isso mas posso mostrar-te como é que se faz".
- Ofereça-se para fazer parte da tarefa "Não posso fazer tudo, mas até posso fazer esta parte por ti".
- Ofereça-se para fazer mais tarde "Agora não posso, mas posso fazer isso na próxima semana".
- Peça tempo para pensar "Podes esperar uma hora para falarmos disto? Vou tentar reorganizar o meu horário".
- Pergunte para que é que é: ajuda a clarificar a situação e as verdadeiras necessidades.

Proposta

- Repare nas solicitações que lhe são feitas durante a próxima semana – sobretudo se tiver falta de tempo.
- Dê autorização a si próprio para dizer Não na próxima situação apropriada.
- No caso de não se sentir à vontade, peça o apoio e o encorajamento a alguém.
- Decida a maneira diplomática de dizer Não.
- Pratique previamente.



Dizer não

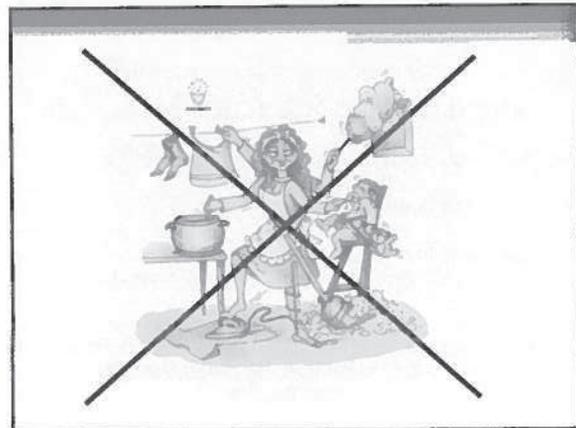
- Temos dificuldade em dizer não por causa da:
 - Culpa
 - Preocupação com o que os outros pensaram

As listas (A, B, C) e as atividades programadas ajudam a identificar quanto tempo resta para outras atividades e fará dizer não mais facilmente



Delegar

- Quando possível levar os outros a fazer as coisas que precisam ser feitas
- Evitar as tarefas que os outros delegam em si
- Seja exigente sobre a delegação de atividades
- Não hesite em procurar ajuda quando você tem pouco tempo ou está sobrecarregada
- Ajude os outros quando eles realmente precisam e você tem tempo disponível



Analisar as tarefas um só vez

- Tanto quanto possível, olhar para as coisas apenas uma vez
- Por exemplo:
 - Se receber-mos um questionário para participar em um estudo sobre stress
 - Tendemos a coloca-lo de lado e preencher mais tarde, no entanto, isso é um desperdício de tempo . Se pegar nele depois, terá de voltar a familiarizar-se com a tarefa

Limitando interrupções

- Durante todo o dia é provável que interrompam o que planeou
- Reconhecendo esse fato, devemos programar o tempo com interrupções
- No entanto, tente manter essas interrupções ao mínimo

Como limitar as interrupções

- Pode recusar aceitar telefonemas a certas horas
- Pedir que ligue mais tarde
- Com as visitas:
 - pode pedir para agendar uma visita ou voltar mais tarde

Se quer fazer melhor uso do seu tempo, terá de adotar alguns meios de limitar as interrupções

Investir tempo

- Precisa investir tempo inicialmente, a fim de beneficiar do bom uso do tempo a posterior
- Se pensa que está tão pressionado pelo tempo que não tem disponibilidade para se organizar. Está a necessitar de aplicar habilidades de gestão de tempo
- Investir no tempo dedicado a organizar-se permite-lhe atingir mais do que é importantes para si

Obrigada pela vossa atenção!



Bibliografia

- Greenberg, J. (2008) *Comprehensive stress Management*. New York
- Posen D. (2008). *O pequeno livro do stress: 52 receitas para uma vida mais calma*. 4ª edição. Editora Lua de Papel.

 CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO



AS RELAÇÕES HUMANAS

Dr.^a J. DULCE SOUSA

As relações humanas

- ▶ São o conjunto de interações que se estabelecem no seio de uma sociedade
 - ▶ Estas tem por base vínculos existentes entre as pessoas e tem lugar através da comunicação
 - ▶ São primordiais para o desenvolvimento pessoal e intelectual dos seres humanos
 - ▶ Este conjunto de interações permite que:
 - ▶ As pessoas convivam de forma cordial e amistosa ao basear-se em certas regras aceites por todos os integrantes da sociedade e em reconhecimento do respeito pelos direitos individuais
- 

Como se estabelecem as relações entre as pessoas

- ▶ As relações humanas são o produto da constante interação entre os membros de uma sociedade

- ▶ Para que se possam estabelecer é importante que exista **comunicação**

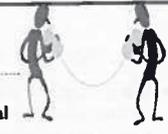


- ▶ É através dela que se expressão:
 - ▶ emoções, sentimentos, problemas e experiências vividas
 - permitindo que as outras pessoas as compreendam
- 

Comunicação

- ▶ É utilizada pelos seres humanos para interagir com os seus semelhantes e se organizarem em sociedade
 - ▶ Os indivíduos transmitem ideias, significados e pensamentos
 - ▶ A comunicação pode ser falada, escrita, gestual, musical, entre outras
 - ▶ A interpretação de uma informação é baseada no repertório cultural, formação educacional, comportamento social, experiências vividas
- 

Tipos de comunicação



<p>Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Forma de expressar ideias, desejos, opiniões, crenças e valores ▶ Divide-se em: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Comunicação escrita ▶ Comunicação oral 	<p>Não verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Comunicação corporal <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gestos ▶ Postura ▶ Expressões faciais ▶ Silêncio ▶ Vestuário ▶ É enfatizada através de emoções e sentimentos
--	--

Como se estabelecem as relações entre as pessoas

▶ Outro aspeto importante para estabelecer este tipo de relações é o conhecimento de si mesmo



↓

- ◊ ter um conceito claro do que somos
 - ◊ como atuamos
- ◊ respondemos a certas situações da vida diária
 - ◊ os meus gostos
 - ◊ os meus desejos
 - ◊ os meus limites

Com a finalidade de compreender melhor as outras pessoas

As relações humanas na sociedade

▶ Visto que, as relações humanas são resultado de uma interação constante entre as pessoas, existe diversos meios onde podemos estabelecer relações

Tipos de relações existentes na nossa vida diária



Relações familiares Relações escolares Relações de amizade

Relações do âmbito laboral Relações amorosas

Tipos de relações existentes na nossa vida diária

<p>Relações familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Primeiro lugar onde aprendemos a relacionarmos ▶ Estas relações envolvem: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Apreciação dos outros ▶ Aprendemos a respeitar e aceitar: <ul style="list-style-type: none"> ▶ As características individuais ▶ As regras ▶ Normas ▶ Hierarquias 	<p>Relações na escola</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Onde estabelecemos as primeiras relações sociais ▶ Na escola aprendemos a cumprir e respeitar as regras ▶ Aprendemos a conviver com outras pessoas que não as familiares ▶ É praticada a tolerância e o respeito
--	--

Tipos de relações existentes na nossa vida diária

Relações de amizade

- ▶ Nem só na escola construímos relações de amizade
- ▶ É gerida pelo:
 - ▶ Respeito
 - ▶ Tolerância
 - ▶ Aceitação de si mesmo
 - ▶ Confiança

Relações no âmbito laboral

- ▶ Podemos desempenhar diferentes papéis
- ▶ Esta relação é gerida por:
 - ▶ Um contrato
 - ▶ Responsabilidades
 - ▶ Deveres
 - ▶ Direitos
- ▶ Nesta relação é essencial:
 - ▶ Respeito e confiança
 - Para que se crie um bom ambiente

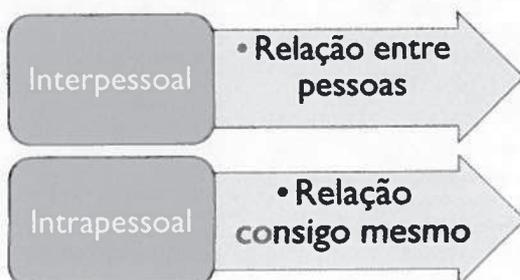
Tipos de relações existentes na nossa vida diária

Relações amorosas

- ▶ Relação tão importante como a estabelecida com os nossos familiares
- ▶ Neste tipo de relação é importante:
 - ▶ Confiança
 - ▶ Respeito
 - ▶ Tolerância
 - ▶ Juntamente com amor
- ▶ As diferentes formas de pensamento, emoções e sentimentos e modos de vida estão unidos



Para saber lidar com as pessoas precisamos entender que existem relações



Relações intrapessoais

- ▶ Autoconhecimento
 - ▶ Quem sou eu?
- ▶ Autodomínio
 - ▶ Como controlar as minhas emoções?
- ▶ Autoafirmação
 - ▶ Relação direta com a autoaceitação
- ▶ Automotivação
 - ▶ Capacidade de autoconstrução positiva

Relações interpessoais

- ▶ Autoconhecimento
- ▶ Empatia
- ▶ Assertividade
- ▶ Cordialidade
- ▶ Ética

As relações interpessoais

Relações humanas

Prejudica o relacionamento interpessoal

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Não ouvir o outro ▶ Interromper o outro quando ele está a falar ▶ Falar em tom agressivo ▶ Impor as suas ideias sem se preocupar com as ideias dos outros 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Não compreender as outras pessoas ▶ Não se colocar no lugar do outro - empatia
--	---

Favorece um bom relacionamento interpessoal

- ▶ Ter habilidades / facilidade em compreender os outros
- ▶ Estar disponível para ouvir os outros

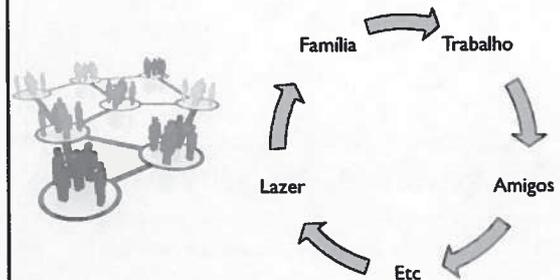
Como melhorar

<p>Melhorar o conhecimento de si próprio</p> <p>Compreender melhor como eu sou</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Entender as minhas atitudes ❖ Meus comportamentos ❖ Meus sentimentos ❖ Meus objetivos 	<p>Melhor compreensão do outro</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Observar o seu: <ul style="list-style-type: none"> ❖ comportamento ❖ Sentimentos ❖ Ações ❖ Sentimentos ❖ No relacionamento com as outras pessoas, dar oportunidade para ele expor pensamentos e sentimentos
---	--

Melhorar a convivência em grupo

- ▶ Entender que em cada grupo as pessoas exercem papéis diferentes
 - ▶ Por exemplo:
 - ▶ Mãe/pai
 - ▶ Filho (a)
 - ▶ Profissional
 - ▶ Amigo (a)
 - ▶ Esposa/ marido
- ▶ Saber distinguir os diferentes papéis dos diferentes contextos

Os grupos



Melhorar a convivência em grupo

- ▶ Em grupo podem notar-se vários comportamentos
- ▶ Percebendo estes comportamentos terão condições de perceber como o grupo funciona e como os indivíduos interagem
- ▶ Procurar entender como funciona os grupos em que se insere
- ▶ Assim, podemos ter mais condições de entender/perceber os grupos e ter uma melhor relação

Desenvolver aptidões para um relacionamento mais eficiente com o outro

- ▶ Conforme vamos desenvolvendo o nosso autoconhecimento e o conhecimento do outro, vamos aperfeiçoando a nossa maneira de nos comunicarmos de forma mais eficaz
- ▶ Vamos aperfeiçoando as aptidões de como:
 - ▶ Ouvir
 - ▶ Dialogar
 - ▶ Informar
 - ▶ Avaliar
 - ▶ Elogiar
 - ▶ Disciplinar

Relações Humanas/Conflitos

Habilidades de resolução de conflitos

Conflitos

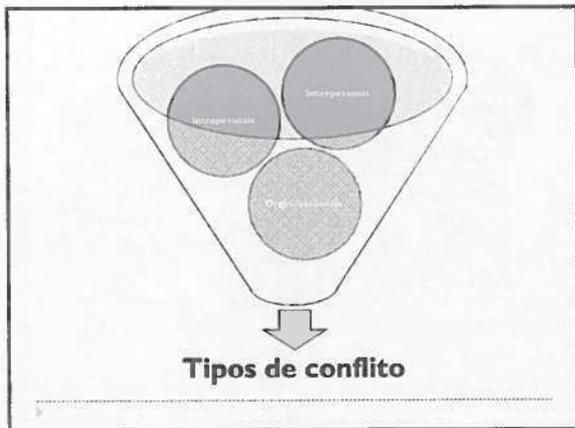
- ▶ Normalmente tem uma conotação negativa
- ▶ É definido como uma incompatibilidade entre duas ou mais pessoas, grupos, organizações
- ▶ Representa uma tensão que envolve pessoas ou grupos, quando existem interesses incompatíveis
 - ◊ Pode ser visto com um enfoque mais construtivo

◊ **Foco construtivo**

- ▶ Podem ser úteis pois, impedem a estagnação e estimula o surgimento de ideias e estratégias
- ▶ Confronto equilibrado de poderes
- ▶ Pode ser entendido como o núcleo de mudança, como uma manifestação das interações sociais
- ▶ O agravamento ou o atenuar do conflito vai depender das relações internas de cada um

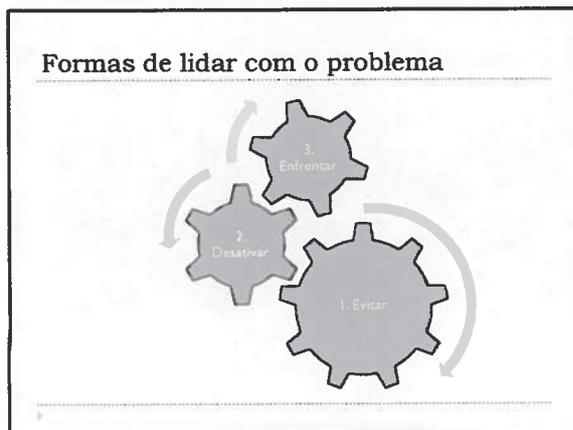
Causas dos conflitos





Tipos de conflitos

<p>Intrapessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> A pessoa fica num conflito interno dada a dificuldade de escolha 	<p>Interpessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> Surgem de modo geral pelas seguintes razões: <ul style="list-style-type: none"> Diferenças individuais Diferenciação de papéis 	<p>Conflitos na sociedade</p> <ul style="list-style-type: none"> Os indivíduos da sociedade tem diferentes interesses, necessidades e pontos de vista, por isso podem entrar mais facilmente em conflito
--	---	--

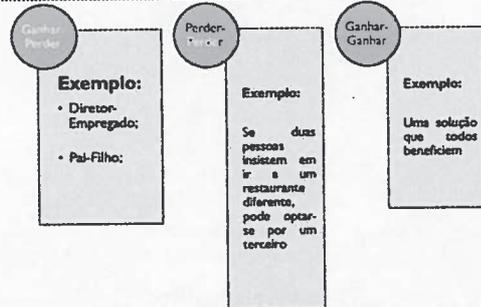


- ### 1. Evitar
- ▶ Abandonar as situações de conflito
 - ▶ Refugiar-se no trabalho ou em outra tarefa
 - ▶ Mudar de assunto, sempre que o conflito é focado

2. Desativar

- ▶ Uma pessoa das pessoas implicadas no conflito decide parar ou suspender o conflito para que as coisas acalmem
- ▶ As pessoas tendem a encontrar alguns acordos nos pontos menores do conflito
- ▶ Evitam os problemas do conflito para obter mais informações e ter uma oportunidade de ver a situação numa outra perspectiva

3. Enfrentar o conflito



Consequências dos conflitos

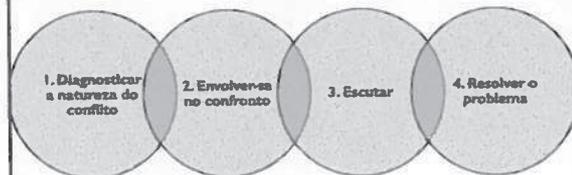
Positivas

- ▶ Rompe o equilíbrio da rotina
- ▶ Desafio à acomodação de ideias
- ▶ Estimula solução de forma criativa

Negativas

- ▶ Quando não se procuram soluções
- ▶ Há interferências na relações
- ▶ Não permite harmonia dos objetivos do grupo

Habilidades para resolução de um conflito



Diagnosticar a natureza do conflito

- ▶ É preciso determinar:
 - ▶ Se o problema nos afeta e se tem consequências pessoais
 - ▶ Quais as causas do conflito
 - ▶ Perceber se a outra parte envolvida no conflito é capaz de estabelecer uma relação de negociação

Envolver-se no confronto

- ▶ Deve haver disponibilidade de parte a parte e vontade de se empenharem na resolução do problema/conflito.
- ▶ O problema que está na origem do conflito deve ser abordado e clarificado pelas partes envolvidas
- ▶ Nesta fase, é fundamental que cada uma das partes:
 - ▶ Diga, concretamente, o que a outra fez e em que medida isso o afetou
 - ▶ Diga o que gostaria que a outra pessoa fizesse

Escutar

- ▶ Ouvir mutuamente
- ▶ Escutar implica que prestemos atenção ao conteúdo da mensagem, mas também aos sentimentos e emoções
- ▶ Escutar é uma habilidade fundamental para negociar

Resolver o problema

- ▶ Todas as conclusões devem ser ponderadas e consideradas
- ▶ As pessoas devem sentir-se livres para expressar as suas opiniões
- ▶ Apresentar argumentos para cada possível solução
- ▶ Devem encorajar a compreensão de todas as críticas e dúvidas sugeridas para cada solução

Técnicas para resolução de divergências

- Escute até ao fim a ideia do seu interlocutor
- Mostre atenção na sua mensagem
- Não interrompa
- Faça perguntas para que o seu interlocutor clarifique o pensamento e os argumentos
- Esteja atento às suas expressões faciais
- Diga com frequência "eu compreendo"
- Conquiste o direito a ser ouvido
- Fale de forma serena e calma
- Não imponha as suas ideias, mas proponha-as
- Revele empatia e disponibilidade para chegar a uma solução de consenso

BÁSICO NAS RELAÇÕES

ALGUMAS DICAS!



Empatia

Tenha a capacidade de se colocar no lugar do outro



Aceite o outro

Relacionar-se é olhar para o outro

Evite julgamentos para que o outro não reaja de forma defensiva, desconsiderando o que fale



Bom Humor

Qualidade fundamental para manter um bom relacionamento nos diferentes contextos



Auto conhecimento

Desenvolva os seus pontos fracos e aprimore os fortes

Descubra-se!




Comunicação

O homem é um ser social e depende da interação com os seus semelhantes

É fundamental haver feedbacks para facilitar o processo de mudança das pessoas

Em suma,

- ▶ O indivíduo é o resultado do encontro e das interações que estabelece ao longo da vida
- ▶ Gerir essa relação é um desafio permanente
 - ▶ Conhecer-se
 - ▶ Conhecer os outros
 - ▶ Desenvolver as suas competências.
 - Pessoais
 - Sociais
 - Interativas
- ▶ Compreender a importância do indivíduo na interação
 - ▶ Como o seu êxito ou o fracasso depende do modo como comunicam e agem nessa relação



Obrigada pela vossa atenção!



Bibliografia

- ▶ Fachada, O. (2012). Psicologia das relações interpessoais. Edições sílabo.
- ▶ Prette, A., Prette, Z. (2001). Psicologia das relações iterpessoais. Petrópolis

Registo diário do humor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nenhum

Data	Ansiiedade	Depressão	Preocupação média com o pânico
20-04-2014	5	0	3
21-04-2014	0	0	0
22-04-2014	10	10	5
23-04-2014	10	10	5
24-04-2014	10	10	5
25-04-2014	10	10	5
26-04-2014	10	10	5
27-04-2014	10	10	5
28-04-2014	10	10	5
29-04-2014	10	10	5
30-04-2014	10	10	5
01-05-2014	10	10	5
02-05-2014	10	10	5
03-05-2014	10	10	5
04-05-2014	10	3	5
05-05-2014	10	10	5
06-05-2014	10	10	5
07-05-2014	10	10	5
08-05-2014	10	10	10

Registro

Data: ___/___/___

Hora de início: ___:___

Desencadeantes: _____

Esperado: _____ Inesperado _____

Medo máximo

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Assinale com um X todos os sintomas que estiveram presentes, mesmo num nível leve:

Dor ou desconforto no peito _____

Coração acelerado /palpitações _____

Falta de ar _____

Agitação/tremor _____

Dormência/formiguelo _____

Sentimento de choque _____

Medo de perder o controle/enlouquecer _____

Suor _____

Náuseas _____

Tonturas/desequilíbrio/vertigem/desmaio _____

Arrepios _____

Sentimentos de irrealidade _____

Medo de morrer _____

Pensamentos: _____

Comportamentos: _____

SIGA O SEU CORAÇÃO



Andrew Matthews

As coisas podem estar mesmo à frente do seu nariz...

Chegamos a certa altura na vida em que estamos prontos para receber novas informações. Até que surge uma coisa. Há coisas que podem estar mesmo à frente do nosso nariz e não nos damos conta.

É que muitas vezes não vemos a verdade.

Estou grávida!



Lições

As lições são aquelas que aprendemos com a vida. São aquelas que nos ensinam a lidar com as dificuldades. Cada situação que vivemos nos ensina algo. Não importa se é bom ou ruim, o importante é aprender com ela. Não se trata de não sofrer, mas de não se deixar levar pelo sofrimento. Quando enfrentamos uma situação difícil, devemos lembrar que ela é apenas uma lição. Não se trata de não sofrer, mas de não se deixar levar pelo sofrimento. Quando enfrentamos uma situação difícil, devemos lembrar que ela é apenas uma lição.



Lições que recebemos

Todos nós somos uma causa. Os nossos pensamentos atraem e criam circunstâncias. Quando mudamos, atraímos circunstâncias diferentes. Até aprendermos uma lição sobre dívidas, sobre o trabalho ou sobre os amores, nós (a) ficamos presos nesta mesma lição ou (b) estamos sempre a receber a mesma lição mas de maneiras diferentes.

A vida funciona assim. Vai-nos atirando umas pedrinhas para nos avisar. Quando ignoramos as pedrinhas, somos atingidos por um tijolo. Se ignorarmos o tijolo, somos esmagados por um enorme pedregulho. Se formos honestos, sabemos ver onde ignorámos os sinais de alerta. E depois ainda temos a lata de dizer: "porquê eu?".





Uma das coisas que entra no currículo do professor. Mesmo que o diga, os alunos ensinam porque lhe sabem mais do que os seus limites. Lá por aí, não são os nossos professores, mas os nossos alunos, que nos ensinam a gostar de ensinar.

Viver e aprender

Ensinar lições aos outros

Se as pessoas não perguntam, é porque, neste geral, não querem a solução!



Causa e efeito

Se sempre houverem causas, podemos fazer uma lista de quem tudo o que já nos acontece, e ver como aplicamos a regra desta lista. Não se pressupõe a lei do universo, mas a lei do mundo em que vivemos, seja a lei da causa e efeito em si, ou na maneira dela - nos relacionamentos, nos seus efeitos e nas suas desculpas. Vai conseguir uma maior paz de espírito.



O universo recompensa o esforço, não as desculpas.

Uma coisa leva a outra

Contra o pai, D.P. é um menino que tem a sua frente a oportunidade criada a ele em seu encontro. Chama-se encontrar uma resposta. Chama-se "Uma coisa leva a outra."



Adapte-se !

As pessoas felizes não se limitam a aceitar a mudança, abrem-lhe os braços. São elas que dizem: **"Por que haveria de querer que os meus próximos cinco anos sejam iguais aos últimos cinco?"**

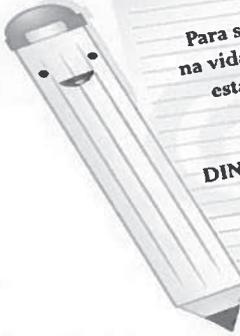


Pergunte-se: "o que faria eu se não tivesse uma história?"



Para se ter alguma coisa na vida e mantê-la, há que estar confortável em relação a ela.

PARA GANHAR DINHEIRO E MANTÊ-LO, TEM DE ESTAR CONFORTÁVEL EM RELAÇÃO AO DINHEIRO!



Desfrute daquilo que tem

A prosperidade não é necessariamente
material. Também é estado de vida.



Não é o que lhe acontece, é a forma como encara

COMO "DESASTRO" NA
SUA VIDA NÃO É TANTO
UM DESASTRO, É MAIS
UMA SITUAÇÃO A
ESPERA QUE ABIDE DE
DORAS ALGUMA DELA.
Você diz: "Mas isto aplica-
se a MUITA dorça, as
MÚLTIPAS coisas e ao MEU
marido bebendo..." pode ser
que não.



Desapego versus desinteresse

Nun nível mental e físico, estamos
a lidar com leis naturais. A natureza
não compreende o desespero! A
natureza procura o equilíbrio e
você não consegue estar
desesperado e equilibrado. A vida
não tem de ser uma luta contínua.
Deixa que as coisas fluam. Isto não
é indiferença; e não forçar as coisas.

Pode dizer: " Não compreendo
como tudo isto funciona!" também
não tem de compreender a
gravidade. O nosso desafio é saber
funcionar com os princípios - não
precisamos de os compreender.



A dádiva

O tropeço da dádiva é dar sem esperar nada em troca. Se esperar algo em troca, está a
apagar-se a um resultado - e quando você se apega, ocorre as coisas acontecerem. E será
que deve desfrutar as suas coisas materiais? Claro! A única coisa que tem de garantir é
que é dono delas e que elas não são donas de si.



Porquê pensar positivo?

O Frank dice: "Pensar assim porque a minha vida é só um jogo". Não, Frank, a tua vida não tem um jogador, tu és o jogo.



O pensamento colhe resultados

Se transformas a tua vida numa campanha contra as tuas ideias ruins, porque não as expandes? De cada vez, sobre aquilo que está a fazer.



Para quem trabalha?

Não é porque pensas de impetuosidade as pessoas que desrespeitam as tuas ideias. Deves dar a tua melhor performance e a única forma de destruir a tua empresa.



Como é que descubro a minha paixão?

Minha paixão não sabe o que quer e não se pode fazer, porque não consegue obter. Se não quiser e naturalmente o que quer, descobre uma resposta apropriada e começa por aí.



Faça uso do seu tempo livre

Se quiser viver levando ajuda que é vital é possível que a sua participação seja uma fonte de crescimento. Não tem mais tempo de lazer limitado por mais pessoas.



“Aceito!”

A alegria está em fazer o que se gosta e em fazer um trabalho prático e útil para os outros. Não há mais tempo limitado de lazer.



E se as pessoas fizessem o que gostam?

FAZER O QUE SE GOSTA SÃO LÍDBI RECETA PARA UMA VIDA MAIS FACIL E UMA RECETA PARA UMA VIDA INTERESSANTE E POSSIVEL QUE ACABE POR ASSUMIR MAIS RESPONSABILIDADE E TER MAIS PROBLEMAS



Paixão

ESTEJA ONDE ESTIVER, VOCÊ NÃO ESTÁ PRIMO AO CHÃO, VOCÊ É UM SER HUMANO, NÃO UMA ÁRVORE!



E se o seu sonho for impossível?

Erros sempre ocorrem. Se não estiver a fazer alguma coisa é porque está a cuidar a sua energia mesmo não. A questão não é "por que razão é impossível". A questão é "o que não está disposto a fazer".
 "Quando você diz: " não fazer isto. Não me interessa como difícil vai ser", então a vida começa a apoiá-lo.



Comece!

Quando faz nada não se faz nada, não se pensa nada. É a ação que o entusiasma e a ação revela a oportunidade. Ative-se!



Coragem

A coragem não é ausência de medo - a coragem é a capacidade de agir não obstante o medo. As pessoas que não fazem nada das suas vidas estão tão atarracadas como as pessoas que correm três maratonias. A questão é que o primeiro grupo se atarraca à mesma coisa. Por que não existem outros algo diferentes?



Experimentar coisas novas

Pergunte "Qual é a pior coisa que pode acontecer?" não é uma abordagem negativa. É uma forma de lidar à sua coragem. Separe os seus medos vagos em possibilidades específicas de medo, a que fazem alguma coisa se tornar mais difíceis.



No desporto e na vida tem de se concentrar naquilo que quer

Todas as crianças devem ter a oportunidade de praticar um desporto. São pelas crianças que podem ganhar mais coisas importantes; não se trata de onde se começa, mas sim como se acaba.



Por que não você?

Ninguém nasce com asas e eu não sou especial para ser. Bem sucedido. Isso não deve de uma invenção do "Apresente sua ideia" no dia "Você pode" no "Você não pode". VOCÊ SIMPLEMENTE É UM SER HUMANO!



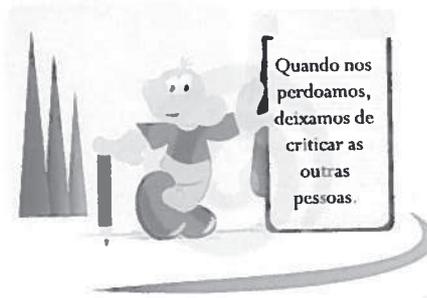
Quando o aluno está preparado ...

AMBI QUE TOMAMOS A DECISÃO DE FAZER UMA COISA, OS MEUS APARTEI. Podemos ser Oportunista, mas, observando como os melhores prepararam que adotamos os procedimentos.



O que significa amar-me?

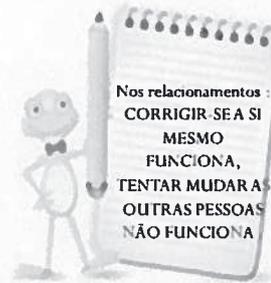
Quando nos perdoamos, deixamos de criticar as outras pessoas.



dreamstime.com

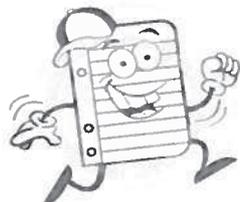
O que significa "amar o próximo"?

Como é que se ama as pessoas? Não substitui a palavra "aceitação". Aceitação total é amor incondicional.



O mundo não tem de mudar

Para melhorar a sua vida: CORRIGIR-SE A SI MESMO
FUNCIONA, MUDAR O MUNDO NÃO FUNCIONA.





QUANDO SE LUTA COM A VIDA, É SEMPRE A VIDA QUE GANHA.

Se quiser mais paz de espírito, deixe de rotular tudo o que acontece como "bom" e "mau".

SORTE 

- Podemos passar a vida a racionalizar tudo
"Isto é bom, isto é mau..."

↓

Rotulamos os acontecimentos de "desastre" quando vemos apenas 1% do todo

- Enquanto acreditar que tudo vai correr mal, as coisas continuaram a correr mal

Mude o seu ponto de vista e tudo mudará

PENSAMENTOS 

- Temos duas formas de olhar o mundo:
 - o mundo está numa confusão
 - o mundo está bem como está

O MUNDO ESTÁ UMA CONFUSÃO

- Há um enorme dispêndio de energia quando:
 - tentamos encontrar defeitos em tudo
 - ou
 - quando agonizamos

Se queremos fazer a diferença é agindo mas, não agonizando

O MUNDO ESTÁ BEM COMO ESTÁ

- o A opção alternativa é aceitar o mundo como ele é
- o Trabalhar no sentido de fazer do nosso lugar o melhor, mais pacífico

É possível aceitar o mundo tal como está e aceitar a responsabilidade de melhorar as coisas

SE NÃO FOSSE ISSO, SERIA FELIZ!

- o Temos um "hierarquia de preocupações" e as coisas mais importantes são alvo de maior preocupação
- o **Exemplo:** Enquanto temos a perna partida não nos preocupamos com a dor de cabeça



"Nós descobrimos coisas com que nos preocupar"

ENTÃO COMO FICAMOS MENOS IRRITADOS

- o Reconhecendo que o nosso stress é causado pelas regras que existem na nossa cabeça

↓

Assim que tornarmos as regras menos rígidas ou deixemos de as ter

↓

Já não ficaremos irritados quando o mundo real ignorar as nossas regras

PORQUE HEI-DE APRENDER A CONTROLAR OS MEUS PENSAMENTOS?

- o Por duas razões:
 - o não podemos controlar o ambiente, tempo, opiniões das outras pessoas sobre si
 - o tudo o que é exterior não nos faz feliz!

Lembre-se de um incidente na última semana que o tenha perturbado

- o não são os incidentes que nos perturbam são os pensamentos acerca dele

NÓS PODEMOS MUDAR OS NOSSOS PENSAMENTOS

PAZ DE ESPÍRITO

o Por que hei-de querer paz?

- Paz é equilíbrio
 - o No Karaté aprende-se que o poder depende do equilíbrio e de uma mente tranquila

O equilíbrio ou a paz de espírito e a sua fonte de poder

Em paz significa ver o todo e não se deixar distrair com promenores

COMO CONSIGO PAZ DE ESPÍRITO?

o É uma questão de atitude

o É uma questão de desenvolver o hábito diário de relaxar a mente

- Todas as pessoas que possuem paz de espírito têm uma disciplina diária para manter o equilíbrio

• POR EXEMPLO: REZAM, MEDITAM, FAZEM



CADA UMA ENCONTRA O SEU SANTUÁRIO E O SEU SILÊNCIO

ESTUDO

- o Ao fim de semana os participantes eram ensinados a relaxar o corpo e a mente
- o Verificou-se mudanças nas pessoas que aprenderam a relaxar verdadeiramente
- o Os participantes referiam:
 - "as minhas dores de cabeça desapareceram"
 - "as dores nas costas desapareceram"
 - "o meu negócio prosperou"
 - "os meus filhos são mais felizes"
 - "o meu marido está a portar-se bem"
 - "o meu golfe melhorou"

Em termos gerais não tinham "feito" nada

Simplemente se deixaram ir

ESTAR ATENTO

o A maioria das pessoas já descobriu quão difícil é viver no presente



- o É como andar na corda bamba (provável que caia)

• COM A PRÁTICA CONSEGUIRÁ MANTER CADA VEZ MAIS O EQUILÍBRIO

DUAS ESTRATÉGIAS PARA MANTER A MENTE NO PRESENTE

o Despenda o tempo que for necessário que for necessário para fazer tudo o que faz

o Recuse viver a vida à pressa



o Pratique "atenção canina"

o Quando praticamos "atenção canina" reparamos que a nossa mente está noutra lugar



DIGA: TENHO TEMPO DE SOBRA



EXEMPLO:

o Tente comer uma refeição, saboreando cada grafada



Gradualmente vamos melhorando



RELAXAR PARA QUÊ?



o Terá benefícios a longo prazo

o Se praticar relaxamento profundo durante muito tempo vai reparar que a qualidade da sua experiência serena será filtrada para o quotidiano

o Tornar-se-á mais relaxado e mais intuitivo

o Quando acalmamos o que se passa no exterior ouvimos o interior

ESTUDOS

o Descansar a mente é bom para a saúde

• Estudaram 27 residentes em lares de 3ª idade

o Os indivíduos foram divididos em dois grupos:

- sujeitos a meditação diária
- não tiveram qualquer tipo de tratamento

• Após 4 anos:

- o Um quarto do grupo sem tratamento tinha morrido
- o Todos aqueles que praticavam meditação estavam vivos

ESTUDOS

- o Em 1978, Robert Keith Wallace realizou um estudo sobre meditadores e avaliou a idade biológica segundo três indicadores – pressão sanguínea, audição e visão ao perto
- o Verificou que:
 - os indivíduos que meditavam há 5 anos ou menos eram, em média, 5 anos mais novos biologicamente
 - os indivíduos que meditavam há mais de 5 anos eram, em média, 12 anos mais novos biologicamente

DICAS PARA RELAXAR/ MEDITAR

- o A terapia é um acontecimento diário
 - o Fazer todos os dias
 - o À mesma hora (de manhã)
 - o Faça-a sentado
 - o Se não tem tempo para relaxar, relaxe na mesma!
 - o 20 minutos todos os dias para melhorar a sua eficiência
- O relaxamento dá-nos uma sensação de bem-estar, mas também outros benefícios**

E QUANDO AS PESSOAS SÃO HORRÍVEIS

- o Quando tiver uma discussão, problemas graves...
 - o afaste-se
 - o sente-se calmamente sozinho
 - o relaxe
 - o sinta e aceite-os
 - o projete o seu amor neles da forma significativa que lhe apetece
 - o não tente racionalizar a técnica → *penha-a em prática*

DÊ UM DESCONTO A SI MESMO!

- o Compensa ser seletivo acerca dos lugares onde levamos o nosso corpo
- o A saúde e os sentimentos são afetados pelas energias subtis do ambiente à nossa volta
- o Exemplo:

Quando os níveis de energia estão em cima, resistimos à doença e aos maus humores das outras pessoas

caso contrário,

Atrai depressão e doença

ARRANJE ESPAÇO

- o Em muitas culturas há a tradição e o respeito pelo tempo que se passa sozinho
- o Os grandes mestres, como cristo, buda encontraram inspiração na solidão

Todos precisamos de um lugar sagrado sem telefone, relógios, contas



Temos de encontrar o nosso espaço de contemplação e criação

O TODO

- o “ Quando tentamos escolher qualquer coisa isolada , descobrimos que está ligada a tudo o resto no universo” John Muir
- o Devemos olhar as coisas como um todo
- o Quando partimos as coisas perdemos o essencial



GRATIDÃO E PAZ DE ESPÍRITO

- o De cada vez que nos sentirmos gratos por algo, ficamos mais em paz
- o De cada vez que dizemos “obrigado”, estamos a afirmar: “Aceito o que tenho e onde estou. Estou a aprender o que preciso de aprender”

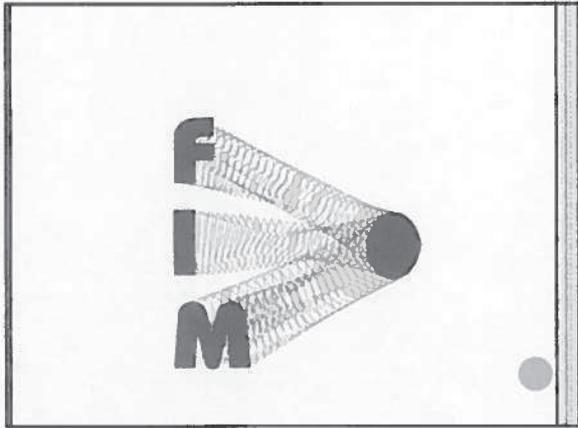
A paz de espírito advém da concentração naquilo que se tem, não naquilo que falta

Quando aceitar a sua vida, verá como tudo nela lhe serve

E DEPOIS?

- o Parece razoável presumir que quaisquer qualidades ou talentos que desenvolva nesta vida poderá levar consigo
- o Como tal, a nossa melhor aposta é desenvolvermo-nos ao máximo aqui e agora

Seja o que for que a eternidade me reserve, o meu objetivo atual é fazer com que a minha vida resulte aqui e agora





CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

DOENÇA DE PARKINSON

Esclarecimento de Dúvidas

O que é a doença de Parkinson? 

- ▶ É uma doença neurológica
- ▶ Atinge principalmente o modo como a pessoa efetua os movimentos e a capacidade de se mover
- ▶ Resulta da degenerescência de um grupo de células de uma zona profunda do cérebro chamada substância negra
- ▶ Devido a este tipo de manifestações, inclui-se no grupo das denominadas doenças do movimento

Diferença entre doença de Parkinson e de Alzheimer?

- ▶ São ambas doenças neurológicas degenerativas
- ▶ As causas e alterações cerebrais são muito distintas

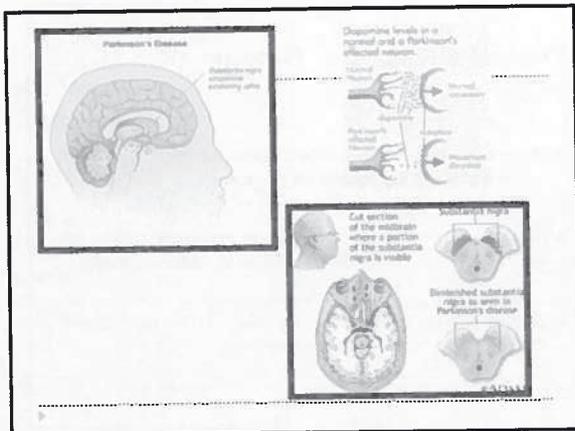
<u>Doença de Parkinson</u>	<u>Doença de Alzheimer</u>
Doença que afeta os movimentos	Doença que afeta a capacidade intelectual

Causa da doença de Parkinson

- ▶ A doença é devida a níveis anormalmente baixos de uma substância química essencial para o controlo dos movimentos → **Dopamina**

↓

A redução da dopamina no cérebro resulta da deterioração de células de um núcleo profundo do cérebro de cuja atividade normal resulta o controlo dos movimentos (substância negra)



Por que se chama doença de Parkinson

- ▶ O nome da doença deriva do médico inglês que a descreveu pela primeira vez
- ▶ Embora na altura tenha sido dada pouca importância ao seu trabalho, o fato é que resultou da sua descrição o reconhecimento da doença

Definição:

"Tremor involuntário, com menos força muscular, em partes do corpo não em ação e mesmo em repouso; com tendência para inclinar tronco para diante e para passos rápidos, não sendo os sentidos e o intelecto afetados"



Epidemiologia

- ▶ Calcula-se que a doença tinha entre 100 e 300 pessoas por cada 100 000 habitantes
- ▶ Estima-se que em Portugal existam 15000 a 20000 pessoas atingidas pela doença
- ▶ Predomina na raça caucasiana
- ▶ Ligeiramente mais prevalente nos homens
- ▶ Incomum abaixo dos 50 anos (5%)
- ▶ Muito rara abaixo dos 20 anos
- ▶ Habitualmente entre os 60 e 70 anos



Esclarecimentos



- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ É a doença de Parkinson hereditária? ▶ Não, exceto nas formas precoces (início antes dos 40 anos) ▶ Ter um familiar com a doença parece não aumentar o risco de vir a tê-la ▶ Não existem evidências de que os filhos de um doente tenham risco aumentado de vir a sofrer da mesma | <ul style="list-style-type: none"> ▶ É a doença de Parkinson uma doença de velhos? ▶ Não, embora a frequência aumente com a idade |
|--|--|

Esclarecimentos

- ▶ **É o envelhecimento normal suficiente para provocar doença de Parkinson?**
- ▶ **Há algum modo de prevenir a doença de Parkinson?**

▶ Não. No envelhecimento normal também existe redução da dopamina, mas de modo menos marcado

▶ Não. Não se conhecem formas de prevenir, nomeadamente porque são desconhecidos fatores de risco para além da idade

Sintomas iniciais

- ▶ "Fraqueza"; "cansaço fácil" (força normal)
- ▶ Perda de velocidade e destreza
- ▶ Geralmente início unilateral (tremor de repouso)
- ▶ Micrografia
- ▶ Hipofonia
- ▶ Hipomímia (fícles de cera; do pestanejo)
- ▶ Dificuldades na vida diária (não cognitivas)
- ▶ Sialorreia noturna
- ▶ Depressão/ansiedade

Posteriormente

- ▶ Alterações da postura
- ▶ Alterações do equilíbrio
- ▶ Perturbações da marcha



Sintomas primários

- ▶ Tremor de repouso (início unilateral e nas mãos)
- ▶ "Tremor interior" (não observável)
- ▶ Rigidez plástica (em cano de chumbo)
- ▶ Bradicinesia (Lentidão anormal dos movimentos voluntários)
- ▶ Marcha alterada (festinação, propulsão, "freezing", do balanceio dos braços)
- ▶ Perturbações do equilíbrio
- ▶ Alterações da postura (atitude simiesca)

Sintomas secundários

- ▶ Hipofosfemia, patálica (repetição involuntária de uma ou mais palavras, parâmetros acedidos de profeta)
- ▶ Fadiga excessiva
- ▶ Sonolência
- ▶ Diarreias e seborreias
- ▶ Obstrução
- ▶ Perda de peso
- ▶ Perturbações urinárias (→ frequência, urgência)
- ▶ Distensão sexual (Ridder; disfunção erétil)
- ▶ Dores difusas ou localizadas
- ▶ Deseios
- ▶ Subversões abundantes

Esclarecimentos



- ▶ São os sintomas da doença constantes?
- ▶ Reação negativa ao diagnóstico de Parkinson é normal?

- ▶ Não.
- ▶ São conhecidas flutuações na intensidade dos sintomas, que frequentemente ocorrem com o evoluir da doença (momentos de boa/má mobilidade)
- ▶ Estes períodos poderão ser relacionados com a toma da medicação
- ▶ O nome de doença de Parkinson está associado a velhice e invalidez
- ▶ É frequente a depressão inicial e ocultação da situação
- ▶ Para ultrapassar esta fase basta o esclarecimento adequado sobre a doença

Esclarecimentos



- ▶ O aparecimento de tremor significa doença de Parkinson?
- ▶ É possível sofrer de doença de Parkinson e não ter tremor?

- ▶ Não. Existem múltiplas causas de tremores
- ▶ O tremor na doença de Parkinson surge em repouso e inicialmente não afeta a capacidade de realizar diferentes movimentos do dia a dia
- ▶ Sim. O tremor está ausente pelo menos em 1/4 dos doentes no momento do diagnóstico
- ▶ Há casos que nunca chegam a ter tremor e outros em que esta identificação de movimentos precede o aparecimento de tremor

Esclarecimentos



- ▶ É o Sistema Nervoso atingido pela doença?
- ▶ As crises intensas de ansiedade surgem nomeadamente nas fases de maior agravamento dos sintomas, associadas ao medo de não recuperar?

- ▶ Embora as manifestações mais evocantes sejam as motoras muitas vezes existe a associação com quebras psicológicas (ansiedade/ depressão)
- ▶ É comum surgirem dificuldades depressivas pois:
 - a doença altera a perceção da qualidade da vida
 - a sua auto-estima recai
 - aumenta o sentimento de ser incapaz e dependente da família
- ▶ A vergonha da doença e de se expor em público conduz ao isolamento do doente
- ▶ Crises em círculo vicioso em que a depressão conduz ao isolamento, este agrava a depressão e assim sucessivamente
- ▶ Apesar da medicação que poderá ser fornecida é essencial que o doente colabore não se isolando e esforçando-se para manter uma atitude positiva

Esclarecimentos

▶ É a marcha atingida?

- ▶ Sim. A marcha é particularmente atingida
- ▶ No início da doença existe lentidão de movimentos e rigidez que tornam os passos mais curtos e a sequência mais lenta
- ▶ Posteriormente iniciar a marcha é mais difícil. A marcha desenvolve-se com pequenos passos, por vezes até acelerados

▶ Pode a fala ficar diferente?

- ▶ Sim, embora nas fases mais avançadas da doença
- ▶ A fala pode tornar-se mais lenta, monótona e com baixo volume

Esclarecimentos

▶ Reduz-se a capacidade intelectual?

- ▶ É rara na fase inicial, podendo vir a instalar-se nas fases mais avançadas

▶ Pode a doença de Parkinson provocar dores?

- ▶ Sim.
- ▶ A falta de movimentos e a postura fixa com rigidez articular podem ser causas de algumas dores com origem muscular e articular

Esclarecimentos

▶ Pode o equilíbrio ser afetado?

- ▶ Sim
- ▶ A doença para além de afetar a marcha pode também provocar desequilíbrio
- ▶ Estes associados ao tomarem ao pé-se ce pt, são responsáveis por maior número de quedas

▶ Que outros sintomas podem surgir no decurso da doença?

- ▶ Perda de olfato (muitas vezes um sintoma inicial)
- ▶ Perturbações do sono
- ▶ Dores musculares
- ▶ Fadiga
- ▶ Sintomas de desregulação autonómica:
 - ▶ constipação ao levantar-se
 - ▶ enrijecimento após a refeição
 - ▶ obstipação
 - ▶ alterações urinárias
 - ▶ disfunção sexual
 - ▶ aumento do suor
 - ▶ seborréia e salvação excessiva
 - ▶ flutuação das expressões da face
 - ▶ redução da memória (rariss)

O diagnóstico da doença

▶ O diagnóstico é baseado na história da doença e no exame neurológico

- ▶ O diagnóstico não é fácil
- ▶ Na fase inicial da doença o diagnóstico é muitas vezes difícil
- ▶ Os sintomas iniciais são inespecíficos
- ▶ Os movimentos num membro de um lado do corpo tornam-se mais lentos, passando o doente a ter dificuldades em realizar algumas tarefas
- ▶ Um dos lados deixa de acompanhar o outro e pode ou não surgir tremor
- ▶ O agravamento dos sintomas com o atingimento do outro lado é lento

Tratamento da doença

- ▶ A medicação é escolhida conforme os sintomas predominantes e os efeitos indesejáveis que provoca
- ▶ Um doente pode responder muito bem a um determinado medicamento, que noutro doente não produz o mesmo efeito
- ▶ O tratamento médico tenta combater o défice de dopamina fornecendo-a artificialmente ou melhorando a utilização e impedindo a degradação da existente
- ▶ A Levodopa (L-dopa) é o melhor fármaco para controlar os sintomas da doença

Viver com a doença

- ▶ **A Fisioterapia pode:**
 - ▶ Aliviar os sintomas derivados da rigidez e do imobilismo e assim aumentar a independência e melhorar a qualidade de vida
 - ▶ Melhorar o equilíbrio, a coordenação, a sensação de fadiga muscular, as dores e a fraqueza muscular
- ▶ **Orientar a vida familiar e social**
 - ▶ Manter os contactos e o convívio com a família e amigos, sendo um modo de evitar o isolamento e a solidão
- ▶ **Profissão**
 - ▶ Manter-se ativo e a exercer enquanto for possível
 - ▶ Em algumas profissões pode ser útil, em determinados momentos da evolução da doença, adaptar a actividade às limitações existentes

Viver com a doença

- ▶ **Exercício físico**
 - ▶ É fundamental por diversos motivos:
 - quebra o isolamento e obriga-o a contactar com outras pessoas
 - ajuda a manter uma boa condição física em geral
 - melhora o equilíbrio e a marcha
 - ▶ São exercícios aconselhados:
 - a marcha
 - natação
 - bicicleta
 - técnicas de relaxamento
 - ▶ É essencial que seja adaptado às limitações que a doença vai provocando
 - ▶ As "classes de parkinsónicos"

Viver com a doença

- ▶ **Condução**
 - ▶ Manter a condução para algumas pessoas é essencial
 - ▶ Alguns conseguem esta tarefa com sucesso e com ajuda das mudanças automáticas no automóvel
 - ▶ Os "ataques de sono" podem ser uma contra-indicação para continuar a conduzir
- ▶ **Alimentação**
 - ▶ A doença provoca uma série de fatores que geram falta de apetite e consequentemente malnutrição e perda de peso
 - ▶ É importante uma dieta variada e a gosto,
 - ▶ É útil incluir um reforço da fruta e vegetais para contrariar a obstipação
 - ▶ A interferência conhecida é a dos alimentos ricos em proteínas (carne, queijos) com a dopamina, pelo que devem ser ajustadas as ingestões destas

Viver com a doença

- ▶ **A terapia da fala**
 - ▶ Pode ajudar a reduzir o impacto das modificações da fala
- ▶ **Outros conselhos**
 - ▶ coloque as suas dúvidas ao seu médico
 - ▶ obtenha informação sobre a doença
 - ▶ não se isole
 - ▶ faça algum exercício diariamente
 - ▶ faça períodos de repouso
 - ▶ faça coisas que gosta
 - ▶ simplifique a sua atividade diária
 - ▶ aprenda a lidar com o stress , organizando uma rotina calma
 - ▶ modifique tapetes, mobiliário de modo a ser-lhe mais fácil movimentar
 - ▶ modifique a casa de banho de modo a reduzir o risco de quedas

Sobre a cirurgia

- ▶ É uma opção quando os medicamentos não conseguem um bom controlo da doença ou quando provocam efeitos laterais incontroláveis
- ▶ A cirurgia não trava a progressão da doença
- ▶ A estimulação cerebral profunda consegue o controlo dos sintomas
- ▶ Não são muitos os doentes com indicação para cirurgia



FIM



Bibliografia

- ▶ Vaz, R. (2011). Guias de Saúde Parkinson. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

O SONO NA ADOLESCÊNCIA

21 de Março 2014



Dr^a J. Dulce Sousa
Centro Hospitalar São João _ Pólo Porto- Valongo

O sono é ...



- Atividade necessária e insubstituível
- Único mecanismo que o nosso cérebro dispõe para se restaurar
- Período ativo em que se produzem:
 - alterações hormonais
 - bioquímicas
 - metabólicas
 - temperatura corporal

O sono é ...



- Fundamental na vida de todos nós
- Uma necessidade fisiológica
- Regenerador
- Responsável pelo nosso equilíbrio físico e emocional
 - Engloba vários graus de profundidade
- Quanto maior for o “débito de sono” maiores serão as consequências negativas

Como se processa o sono?

- Os seres humanos têm um relógio biológico interno de 24 horas

↓

chamado ritmo circadiano

↓

- Período sobre o qual se baseia todo o ciclo biológico do corpo humano, influenciado pela luz solar
- Este relógio está sincronizado com o ciclo dia-noite em que vivemos

Uma má qualidade de sono pode levar:

- Aumento do índice de massa corporal
- Desenvolvimento de obesidade e diabetes
- Diminuição do sistema imunitário
- Aumento de doenças respiratórias ou alérgicas
- Doenças cardiovasculares
- Aumento da sensação de estados afetivos negativos (stress, ansiedade, depressão)
- Menor concentração
- Lapsos de memória e conseqüentemente pior rendimento académico e profissional
- Aumento do risco de acidentes de trabalho ou viação



Porque é que o sono é importante?

- Uma boa noite de sono é essencial para que se sintam bem dispostos e ativos
- O sono possibilita o repouso, a reorganização e o rejuvenescimento do corpo e do cérebro
- O sono está diretamente relacionado com o nível de produtividade
- O sono é essencial para que o seu corpo e mente se sintam bem



Porque é que o sono é importante?

- Diminui a fadiga e as tensões do dia
- A hormona do crescimento sintetiza-se durante a noite
- O cérebro seleciona e reorganiza a informação útil
- Melhora o nosso humor
- A pele regenera-se



Adolescência

- A adolescência pode ser definida como uma fase de transição
- O número de fatores ambientais que intervêm no processo de crescimento é grande, incluindo nutrição e qualidade de sono saudável
- Pesquisas evidenciam que os adolescentes são vulneráveis a dificuldades de sono
- À medida que se desenvolve e começa a relacionar-se com o meio de forma mais independente, ocorrem mudanças na sua rotina e nas relações interpessoais



Adolescência



- A nova rotina é excitante, produz momentos de incerteza e ansiedade, que contribuem para alterações emocionais dificultando o relaxamento no momento de dormir
- É também frequente o aumento da carga de trabalho escolar com a idade
- O deslocamento do sono para horários mais tardios está vinculado às alterações orgânicas
- As modificações hormonais que acontecem durante a maturação física, influenciam os relógios biológicos

Desenvolvimento do Adolescente e o sono

- Durante este tempo de crescimento e mudança, os jovens:
 - sofrem mudanças físicas (o desenvolvimento físico depende da hormona de crescimento)
 - sofrem mudanças no desenvolvimento cognitivo (resolução de problemas de raciocínio abstrato)
 - começam a desenvolver e a entender o mundo de forma diferente (detacando o abstrato)
 - alterações hormonais
 - alterações maturacionais do desenvolvimento físico
 - alterações psicoemocionais
 - mudanças no ritmo circadiano do ciclo sono-vigília
- ↓
- desencianado por atraso de fase de preparação ao sono ao qual há uma tendência a hábitos de sono mais tardios



Padrões de sono no adolescente e sonolência diurna

- Estudos indicam que:
 - os fatores que levam à perda de sono são biológicos e sociais
 - estudantes de idades entre os 10 a 17 anos revelam que a hora de deitar é cada vez mais tarde quer durante a semana, quer ao fim de semana
 - na adolescência os horários de início das aulas é mais cedo
 - os adolescentes dormem menos horas e existem alterações nos horários de sono durante a semana
 - crianças mais novas dormem em média 9 horas e 20 minutos e acordam espontaneamente. À medida que a idade avança até à adolescência as horas de sono mantem-se mas, não acordam espontaneamente
 - adolescentes mais velhos esforçam-se para se manterem acordados durante o dia (com a média 9 horas e 20 minutos de sono)



Padrões de sono no adolescente e sonolência diurna

- Na adolescência o sono pode ser inconstante, ocorrendo de forma desregulada devido:
 - Ao uso da internet
 - A não conseguir dormir cedo
 - A poder dormir até mais tarde nos fins de semana
- Os padrões de sono diferem entre géneros na adolescência
 - Sexo feminino -- tem horários de deitar mais adiantados que o masculino (desenvolvimento físico mais precoce nas meninas)
- A percentagem de jovens que dormem mal cresce à medida que aumenta a faixa etária



Influências sobre os padrões de sono no adolescente

- Os principais são:
 - fatores intrínsecos – processos biológicos que acontecem internamente no adolescente
 - influências externas – sociais, acadêmico e ambientais

Que desempenham um papel importante nos hábitos de sono

Fatores intrínsecos



- Dividem-se em dois tipos:
 - o sistema de tempo biológico – os ritmos circadianos
 - o sistema interno - o sistema de homeostasia sono/vigília
- Estudos sugerem que as mudanças que ocorrem na adolescência são no “relógio biológico”
- Desta forma, os adolescentes têm tendência para dormir mais tarde acordar mais tarde
- Isto é referenciado com atraso da fase de sono

Fatores intrínsecos



- Estudos indicam que:
 - restringir o sono a 5 horas por várias noites provoca aumento da sonolência diurna, indicando efeito cumulativo de perda de sono
 - as restrições ao sono dos alunos fá-los sentir-se mais alertas durante a noite, estimulando a tendência a ficar acordados até tarde de novo
 - existe uma correlação entre a secreção de melatonina e o estágio de desenvolvimento (na adolescência ocorre mais tarde)

Influências externas



- Para além do atraso de fase inerente outros fatores desempenham um papel significativo
- As exigências, obrigações sociais, exigências académicas tornam-se mais
- Alguns jovens apontam os trabalhos de casa
- As atividades extracurriculares que ocupam muitas horas semanais
- A televisão, computador, telefones, jogos, socialização com os amigos que estão amplamente disponíveis e muitas vezes sem monitorização e regulação do tempo gasto nelas
- Alguns adolescentes começam a trabalhar a tempo parcial

Consequências da insuficiência de sono na adolescência

- Sonolência é a consequência mais óbvia
- Lacunas no processamento de informações
- Na adolescência começam a conduzir e saídas à noite
- O cansaço (um sintoma que não implica só fadiga, mas também dificuldade em iniciar determinados comportamentos)
- Os alunos que estão cansados não tem problemas para fazer algo mais atraente e emocionante, mas não o contrário
- Prestar atenção às informações ou tarefas é muito mais difícil (exemplo estudar para um exame)
- Mostram muita irritabilidade, baixa tolerância à frustração e aumento da raiva



Consequências da privação do sono na adolescência

- Limitação da capacidade de aprender, ouvir, concentrar e resolver problemas, levando a baixo rendimento escolar
- Leva a comportamentos agressivos e à impaciência com os colegas, professores ou membros da família, gerando situações conflituosas e ansiedade
- Provoca ansiedade e faz com que o jovem coma em demasia, levando a aumento de peso

- Défices de memória
- mudanças de humor
- Queda da imunidade



Consequências da privação do sono na adolescência

- Atenção e vigília
 - Queda na atenção e uma diminuição da capacidade de permanecer desperto
 - Tempos de reação mais longo
 - Depois de uma noite sem dormir, a vigília é instável e só prejudica o desempenho
- Aprendizagem
 - A capacidade de adquirir informações, retê-las e usá-las várias vezes é alterada pela restrição de sono



Consequências da privação do sono na adolescência

- Resposta emocional
 - A adolescência também é um período de risco para distúrbios emocionais e comportamentais
 - A excitação, stresse ou sofrimento pode interferir com o sono
- Contexto social
 - Os adolescentes tem uma grande quantidade de liberdade pessoal, ainda têm dificuldades em escolhas complexas e relativamente poucas restrições.



Consequências da privação do sono na adolescência

- **Caféina**
 - Muitas adolescentes bebem bebidas que contêm caféina
 - Os jovens usam cada vez mais a caféina como psicoestimulante e para compensar o sono inadequado
- **Condução**
 - Fatores fisiológicos estão associados com sono e sono em combinação com o uso de álcool
 - A sonolência está relacionada com cerca de 20% dos acidentes de viação
 - A sonolência no volante é considerada uma das três importantes causas de acidentes mortais, principalmente em auto-estradas
 - Cerca de 50% dos acidentes por sonolência envolvem jovens com 25 anos de idade ou menos
 - Ficar acordado 17 a 18 horas seguidas produz erros na condução semelhantes a uma taxa de alcoolémia de 0,3 g/L
 - Ficar acordado 24 horas seguidas produz erros na condução semelhantes a uma taxa de alcoolémia de 1,00g/L



O que pode fazer para dormir melhor

Mantenha bons hábitos de sono ...

- Não se levante tarde mesmo se tiver dormido mal na noite anterior
- Levante-se à mesma hora todos os dias
- Evite fazer sestas durante o dia
- Vá para a cama apenas quando tiver sono e não antes
- Se estiver acordado na cama durante mais de 20 minutos levante-se

O que pode fazer para dormir melhor

Mantenha um ambiente no quarto adequado para dormir...

- O quarto não deve estar muito quente, frio ou barulhento
- Na medida do possível, use o quarto apenas para dormir
- A cama deverá ser confortável
- Esconda o despertador

O que pode fazer para dormir melhor

Prepare a sua disposição para dormir...

- Procure relaxar antes de ir para a cama
- Não faça esforços mentais ou físicos, como estudar ou ler textos complexos, 90 minutos antes de se ir deitar
- Não se preocupe com os acontecimentos do próprio dia ou do dia seguinte

O que pode fazer para dormir melhor

A evitar...

- Cafeína seis horas antes de ir para a cama
- Fumar antes de ir para a cama
- Álcool em quantidades elevadas ou como indutor do sono
- Exercício físico à noite

Em síntese,

- Explicar a importância do sono ao adolescente
- É importante criar horários: tempo para estudar, tempo para jogar, para estar no computador, tempo para estar com a família e um tempo de desconexão para dormir
- Concluir todas as tarefas antes do jantar ou então no máximo até às 22:30h

Em síntese,

- Fazer atividades mais relaxantes, ouvir música, jogos menos violentos
- Se tiver problemas de sono deve de deixar algumas atividades extras permitindo um aumento do horário de sono
- Deixar de consumir cafeína depois das 18h

Obrigada pela vossa atenção!

Bibliografia

- Karns A, et al (1994) «dependence on REM sleep of overnight improvement of a post-stroke aphasia». *Stroke* 25:879-81
- Quinn J. C. e Byrley E. P. (1993) «The diagnosis and management of narcolepsy». *New England Journal of Medicine* 328:101-107
- Hauri P. J. (ed) (1991) *Cases studies in narcolepsy*. Nova Jersey: Plenum
- Dughran R. *The Epidemiology and Diagnosis of Insomnia*. *The American Journal of Managed Care* (1991) 17:1-12
- Horne, J. H. et al (1984) «Evidence for a directional correspondence between eye movements and dream imagery in REM sleep». *Brain* 107:67-80
- Aronni, J. (1990) «Sintomas». *Cinical Endocrinology* 23:300-30
- Reynolds LR. *Tratado de Assessment and Treatment of Insomnia*. Associação Psichoterapia Viçosa. Série III. Item. No. 43. (1994) 157p
- Figueira AM, Pinheiro C, Clemente V, Coelho L, Gomes A. *Atividade Ativa*. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria Clínica* 22 (4): 149-156
- Furlado C, Teixeira I. *Utilização de benzodiazepinas em portugal continental*. (1997) 2 (13). *Acta Med Port* 10(8): 8-229-245
- DeJong LA, Lathrop RL. *Drug Hypnic Paradoxical Arousal and Day Sleepiness in the United States: An Internet-Based Study*. *Sleep* 2007; 30(10): 1349-1356. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2000000/>
- Engel SP, Papanicolaou DA. *Medications for the Treatment of Sleep Disorders: An Overview*. *Yonk Care Companion J Clin Psychiatry* 2003; 8(1): 11-16
- Ng BY, Lee TH. *Hypnic Paradox for Sleep Disorders*. *Acta Acad Med Singapore* 23:6:37-44
- Marques N, Vazquez R, Pavesi G, Baly J, Johnson M, Oporto M, Magaña TE, W. *Manual de diagnóstico e tratamento de Insomnias em adultos*. Associação Psichoterapia Viçosa. Série III. Associação No. 114. AILIC. Publicação No. 06/2007. 1. Edição. S.D. Agência de Saúde para a Região de Saúde de Viana do Castelo. 150p
- Coelho F, Gomes R, Marques P, Pinheiro P, Santos M. *Prevalência de sintomas relacionados ao período de vigília de nocte de adultos*. *Resumo da Comunicação Lida no 12º Congresso Nacional de Medicina Psiquiátrica de Viana do Castelo*. *Rev Port Clin Geral* 2007; 13: 164-71

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL (ASPESM)

(Classificada no Decreto nº 174 de 18 de Setembro de 1997)

AVALIAÇÃO COGNITIVA NO IDOSO

Dr.ª J. Dulce Sousa
CHSI-Pólo Porto/Valongo

O que é o envelhecimento?

- O processo de envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas (Papaléo Netto, 1996)
- Embora exista uma grande variabilidade individual, várias são as características do envelhecimento:
 - perda de peso
 - redução gradual da altura
 - taxa metabólica mais baixa
 - maior tempo de reação
 - diminuição da atividade sexual
 - nas mulheres, a menopausa
 - declínio funcional do rim, funções pulmonares e imunológicas
 - comprometimento cognitivo

(Arking, 2006; Finch, 1990; Hayflick, 1994)

Envelhecimento e o Risco de Quedas

- As principais alterações anatómicas e funcionais que ocorrem durante o processo de envelhecimento e que estão associadas às quedas são:
 - as alterações visuais,
 - as alterações na composição corporal,
 - o declínio nas aptidões cognitivas,

↓

em conjunto podem provocar instabilidade postural ou a incapacidade de manutenção do equilíbrio, em situações de sobrecarga funcional

(Netto, 2002)

Fatores de risco de queda

- Os principais fatores de risco para queda em idosos são:
 - idade e sexo
 - doenças crónicas
 - funções cognitivas
 - epilepsia
 - parkinson
 - tonturas/ vertigens
 - hipotensão
 - alterações posturais/ marcha
 - visão
 - auxiliares de marcha
 - bebidas alcoólicas
 - medicação
 - Calçado inapropriado

Fatores que influenciam o envelhecimento cognitivo

- genéticos, sendo estes responsáveis por aproximadamente 50% da variabilidade cognitiva no idoso
- contexto sócio cultural
- diferenças entre géneros, etnias e raças
- saúde
- escolaridade, responsável por 30% da variabilidade cognitiva
- atividade física e mental (a execução de atividades que estimulem corpo e mente estão intimamente relacionadas com um desempenho cognitivo mais eficaz e menor declínio)
- idosos que efetuam treino/ estratégias compensatórias apresentam um elevado nível de desempenho
- personalidade e humor, verifica-se uma correlação entre depressão e insuficiência auto percebida da memória e défices do desempenho
- quanto maior for a idade, maior o risco de aquisição de défices cognitivos decorrentes da hospitalização (Spar & La Rue, 2005)



Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento

Aptidões	Características
Habilidades perceptivo-motoras	Declina a partir dos 50-60 anos
Atenção	Mantém-se estável ou sofre um ligeiro declínio
Linguagem comunicação sintaxe, conhecimento de palavras fluência e nomeação compreensão discurso	Estável, na ausência de défice sensorial Estável, varia com o grau de instrução lapses ocasionais a encontrar palavras Dificuldade em mensagens mais complexas Pode ser mais impreciso e repetitivo

(Sequeira, 2010)

Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento

Aptidões	Características
Memória de trabalho (recente) remota ou longo prazo	Estável, declínio ligeiro ou moderado Estável para aspetos mais relevantes da vida do idoso
Função executiva	Ligeiro declínio. Planeamento e execução menos eficientes
Velocidade de Processamento	Em declínio, com lentificação da ação e pensamento

(Sequeira, 2010)

Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento

Aptidões	Características
Função visuo espacial Cópia de desenhos orientação topográfica	Variável, intacta para figuras Em declínio
Raciocínio Resolução de problemas raciocínio prático	Em declínio, alguma redundância e desorganização Variável

(Sequeira, 2010)

Problemas psicológicos decorrentes do envelhecimento

- Trabalhar com pessoas mais velhas tem sido uma especialidade reconhecida dentro da prática da psicologia
- As questões de maior enfoque são:
 - prevalência de comprometimento cognitivo (demências e outras perturbações)
 - experiência de múltiplas perdas (relacionadas com saúde debilitada e condições crônicas de saúde, bem como lutos)
 - o contexto social do envelhecimento (Incluindo habitação, os papéis da família)
 - questões relacionadas com a aposentadoria, a proximidade com a morte, dependência e autonomia

(Stuart-Hamilton, 2011)

Depressão

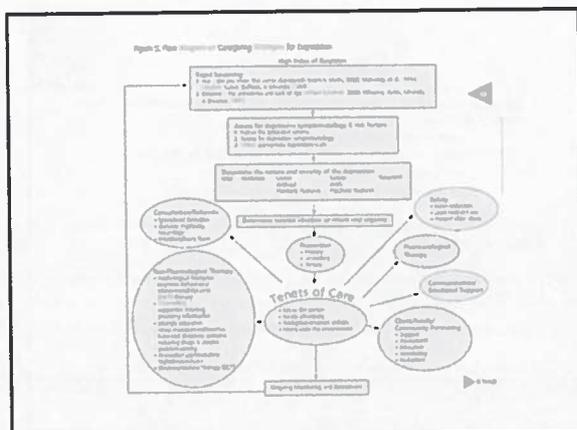


- Existem grupos de pessoas mais velhas que têm maior risco de perturbações do humor, nestes incluem-se:
 - pessoas idosas que vivem em lares
 - idosos que vivem em casa e recebem os serviços da comunidade
 - pessoas com demência
 - idosos que prestam cuidados a outros membros da família
- 40% dos residentes em lares sem comprometimento cognitivo estão deprimidos (Mann et al, 2000; Motley et al, 2004.)
- Cerca de 25% dos idosos que vivem em casa e recebem cuidados comunitários tem uma perturbação depressiva (Banerjee, 1993)
- A depressão é comum em pessoas com demência (Ballard et al., 1996)
- Muito idosos atuam como cuidadores e as taxas de depressão e sofrimento psíquico são altas entre os prestadores de cuidados, especialmente femininos (Brodaty et al, 2003; Sorensen et al, 2002).

Depressão

- Kraaij Wilde (2001), demonstrou como os eventos de vida estão associado à depressão na vida adulta
- Os adultos mais velhos com problemas de saúde física têm níveis mais elevados de depressão (Denihan et al., 2000)
- Distinguir os efeitos de depressão e queixas de saúde física, tais como: fadiga, letargia e dor pode ser complicado
- Existem condições de saúde física que têm associação específica com perturbações depressivas (Parkinson e AVC)
 - Um quarto dos pacientes poderão estar deprimidos quatro meses após AVC (Burvill et al., 2003)
 - A prevalência de depressão na doença de parkinson é de 35% (Reijnders et al., 2008)

- Globalmente os idosos são mais propensos a cometer o suicídio e são muito menos propensos a tentar o suicídio sem sucesso (Conwell et al, 2002; O'Connell et al, 2004)
- Parece existir evidências de falta de apoio social, discórdias familiares como fatores de risco para o suicídio em pessoas idosas (Conwell et al., 2002)
- O luto é um fator específico para homens mais velhos que perdem a cónjuge (Cattell, 2000; O'Connell et al, 2004)
- Um quarto dos idosos que se suicidam têm álcool no sangue (efeito desinibidor) (Harwood et al, 2000.)
- Problemas de saúde física e medo associado de dependência, desamparo e institucionalização especialmente em homens mais velhos (Waern et al., 2002)
- O'Connell et al. (2004) e Conwell et al. (2002) reconhecem a associação de doença física e comprometimento funcional sendo esta associação mediada, pelo menos em parte, através da sua relação com a depressão
- Fatores de personalidade também têm sido verificados, incluindo traços de personalidade obsessivos, refletindo reduzida capacidade de adaptação à mudança (Conwell et al, 2002; O'Connell et al, 2004).



Avaliação

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
GDS-15 (ZUNG) (FOLIO 1975)

Objetivo: Avaliar a presença e a gravidade da depressão em idosos.

Forma de aplicação: Escala de 15 itens, com respostas de 0 a 4.

Item	0	1	2	3	4
1. Perda de peso nos últimos 6 meses					
2. Perda de apetite nos últimos 6 meses					
3. Perda de interesse em fazer coisas					
4. Perda de prazer em fazer coisas					
5. Problemas de sono					
6. Problemas de concentração					
7. Problemas de memória					
8. Problemas de pensamento					
9. Problemas de fala					
10. Problemas de marcha					
11. Problemas de higiene					
12. Problemas de alimentação					
13. Problemas de vestimenta					
14. Problemas de atividades diárias					
15. Problemas de sentimentos					

ESCALA COMEIX PARA A DEPRESSÃO NA DEMÊNCIA
CDS-15 (FOLIO 1975)

Objetivo: Avaliar a presença e a gravidade da depressão em idosos com demência.

Forma de aplicação: Escala de 15 itens, com respostas de 0 a 4.

Item	0	1	2	3	4
1. Perda de peso nos últimos 6 meses					
2. Perda de apetite nos últimos 6 meses					
3. Perda de interesse em fazer coisas					
4. Perda de prazer em fazer coisas					
5. Problemas de sono					
6. Problemas de concentração					
7. Problemas de memória					
8. Problemas de pensamento					
9. Problemas de fala					
10. Problemas de marcha					
11. Problemas de higiene					
12. Problemas de alimentação					
13. Problemas de vestimenta					
14. Problemas de atividades diárias					
15. Problemas de sentimentos					

- **Ansiedade**
 - A perturbação de ansiedade generalizada parece ser comum entre pessoas idosas
 - Barrowclough et al. (2001) destacou a co-ocorrência de ansiedade e problemas de saúde física em 80% dos idosos
 - Nordhus (2008) sugere que a perturbação de ansiedade generalizada começa mais cedo na vida em 60-70 % dos casos, no entanto, a fobia (por exemplo, medo de sair ou de ansiedade social) pode se desenvolver em qualquer momento da vida.
 - Muitas vezes, as apresentações de ansiedade fóbica parecem ter um precipitante bastante claro - uma queda, um ataque cardíaco ou um assalto na rua

- ## Demência
- (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994; CID-10: Mundo Organização Mundial da Saúde, 1993) definem demência como uma síndrome caracterizada por comprometimento da função cognitiva, suficiente para interferir nas atividades da vida diária
 - Défices de memória é característico, mas não suficiente para o diagnóstico
 - Deterioração progressiva é normalmente esperada na definição de demências
 - A condição é geralmente definida como irreversível, mas com as estratégias terapêuticas este aspeto tende a ser descartado
 - Embora as mudanças cognitivas sejam universais na demência, outras características não cognitivas como: depressão, ansiedade, alucinações, delírios merecem a atenção devida
- (Stuart-Hamilton, 2011)

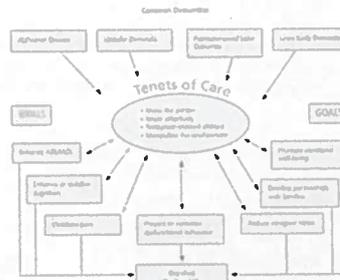
Demência

- Um número de diferentes tipos e variantes de demência foram identificadas entre elas:
 - Doença de Alzheimer
 - Demência vascular
 - Demência de corpos de Lewy
- Existem algumas diferenças na apresentação entre as demências
 - na demência de corpos de Lewy as alterações ocorrem no início, existe flutuação no desempenho e a memória não se destaca como comprometimento primário
 - na doença de Alzheimer o início é insidioso e a progressão é gradual. A memória e a aprendizagem estão prejudicadas
 - demência vascular mostra declínio mais gradual, com períodos de estabilidade e recuperação
- A incerteza de diagnóstico é frequente em pessoas idosas, particularmente nas deprimidas



(Stuart-Hamilton, 2011)

Figure 4 Model of Care for Dementia



Avaliação

AValiação Clínica DA Demência

Clínica de Saúde Mental - DSM

ESCALA DE AValiação DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Clínica de Saúde Mental - DSM

Avaliação

ESCALA DE AValiação DE RIESGO

Clínica de Saúde Mental - DSM

AValiação DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Clínica de Saúde Mental - DSM

Defíce cognitivo ligeiro (DCL)

- DCL é caracterizado por queixas subjetivas de cognição e evidência objetiva de comprometimento cognitivo, não sendo suficiente para afetar a vida diária (Tuokk McDowell, 2006)
- O risco de desenvolver demência é aumentado quando o diagnóstico efetuaado é DCL

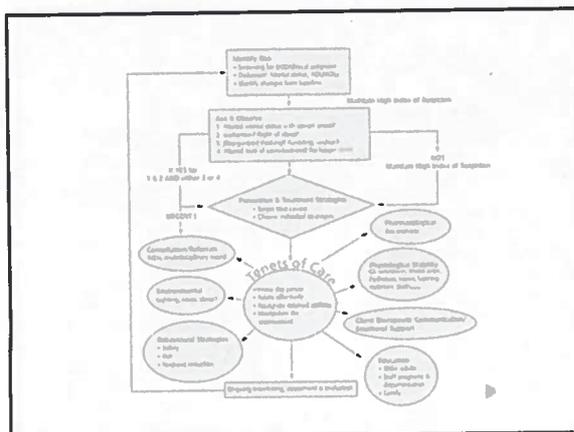


(Stuart-Hamilton, 2011)

Delírio



- É uma doença aguda, complexa e que exige intervenções imediatas para evitar danos permanentes no cérebro e riscos para a saúde (Inouye,2000)
- A avaliação atempada e o tratamento adequado podem prevenir a deficiência desnecessária, mortalidade prematura, reduzir a carga ao cuidador e melhorar significativamente a qualidade de vida (Conn, 2003)



Avaliação

- Escala de Avaliação de Delirium – Lara Caero

O Cuidador do idoso



- *“a forma como cada cuidador informal percebe a sua situação, influenciam a saúde, o seu bem-estar, a qualidade de vida e, conseqüentemente a satisfação com a vida, colocando muitas vezes em risco a saúde dos que deles dependem, necessitando também eles de cuidados de saúde e de apoio psicossocial.”*

(Schult, Tompkins e Rau, 1988 cit Rolo, 2009)

O cuidador do idoso

- A necessidade da família de cuidar da pessoa idosa, mais ou menos dependente pode causar:
 - situações de stress
 - problemas de saúde de ordem não só física mas também mental
 - gerar sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação
 - e uma preocupação constante tanto na pessoa que cuida, como em todos os outros familiares

Oliveira (2009)

O cuidador do idoso

- Segundo Sousa et al. (2004), vários têm sido os estudos que concluem que a **depressão** e a **ansiedade** são dois problemas significativos para a maioria dos cuidadores.
- Associados à presença de sintomas depressivos como desespero, frustração, inquietação e sentimentos de tristeza, **junta-se a progressiva dependência do idoso, a redução do tempo livre e a ausência de apoio aos cuidadores.**

Avaliação

ENTREVISTA DE LAERT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR
LARRY BURTON HOGHEVEY

1. Como se sente em relação ao trabalho de cuidar do idoso?
 muito bom bom regular ruim muito ruim

2. Como se sente em relação ao tempo de cuidar do idoso?
 muito bom bom regular ruim muito ruim

3. Como se sente em relação ao custo de cuidar do idoso?
 muito bom bom regular ruim muito ruim

4. Como se sente em relação ao apoio recebido?
 muito bom bom regular ruim muito ruim

5. Como se sente em relação ao conhecimento sobre o idoso?
 muito bom bom regular ruim muito ruim

1ª Semana Saúde
Um olhar atento...

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)



Drª J. Dulce Sousa
Centro Hospitalar São João – Pólo Porto/ Valongo

Acidente Vascular Cerebral

- O Acidente Vascular Cerebral (AVC)
 - é definido pela Organização Mundial de Saúde como:
 - “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e com duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) de provável origem vascular” (2005, p.6).
 - Constitui a principal causa de morte em Portugal (OMS, 2012)
 - É a maior causa de incapacidade a longo prazo no mundo (OMS, 2006)

Epidemiologia

- A incidência do AVC é influenciada pelos seguintes fatores:
 - Idade
 - Raça e variações geográficas (Baker, 2008)
- Relativamente ao sexo, o AVC tem uma distribuição igualitária (Baker, 2008)
 - No entanto, as mulheres apresentam maior fraqueza, dor, alterações dos níveis de consciência e desorientação
- O risco de AVC recorrente é de cerca de 3% no primeiro mês e 15% no primeiro ano (Baker, 2008)

Fatores de risco para AVC

Dizem respeito a hábitos de vida que aumentam o risco de doença que podem ou não ser controlados (American Heart Association, 1994)

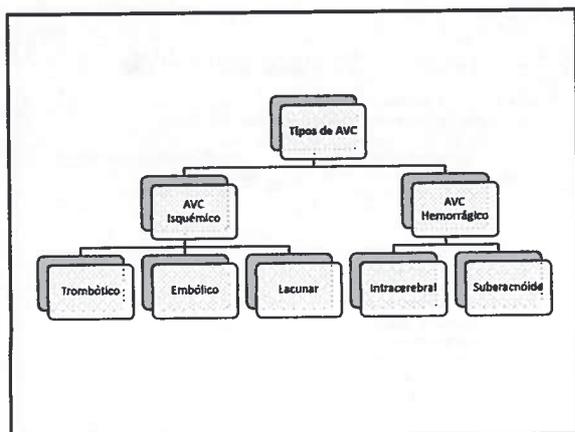
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco que podem ser controlados <ul style="list-style-type: none"> • Pressão arterial elevada • Tabagismo • Diabetes • Doença da artéria carótida • Fibrilação arterial • Insuficiência cardíaca • AIT • Doenças do sangue • Colesterol elevado no sangue • Sedentarismo e obesidade • Consumo excessivo de álcool • Drogas ilegais | <ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco que não podem ser controlados <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da idade • Sexo • Hereditariedade • História de AVC |
|---|--|
- (American Heart Association, 1994)

Sinais de alerta para AVC

- Perda da função sensorial, motora ou de ambas, em metade do corpo
- Alterações visuais, da marcha, da compreensão ou dor de cabeça forte e súbita (Fauci et al., 2006)
- Confusão (falar e compreender)
- Alterações do equilíbrio e da coordenação (American Heart Association, 1994)

Diagnóstico de AVC

- Para o diagnóstico de AVC pode recorrer-se ao exame neurológico básico e à imagiologia cerebral:
 - TC é o exame mais utilizado no estudo inicial após AVC
 - RM (American Heart Association, 1994)
 - Angiografia Cerebral (Fauci et al., 2006)
- Pode, ainda, realizar-se:
 - Ecocardiograma
 - Exames ao sangue (Adams et al., 2003)



Avaliação neuropsicológica após AVC

- A avaliação pode realizar-se de forma estruturada através de testes ou através de uma conversa descontraída com o paciente (Warlow et al., 2007)
- Na avaliação estruturada de pacientes que sofreram AVC é importante utilizar instrumentos de:
 - Triagem (MMSE; MoCa; Teste do desenho do relógio) (Sury et al., 1998)
 - Avaliação da severidade do AVC - NIHSS
 - Avaliação da depressão e ansiedade - HADS
 - Avaliação das capacidades para realização de atividades da vida diária
 - Avaliação da Qualidade de Vida no AVC - ECVI -38
 - Avaliação neuropsicológica

Avaliação Neuropsicológica

- **Função executiva** – Trail Making Test parte B
- **Linguagem** – PALPA
- **Memória** – Weschsler Memory Scale
- **Capacidades visuo-espaciais** – testes de conclusão de imagens e dos cubos da Weschsler
- **A orientação, atenção e praxias** podem ser avaliadas de forma menos formal

Manifestações clínicas após AVC

- As manifestações clínicas que podem advir de um AVC são muito diversas dada a complexidade da vascularização cerebral (Michel, 2003)
- **Alterações neuropsicológica decorrentes de AVC**
 - A relação entre AVC e prejuízo cognitivo ainda não está totalmente clarificada (Knopman et al., 2009)
 - A disfunção cognitiva está mais relacionada com a redução do desempenho das atividades de vida diária do que com défices motores (Cao et al., 2007)
 - A história de AVC relaciona-se com a diminuição progressiva da memória e do desempenho visuoespacial (Reitz, Luchsinger, Tang, Manly, Mayeux, 2006)
 - A memória também pode ser afetada pela depressão desenvolvida (Rude et al., 2000)

Manifestações clínicas após AVC

- De acordo com Real College of physicians (2004) o AVC pode conduzir ao aparecimento dos seguintes défices cognitivos:
 - Negligência
 - Apraxia
 - Dificuldades de memória
 - Alterações no funcionamento cognitivo
- **Alterações comportamentais**
 - Os sintomas comportamentais mais frequentes em pacientes após AVC foram:
 - irritabilidade,
 - labilidade
 - apatia (Ruth et al., 2010)
 - Quanto maior a severidade do AVC, mais sintomas comportamentais são apresentados pelos pacientes

Alterações comportamentais

- Cerca de quatro em cada dez pessoas desenvolvem depressão significativa após o AVC (Rude et al., 2000)
 - » **Sintomas de depressão:**
 - » Tristeza
 - » Perde de interesse
 - » Sentimento de irritabilidade
 - » Ansiedade
 - » Sem energia
 - » Ideação suicida
 - » Fraco auto-conceito
 - » Irritabilidade
- Alterações de personalidade
- Sentimentos de medo e preocupação

(Rayl College of physicians, 2004)

O sono

- O cansaço é uma das queixas mais comuns após um AVC
- No primeiros dias é frequente o paciente dormir bastante
- Com o passar do tempo é normal que o tempo que passa em alerta aumente
- No entanto, se o paciente dorme bastante durante o dia vai reduzir o tempo de sono que deveria ocorrer durante a noite
 - » Assim, o paciente deve iniciar um programa que ajude a melhorar o seu bem estar

(Rudd et al., 2000)

Familiares/ Cuidadores

- Após o AVC a preocupação para todos os envolvidos é muita
- Famílias e especialmente os companheiros são suscetíveis de ser profundamente afetados
- Pode levar muitos meses até se acostumarem ao que aconteceu e se adaptarem às mudanças
- É provável que o AVC tenha ocorrido sem aviso prévio e isso poderá tornar-se difícil de aceitar
- A nova situação pode significar expectativas de futuro alteradas ou colocadas em espera

(Rudd et al., 2000)

Familiares/ Cuidadores

- Cuidar de alguém a tempo integral pode ser uma tarefa difícil e que causa muito stress
- Tornar-se cuidador pode significar uma reorganização de toda a vida e perder a sua antiga dependência
- Os cuidadores podem ser confrontados com novos papeis e responsabilidades
- Não são raros sentimentos de raiva, ressentimento, culpa, ansiedade e depressão
- Os familiares devem ser envolvidos no processo, recebendo psicoeducação no sentido de compreender a patologia e como lidar com os problemas inerentes (American Heart Association, 1994)

Objetivos da intervenção do psicólogo _ Avaliação do cuidador

- Avaliação familiar
- Avaliar a condição emocional da família e mecanismos de coping
- Avaliar o nível de conhecimento da condição do paciente
- Avaliar o impacto funcional

Tratamentos

- No tratamento de AVC podemos socorrer-nos de:
 - Cirurgias, medicamentos e reabilitação (American Heart Association, 1994)
- Os tratamentos para reverter ou reduzir os efeitos do AVC podem ser:
 - trombólíticos
 - anticoagulantes
 - antiplaquetários

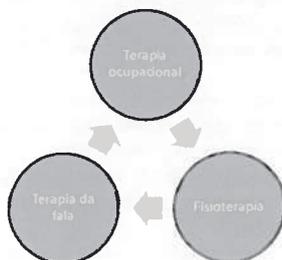
A reabilitação após AVC

- A reabilitação deve ser física e neuropsicológica e visa diminuir a dependência e melhorar as capacidades do doente
- A recuperação consiste no retorno à função neurológica tal como ela se apresentava antes do AVC
- A recuperação pode ser incompleta, sendo fundamental a aquisição de competências de compensação da função neurológica alterada

(Stein, 2004)

Reabilitação de um paciente que sofreu AVC

- Fauci et al.(2006), enfatiza o trabalho interdisciplinar



Objetivos da intervenção do psicólogo _ Avaliação do paciente

- Avaliar o estado emocional e psíquico
- Avaliar o conhecimento do paciente sobre o diagnóstico, tratamento e estratégias de coping
- Fazer rastreio cognitivo
- Dar informações aos familiares sobre o estado cognitivo e emocional do paciente
- Fazer encaminhamento para psiquiatria ou outras áreas

Papel do neuropsicólogo

- O papel do neuropsicólogo em reabilitação consiste em avaliar o perfil cognitivo e emocional, e determinar o padrão de forças e fraquezas cognitivas, com o objetivo de identificar características de um diagnóstico específico e compreender a natureza dos défices

Lezak, 2003

Reabilitação Neuropsicológica após AVC

- Área especializada da psicologia que se direciona ao indivíduo que sofreu algum tipo de lesão ou disfunção cerebral
- Relaciona-se com a melhoria dos défices cognitivos, sociais, e emocionais provocados (Wilson, 2003)
- Objetivos principais:
 - Permitir que o indivíduo atinja um nível ótimo de bem-estar
 - Reduzir o impacto dos défices no dia a dia
 - Permitir a adaptação aos meios em que se encontra inserido

Conclusão

- Após AVC, o principal objetivo é minimizar a lesão aguda e maximizar a recuperação do paciente
- O papel do neuropsicólogo face a um paciente com AVC consiste em avaliar os principais défices para proceder à reabilitação, orientação vocacional e integração social
- Temos de ajudar os pacientes a compreender as suas limitações e encontrar estratégias que possibilitem minimizar o impacto das mesmas
- O AVC não afeta só o indivíduo mas também os cuidadores, pelo que devemos intervir junto deles

Bibliografia

- Royal college of physicians. (2004). National clinical guidelines for stroke. London.
- Rudd, A., Irwin, P., Penhale, B. (2000). The comprehensive and medically accurate manual about stroke and how to deal with it. London.
- Stein, J. (2004). Stroke and the family. London.
- American Heart Association (1994). Heart and Stroke Facts Statistics. Dallas: American Heart Association.
- World Health Organization. (2012). World Health Statistics.
- World Health Organization. (2006). Neurological disorders public health challenges.
- Baker, D. (2008). Stroke prevention in clinical practice. London.

Bibliografia

- Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L. & Loscalzo, J. (2006). Harrison Medicina Interna. Nova Iorque: McGraw-Hill Interamericana.
- Adams, H. P., Adams, R. J., Brott, T., Zoppo, G., Furian, A., Goldstein, L. B., Grubb, R. L., Higashida, R., Kidwell, C., Kwiatkowski, T. G., Marler, J. R. & Hademenos, G. J. (2003). Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke. *Stroke*, 34, 1056-1083.
- Warlow, C., Gijn, J., Dennis, M., Wardlaw, J., Bamford, J., Hankey, G., Sandercock, S., Rinkel, G., Langhorne, P., Sudlow, C. & Rothwell, P. (2007). *Stroke Practical Management*. Blackwell Publishing: USA.
- Suhr, J., Grace, J., Allen, J., Nadler, J. & McKenna, M. (1998). Quantitative and Qualitative Performance of Stroke Versus Normal Elderly on Six Clock Drawing Systems. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 13 (6), 495-502.
- Michel, P. (2003). Introduction to stroke and its management. In J. Bogousslavsky (Eds.), *Cerebrovascular diseases: stroke prevention by the practitioner* (p.4), Basel.

Bibliografia

- Reitz, C., Luchsinger, J. A., Tang, M., Manly, J. & Mayeux, R. (2006). Stroke and Memory Performance in Elderly Persons Without Dementia. *Archives of Neurology*. 63, 571-577
- Knopman, D. S., Roberts, R. O., Geda, Y. E., Boeve, B. F., Pankratz, V. S., Cha, R. H., Tangalos, E.G., Ivnik, R. J. & Petersen, R. C. (2009). Association of Prior Stroke With Cognitive Function and Cognitive Impairment. A Population-Based Study. *Archives of Neurology*. 66 (5), 614-619.
- Cao, M., Ferrari, M., Patella, R., Marra, C., Rasura, M. (2007). Neuropsychological findings in young-adult stroke patients. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 22, 133-142. doi:10.1016/j.acn.2006.09.005.
- Suhr, J., Grace, J., Allen, J., Nadler, J. & McKenna, M. (1998). Quantitative and Qualitative Performance of Stroke Versus Normal Elderly on Six Clock Drawing Systems. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 13 (6), 495-5.

A INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL NOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE DOENTES INTEGRADOS NUM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Objetivo: Analisar a influência do suporte social nos níveis de depressão e ansiedade de doentes referenciados para uma intervenção psico-educativa, em grupo, integrada num programa de reabilitação cardiovascular após síndrome coronária aguda (SCA).

Metodologia: Estudo retrospectivo de 145 doentes maioritariamente do sexo masculino (81%), com idade média 53,3(\pm 9,611) anos. Dos 145 doentes inicialmente referenciados 90 cumpriram a totalidade das sessões psico-educativas, 41 recusaram participar e 14 desistiram. Para caracterização do suporte social foi utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). A sintomatologia depressiva e ansiosa foram avaliadas e quantificadas pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de estado-traço de ansiedade (STAI), respectivamente.

Resultados: Os doentes com baixo suporte social apresentam maior proporção de doentes deprimidos (60% versus 40%, $p < 0,05$, baixo versus alto suporte social) e maior prevalência ansiedade clinicamente significativa (67% versus 33%, $p < 0,05$, baixo versus alto suporte social). Não foram encontradas diferenças relevantes entre os grupos de alto e baixo suporte social quanto ao género ($p = 0,44$) e escolaridade ($p = 0,66$).

Discussão/Conclusões: A elevada prevalência de estados psicopatológicos entre os doentes integrados em programas de reabilitação cardíaca, confirma a necessidade de instituir a sua pesquisa sistemática e a estruturação de programas de intervenção flexíveis e, preferencialmente, de longa duração. A associação entre suporte social e estados de ansiedade e depressão e a morbimortalidade acrescida associada a estes estados psicopatológicos, realça a necessidade da sua caracterização e do desenvolvimento de estratégias de intervenção psicoeducativas, envolvendo doentes e cuidadores/familiares no processo de reabilitação.

O PAPEL DO PSICÓLOGO/NEUROPSICÓLOGO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO DOENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SEU CUIDADOR

Objetivos: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui a principal causa de morte em Portugal e a maior causa de incapacidade a longo-prazo no mundo. Pela sua prevalência e consequências, tais como, paralisia e alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações da cognição e distúrbios comportamentais este constitui um importante problema de saúde. Desta forma, salientamos a importância da integração do psicólogo/neuropsicólogo na equipa de reabilitação visando intervir com o doente no que concerne à estimulação cognitiva, ao nível emocional e proporcionando apoio aos familiares/cuidador.

Metodologia: Os doentes que sofreram de AVC internados no serviço de Medicina Física e Reabilitação são referenciados pelo fisiatra assistente para verificarem a existência de possíveis défices cognitivos, bem como alterações comportamentais que podem vir a manifestar-se pós AVC. Pela entrevista clínica e com base na literatura é feito um plano individual de avaliação para identificar os défices do doente e delinear a intervenção.

Resultados: O papel do psicólogo/ neuropsicólogo face a um paciente com AVC consiste em avaliar os principais défices para proceder à respetiva reabilitação, bem como à orientação vocacional (se necessária) e à integração social. Ajudar os pacientes a compreender as suas limitações e a encontrarem estratégias que possibilitem minimizar o impacto das mesmas. O AVC não afeta só o individuo, mas também os cuidadores pelo que devemos intervir junto destes objetivando avaliar a condição emocional da família e mecanismos de coping e psico-educação para melhor lidar com a nova realidade.

Discussão/ Conclusões: A integração do psicólogo na equipa de reabilitação possibilitará uma melhor coordenação de cuidados.

Em estudos futuros consideramos importante aprofundar a relação existente entre AVC e prejuízo cognitivo, uma vez que esta relação ainda não está totalmente clarificada.

Guião de anamnese

Dados pessoais

Nome: _____

Idade: _____ Contacto: _____

Dominância manual: _____

Motivo do pedido

Encaminhamento (quem encaminhou e motivo): _____

Motivo do pedido/ preocupações atuais (segundo o paciente): _____

Motivo do pedido/ preocupações atuais (segundo o familiar/cuidador): _____

História pessoal

Dados relativos à infância (parto, desenvolvimento psicomotor, problemas de saúde): _____

Dados relevantes da adolescência (reações às alterações pubertárias): _____

História familiar (relacionamentos familiares, estado civil, filhos): _____

Hábitos e costumes (consumo de álcool, estupefacientes, hábitos tabágicos (frequência e quantidade)): _____

Outros aspetos (perdas significativas, questões económicas, sexualidade): _____

História clínica

Início (súbito ou gradual): _____

Evolução da doença (tempo de evolução): _____

Diagnóstico neurológico (considerar o diagnóstico médico e etiológico (AVC,TCE) e características da lesão): _____

Topografia da lesão (dados de TAC e RM devem ser considerados): _____

Medicação atual (tipo e dosagem): _____

Outras doenças atuais (por exemplo: diabetes, HTA, outras): _____

Antecedentes neurológicos ou psiquiátricos: _____

Antecedentes familiares (neurológicos ou psiquiátricos): _____

Percurso escolar e profissional

Percurso escolar (onde estudou, aproveitamento escolar, reprovações, principais dificuldades, habilitações literárias): _____

Percurso profissional (situação profissional atual, profissão atual ou última profissão, se reformado, data em que se reformou, atividade que exerce no emprego): _____

Queixas ou dificuldades

Descrever um episódio ilustrativo das suas maiores dificuldades: _____

Sintomas: Tiques ou outros movimentos involuntários

Alterações de sono

Controlo dos esfíncteres

Náuseas e vômitos

Dores

- Convulsões
- Alterações do peso ou alimentação
- Vertigens
- Cefaleias
- Alterações do olfato e paladar

Outros: _____

- Alterações comportamentais:
- Impulsividade
 - Agitação
 - Agressividade
 - Isolamento
 - Teimosia
 - Comportamento provocatório
 - Flutuações de humor
 - Irritabilidade
 - Baixa tolerância à frustração

Outras: _____

- Queixas cognitivas:
- Dificuldades de planeamento/organização
 - Dificuldade em adaptar-se à mudança
 - Dificuldades de aprendizagem e memória
 - Dificuldade de compreensão
 - Dificuldades no cálculo (dinheiro)
 - Dificuldade na leitura
 - Dificuldades na expressão
 - Dificuldades de concentração
 - Dificuldades na escrita
 - Lentificação da velocidade de processamento

Outras queixas: _____

Impacto das dificuldades

Impacto das dificuldades (na vida profissional, familiar): _____

Consciência das dificuldades por parte do paciente: _____

Mecanismos compensatórios: _____

Outras informações

Apresentação do paciente e aparência física: _____

O paciente apresenta-se sozinho ou com o acompanhante: _____

Estado emocional (queixas, preocupações, consciência ou compreensão do seu estado (insight)): _____

Atividade motora (hemiplegia, hipocinésia, hipercinésia, tiques): _____

Orientação (revela orientação autopsíquica ou revela orientação alopsíquica): _____

Linguagem (sinais afásicos, alterações na fluência verbal, alterações na articulação, alterações na prosódia): _____

Pensamento (confuso, capacidade discursiva e lógica, bloqueios, coerência): _____

Memória (capacidade de relato dos momentos fundamentais da sua vida): _____

Atenção e concentração: _____

Bibliografia

Gonçalves, M. & Castro-Caldas, A. (2003). Guião de anamnese neuropsicológica. *Psychologica*. 34, 257-266

Nascimento, A. L., Andrade, M. G., Assed, A.M. & Brasil, M. A. (2006). Um modelo para o parecer psiquiátrico no hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 55(2): 102-107

Peña-Casanova, J. (1991). Programa integrado de exploración neuropsicológica « test Barcelona»: normalidad, semiologia y patología neuropsicológica. Barcelona

Silva, A. S. (2010). Estudo Neuropsicológico em Adolescentes Institucionalizados. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, CESPU

MoCA (Montreal Cognitive Assessment)



Emília B. Dias

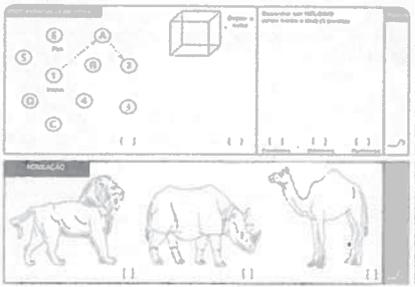
Descrição geral do MoCA

- Instrumento de rastreio cognitivo com boas características psicométricas e excelente sensibilidade na deteção precoce de declínio cognitivo leve (Fritsch, Simões, Alves, Santana, 2010)
- Avalia diferentes domínios cognitivos
 - atenção e execução
 - funções executivas
 - execução
 - linguagem
 - capacidade visuo-construtiva
 - capacidade de abstração
 - relação
 - orientação (Dorringert, 2012)
- Possível uso em uma variedade de perturbações que afetam a cognição:
 - HEV
 - Alzheimer's
 - Delirium
 - Ps-Alcool
 - AVC
 - Demência vascular
 - Alzheimer subclínico (Dorringert, 2012)
- Mais sensível para os estádios mais ligeiros de declínio que o Mini-Mental State Examination (MMSE) (Fritsch, Simões, Alves, Santana, 2010)

Considerações gerais de administração/cotação

- Materiais**
 - Folha de registo/MoCA
- Tempo de administração**
 - Aproximadamente 10 minutos (Nasreddine et al., 2005)
- Cotação do desempenho**
 - pontuação máxima de 30 pontos
 - normal $\geq 26/30$
 - atribuição de 1 ponto se o indivíduo tem ≤ 12 anos de escolaridade (Dorringert, 2012)
- População alvo**
 - pode ser utilizado em populações culturalmente diversas, várias idades e diferentes níveis educacionais (Dorringert, 2012)

Instruções de administração e Cotação



Estudo normativo do MoCA para a população portuguesa

- objetivo do estudo:
 - Confirmar a aplicabilidade do MoCA no contexto cultural e avaliar as influências das características sócio-demográficas sobre o desempenho
- os dados normativos foram determinados de acordo com a idade e escolaridade, visto que, foram as mais contribuíram para a previsão dos resultados no MoCA

(Ferreira, Simões, Alves, Santana, 2010)

Características psicométricas do MoCA

- Estudos realizados evidenciam boas propriedades psicométricas dos resultados da versão portuguesa, a sua validade, utilidade clínica e equivalência com a prova original
- Os estudos da versão original indicam:
 - boa consistência interna
 - elevada fiabilidade teste-reteste
 - utilidade em contexto hospitalar, comunitário e investigação
- Eficácia do MoCA na distinção entre grupos (controlo, DA, DCL)
- Excelente sensibilidade do MoCA na identificação de DCL e DA (90 e 100% respetivamente) comparativamente com o MMSE
- Sensibilidade para o declínio cognitivo, corroborando a sua eficácia enquanto teste de rastreio cognitivo não só para DCL e DA, ou seja, para declínio cognitivo associado a outros quadros clínicos (Ferreira, Simões, Martins, Vilar, Santana, 2010)

Quadros clínicos e utilidade do MoCA

- MoCA é mais sensível que o MMSE para rastreio de comprometimento cognitivo após fase aguda de AVC (Ding et al., 2008)
- MoCA pode ser uma ferramenta importante de triagem para pacientes com AVC e DCL na unidade de reabilitação (Fragio et al., 2008)
- Análises de testes de rastreio (MMSE e MoCA) são moderadamente sensíveis à disfunção cognitiva pós-AVC (Duckworth et al., 2011)
- MoCA pode ser uma ferramenta mais sensível para identificar comprometimento cognitivo precoce no decorrer de Parkinson (Giblin et al., 2007)
- O comprometimento cognitivo é comum entre pacientes com AVC no curso do curso cerebrovascular e alta infidelidade a longo prazo, sendo essencial avaliação como um teste rastreio de comprometimento cognitivo vascular (Smith 2008)
- MoCA consegue detetar anormalidades cognitivas depois do ataque isquémico transitório e AVC, apresentando deficiências na função executiva, atenção e evocação (Woolhead et al., 2010)
- MoCA é um instrumento válido para identificar défice cognitivo ligeiro e pacientes com demência (Chen, Bao, Poonam, 2009)
- MoCA é um instrumento de triagem mais sensível e leve e moderada deterioração cognitiva no decorrer de Huntington (Cowan-Cox, Chalkins, Jones, Perry, Simons, 2005)
- A avaliação com o MoCA é muito sensível na deteção de comprometimento cognitivo leve e no possível início de deterioração, assim também em pacientes com tumores cerebrais (Chen, Okamoto, Ishikawa, 2011)

Quadros clínicos e utilidade do MoCA

- O rastreio cognitivo de pacientes com insuficiência cardíaca devia ser realizado, visto que, o comprometimento cognitivo destes pacientes é quatro vezes maior. Para tal utilizou-se o Montreal Cognitive Assessment (MOCA) sendo que, as pontuações foram menores no domínio visuoespacial, domínio executivo, memória a curto prazo e evocação. Assim, estes resultados sugerem o uso deste teste para triagem cognitiva de pacientes com insuficiência cardíaca estável (Athilingam, King, Burgin, Ackerman, Cushman, Chen, 2011).

Bibliografia

- Freitas, S., Simões, M., 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
- Doerflinger, D. (2012). Mental Status Assessment in Older Adults: Montreal Cognitive Assessment: MoCA Version 7.1 (Original Version). *Hartford Institute for Geriatric Nursing*, 32
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação psicológica* 9 (3), 345-357
- Nasreddine, ZS., Phillips, NA., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, L., Cuning, JL., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 53(4), 695-699

Autoregisto de Esquecimentos Diário

Anote a cada dia todos os esquecimentos que ocorreram (tente escrever no momento em que aconteceram)

Segunda-
feira

Terça-feira

Quarta-feira

Quinta-feira

Sexta- feira

Sábado

Domingo

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Versão Experimental Portuguesa
 Nome: _____ Escolaridade: 4º
 Sexo: Feminino

Data de nascimento: 19-12-63
 Data de avaliação: 08-04-14
 Idade: 50 anos

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez) (3 pontos)		Pontos		
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <u>1/5</u>		
NOMEAÇÃO								
						<u>3</u>		
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.		Rosto	Veludo	Igreja	Malmequer	Vermelho	Sem Pontuação
		1º ensaio	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
		2º ensaio			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência em sentido directo (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso.					<input checked="" type="checkbox"/> 2 7 8 5 4	<input checked="" type="checkbox"/> 7 4 2	<u>1/2</u>
	Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.					<input checked="" type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		<u>1/1</u>
	Subtrair de 7 em 7 começando no 100 contra pessoa de trás.	<input checked="" type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65		<u>1/3</u>
LINGUAGEM	Repetir: Eu apenas sei que hoje devemos ajudar o João.			<input checked="" type="checkbox"/> O gato esconde-se sempre debaixo do sofá quando os cães entram na sala.				<u>1/2</u>
	Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto).					<input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 Palavras)		<u>0/1</u>
ABSTRACÇÃO	Semelhança p.ex. entre maçã e laranja = fruta	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> comboio - bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> relógio - régua			<u>0/2</u>
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	ROSTO	VELUDO	IGREJA	MALMEQUER	VERMELHO		Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>0/5</u>
Opcional	Pista de categoria				<input checked="" type="checkbox"/>			
	Pista de escolha múltipla	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> seda	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
ORIENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Dia do mês (Data)	<input type="checkbox"/> Mês	<input checked="" type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Dia da semana	<input checked="" type="checkbox"/> Lugar	<input checked="" type="checkbox"/> Localidade		<u>4/6</u>

© Z.Nosreddine MD

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL 12/30

Atribuir 1 ponto se o sujeito tem ≤ 12 anos de escolaridade

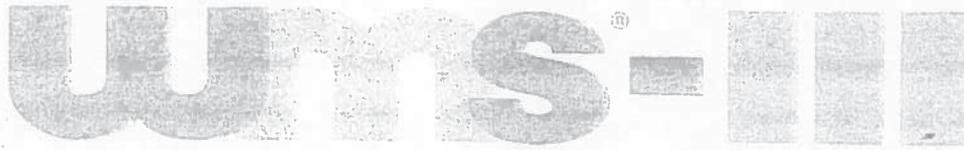
www.mocatest.org

Versão Experimental Portuguesa: Mário Simões, Horácio Firmino, Manuela Vilar, Mónica Martins (FPCE-UC/HUC; 2007)

SD = 19, 18, 16

12 + 1 = 13 / 30

A. I



Escala de Memória de Wechsler — Terceira Edição

Caderno de Registo

	Ano	Mês	Dia
D. A	2014	04	22
D. N	1963	12	19
I. C	50	04	03



História

As seis da tarde de Domingo, João Sousa, que vive no Porto, estava a ver televisão enquanto se vestia para sair. O programa foi interrompido por um boletim meteorológico e avisar que se previa mau tempo para aquela zona, nas próximas duas e três horas, que duraria até de manhã. O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros, acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h. João decidiu ficar em casa. Despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos.

1ª Evocação

História B	Cotação		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
As 6 da tarde de Domingo, João Sousa, que vive no Porto,	0	1	Indicação de que o protagonista é homem
estava a ver televisão enquanto se vestia para sair.	0	1	Indicação de que estava a ver televisão
O programa foi interrompido por um boletim meteorológico,	0	1	Indicação de que o protagonista estava a preparar-se para sair
a avisar que se previa mau tempo para aquela zona,	0	1	Indicação de que o protagonista estava a preparar-se para sair
nas próximas duas e três horas, que duraria até de manhã.	0	1	Indicação de que o protagonista estava a preparar-se para sair
O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros, acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h.	0	1	Indicação de que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros, acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h.
João decidiu ficar em casa	0	1	Indicação de que o protagonista decidiu ficar em casa
Despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos.	0	1	Indicação de que despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos

História B
Pont. 1ª Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

11 6

História B
Pont. 1ª Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 8

Cálculo da Pontuação Total da 1ª Evocação

8 + 11 = 19

História A Pont. Evoc. Un. História Mínimo = 0 Máximo = 25

História B Pont. 1ª Evoc. Un. História Mínimo = 0 Máximo = 25

Pontuação Total 1ª Evocação Mínimo = 0 Máximo = 50

P. Escalas = 6

História

Às seis da tarde de Domingo, João Sousa que vive no Porto, estava a ver televisão enquanto se vestia para sair. O programa foi interrompido por um boletim meteorológico, e avisar que se previa mau tempo para aquela zona, nas próximas duas a três horas, que duraria até de manhã. O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros, acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h. João decidiu ficar em casa. Despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos.

B

2ª Evocação

Enunciado	Cotação		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
Às 6 da tarde de Domingo, João Sousa, que vive no Porto, estava a ver televisão enquanto se vestia para sair.	0	1	Indicação de quem protagoniza o texto (João Sousa).
O programa foi interrompido por um boletim meteorológico, a avisar que se previa mau tempo para aquela zona, nas próximas duas a três horas, que duraria até de manhã.	0	1	Indicação de quem protagoniza o texto (João Sousa).
O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros, acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h.	0	1	Indicação de quem protagoniza o texto (João Sousa).
João decidiu ficar em casa.	0	1	Indicação de quem protagoniza o texto (João Sousa).
Despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos.	0	1	Indicação de quem protagoniza o texto (João Sousa).

História B
Pont. 2ª Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

13 6

História B
Pont. 2ª Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 6

Pontuação Total Evocação
Somar as Pontuações das Evocações Unid. História: Hist. A, Hist. B - 1ª e 2ª Evocações
Mínimo=0 Máximo=75

8 + 14 + 13 = 32 5 + 6 + 6 = 17

Pont. Total Unid. Temáticas
Somar as Pontuações das Evocações Unid. Temáticas: Hist. A, Hist. B - 1ª e 2ª Evocações
Mínimo=0 Máximo=23

Cálculo da Evolução na Aprendizagem

13 - 11 = 2

História B Pont. 2ª Evocação Unid. História Mínimo = 0 Máximo = 25

História B Pont. 1ª Evocação Unid. História Mínimo = 0 Máximo = 25

Evolução na Aprendizagem
Mínimo = -25 Máximo = +25

3

Faces I



Tempo Limite:
Apresentar cada uma das 24 faces durante 2 segundos.



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.

Item	Sim	Não	0	1
1	Sim	Não	0	1
2	Sim	Não	0	1
3	Sim	Não	0	1
4	Sim	Não	0	1
5	Sim	Não	0	1
6	Sim	Não	0	1
7	Sim	Não	0	1
8	Sim	Não	0	1
9	Sim	Não	0	1
10	Sim	Não	0	1
11	Sim	Não	0	1
12	Sim	Não	0	1
13	Sim	Não	0	1
14	Sim	Não	0	1
15	Sim	Não	0	1
16	Sim	Não	0	1
17	Sim	Não	0	1
18	Sim	Não	0	1
19	Sim	Não	0	1
20	Sim	Não	0	1
21	Sim	Não	0	1
22	Sim	Não	0	1
23	Sim	Não	0	1
24	Sim	Não	0	1
25	Sim	Não	0	1
26	Sim	Não	0	1
27	Sim	Não	0	1
28	Sim	Não	0	1
29	Sim	Não	0	1
30	Sim	Não	0	1
31	Sim	Não	0	1
32	Sim	Não	0	1
33	Sim	Não	0	1
34	Sim	Não	0	1
35	Sim	Não	0	1
36	Sim	Não	0	1
37	Sim	Não	0	1
38	Sim	Não	0	1
39	Sim	Não	0	1
40	Sim	Não	0	1
41	Sim	Não	0	1
42	Sim	Não	0	1
43	Sim	Não	0	1
44	Sim	Não	0	1
45	Sim	Não	0	1
46	Sim	Não	0	1
47	Sim	Não	0	1
48	Sim	Não	0	1

Pontuação Total do Reconhecimento
Mínimo = 0 Máximo = 48

Pares de Palavras I

4



Tempo Limite:
Ler um par de palavras à cadência de um par em cada 3 segundos. Fazer uma pausa de 5 segundos após a leitura de cada lista. Na tarefa de evocação dar a resposta correcta, se o sujeito responder em 5 segundos.



Registo:
Assinalar (✓) cada associação correcta. Registrar literalmente as respostas incorrectas.

Lista A	Evocação A	Resposta	Cor	0	1
Camião - Flecha		Flecha	X		1
Insecto - Fava		Flecha	X		1
Réptil - Palhaço			X		1
Banco - Vela			X		1
Estrela - Degrau		cadeira	X		1
Castor - Papel			X		1
Rosa - Saco			X		1
Elefante - Copo			X		1

Lista A - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

0

Cotação:
0 ou 1 ponto por item

Pontuação Total da 1ª Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

Lista B	Evocação B	Resposta	Cor	0	1
Estrela - Degrau		Copo	0	✓	
Elefante - Copo		Flecha	X		1
Insecto - Fava			X		1
Camião - Flecha			X		1
Réptil - Palhaço			X		1
Banco - Vela			X		1
Castor - Papel		Vela	0	✓	
Rosa - Saco		Copo	X		1

Lista B - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

2

Lista C	Evocação C	Resposta	Cor	0	1
Rosa - Saco			X		1
Castor - Papel		Copo	X		1
Estrela - Degrau		Copo	X		1
Réptil - Palhaço			X		1
Elefante - Copo		Copo	0	✓	
Insecto - Fava			X		1
Banco - Vela			X		1
Camião - Flecha			X		1

Lista C - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

1

Lista D	Evocação D	Resposta	Cor	0	1
Castor - Papel			X		1
Camião - Flecha		Saco	0	✓	
Estrela - Degrau		Flecha	X		1
Insecto - Fava			X		1
Rosa - Saco		Copo	0	✓	
Réptil - Palhaço			X		1
Banco - Vela		Papel	X		1
Elefante - Copo		Papel	X		1

Lista D - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

2

Cálculo da Evolução na Aprendizagem

2 - 0 = 2

Pont. Evocação Lista D
Mínimo = 0 Máximo = 8

Pont. Evocação Lista A
Mínimo = 0 Máximo = 8

Evolução na Aprendizagem
Mínimo = -8 Máximo = +8

Pontuação Total Evocação
Somar as Pontuações das Evocações de Listas A a D
Mínimo = 0 Máximo = 8

5

P. Exatas =

12

Memória Lógica II



Registo:
Assinalar (✓) cada Unidade de História literalmente evocada. Em cada Unidade de História, registar as respostas não literais.



Cotação:
0 ou 1 ponto por cada unidade, de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação descritos no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).



Com ajuda? Sim Não

História A	Cotação		Critérios de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
Maria	0	1	Indicação de que se trata de uma mulher.
Lopes,	0	1	Indicação de que se trata de um homem.
que vive no Lumiar	0	1	Indicação de que se trata de um bairro de Lisboa.
em Lisboa	0	1	Indicação de que se trata de uma cidade portuguesa.
e que trabalha	0	1	Indicação de que se trata de um profissional.
como cozinheira	0	1	Indicação de que se trata de uma profissão relacionada com a alimentação.
no refeitório	0	1	Indicação de que se trata de um espaço onde se come.
de uma escola.	0	1	Indicação de que se trata de um espaço onde se aprende.
queixou-se	0	1	Indicação de que se trata de uma queixa ou reclamação.
na esquadra	0	1	Indicação de que se trata de um espaço onde se trabalha.
da polícia	0	1	Indicação de que se trata de uma profissão relacionada com a segurança.
de ter sido assaltada	0	1	Indicação de que se trata de um crime.
na Avenida da Liberdade,	0	1	Indicação de que se trata de uma rua de Lisboa.
na noite anterior,	0	1	Indicação de que se trata de um período de tempo.
e de lhe terem roubado	0	1	Indicação de que se trata de um crime.
cinquenta e seis euros.	0	X	Indicação de que se trata de uma moeda.
Tinha quatro	0	X	Indicação de que se trata de um número.
filhos pequenos,	0	1	Indicação de que se trata de uma categoria de pessoas.
a renda por pagar	0	1	Indicação de que se trata de um tipo de pagamento.
e não comiam	0	1	Indicação de que se trata de uma situação relacionada com a alimentação.
há dois dias.	0	1	Indicação de que se trata de um período de tempo.
A polícia,	0	X	Indicação de que se trata de uma profissão relacionada com a segurança.
comovida com a história desta mulher,	0	1	Indicação de que se trata de uma reação emocional.
organizou um pedido	0	X	Indicação de que se trata de uma ação relacionada com a justiça.
em seu favor.	0	X	Indicação de que se trata de uma ação relacionada com a justiça.

História A
Pont. Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

5 4

História A
Pont. Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 7

Com ajuda? Sim Não

História B	Cotação		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
As 6	0	1	
da tarde	0	1	
de Domingo,	0	1	
João	0	X	
Sousa,	0	X	
que vive no Porto,	0	1	
		0	1
estava a ver televisão	0	X	
enquanto se vestia	0	X	
para sair.	0	1	
		0	1
O programa foi interrompido	0	1	
por um boletim meteorológico,	0	X	
		0	1
a avisar que se previa mau tempo	0	1	
para aquela zona,	0	1	
		0	1
nas próximas duas a três horas,	0	1	
que durara até de manhã.	0	1	
		0	1
O apresentador disse	0	1	
que o mau tempo poderia trazer granizo	0	X	
e chuva	0	X	
até quatro centímetros,	0	1	
acompanhados de ventos fortes	0	1	
de 120 Km/h.	0	1	
		0	1
João decidiu ficar em casa.	0	X	
		0	1
Despiu o seu casaco	0	X	
e sentou-se	0	X	
a ver filmes antigos.	0	X	
		0	1

História B
Pont. Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

11 7

História B
Pont. Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 8

Pontuação Total Evocação
Somar as Pontuações das Evocações Unid. História: Hist. A e Hist. B
Mínimo=0 Máximo=50

5 + 11 = 16 4 + 7 = 11

Pont. Total Unid. Temáticas
Somar as Pontuações das Evocações Unid. Temáticas: Hist. A e Hist. B
Mínimo=0 Máximo=15

Pontos = 9

Memória Lógica II (continuação)



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.

Reconhecimento

Item	História A	Resposta		Cotação	
		Sim	Não	0	1
1	O nome do senhor João Silva?	Sim	Não	0	X
2	Era Sábado o dia?	Sim	Não	0	X
3	Eram seis horas?	Sim	Não	0	X
4	A história passou-se no Porto?	Sim	Não	X	1
5	O João estava a ver televisão?	Sim	Não	0	X
6	O João estava a ver televisão?	Sim	Não	X	1
7	O João estava a ver televisão?	Sim	Não	0	X
8	A história passou-se no Porto?	Sim	Não	X	1
9	Ela estava a ver televisão?	Sim	Não	0	X
10	Ela estava a ver televisão?	Sim	Não	0	X
11	A história passou-se no Porto?	Sim	Não	X	1
12	Nome da mãe da senhora?	Sim	Não	0	X
13	A polícia apurou o crime?	Sim	Não	0	X
14	A polícia apurou o crime?	Sim	Não	0	X
15	A polícia apurou o crime?	Sim	Não	0	X
História B					
16	O nome do senhor João Silva?	Sim	Não ✓	0	X
17	Era Sábado o dia?	Sim	Não ✓	0	X
18	Eram seis horas?	Sim ✓	Não	0	X
19	A história passou-se no Porto?	Sim	Não	X	1
20	O João estava a ver televisão?	Sim ✓	Não	0	X
21	O João estava a ver televisão?	Sim ✓	Não	0	X
22	A programação foi interrompida?	Sim ✓	Não	0	X
23	Era esperado para o dia há de haver mau tempo na zona?	Sim	Não ✓	0	X
24	Era esperado o mau tempo manter-se na zona durante um dia?	Sim ✓	Não	0	X
25	Estava a viajar a uma velocidade inferior a 100 km/h?	Sim	Não	X	1
26	O apresentador disse que se poderia ouvir até 10 centímetros?	Sim	Não ✓	0	X
27	O apresentador disse que se poderia ouvir até 10 centímetros?	Sim	Não ✓	0	X
28	O apresentador disse que se poderia ouvir até 10 centímetros?	Sim ✓	Não	0	X
29	O João deu o dinheiro para a casa?	Sim ✓	Não	0	X
30	O João deu o dinheiro para a casa?	Sim	Não ✓	0	X

Pontuação Total do Reconhecimento
Mínimo = 0 Máximo = 30

24

Cálculo da Percentagem de Retenção

$$\frac{16}{8+13=21} \times 100 = 76,2$$

<p>Memória Lógica II Pontuação Total da Evocação (Mínimo=0 Máximo=50)</p>	<p>Memória Lógica I Pont. Evoc. Un. História da História A + Pont. Evoc. Un. História da História B - 2ª Evocação (Mínimo=0 Máximo=50)</p>
---	--

Percentagem de Retenção

Mínimo = 0% Máximo = 100%

13

Faces II



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.



Item	Resposta		Cotação	
1	Sim	Não	0	1
2	Sim	Não	0	1
3	Sim	Não	0	1
4	Sim	Não	0	1
5	Sim	Não	0	1
6	Sim	Não	0	1
7	Sim	Não	0	1
8	Sim	Não	0	1
9	Sim	Não	0	1
10	Sim	Não	0	1
11	Sim	Não	0	1
12	Sim	Não	0	1
13	Sim	Não	0	1
14	Sim	Não	0	1
15	Sim	Não	0	1
16	Sim	Não	0	1
17	Sim	Não	0	1
18	Sim	Não	0	1
19	Sim	Não	0	1
20	Sim	Não	0	1
21	Sim	Não	0	1
22	Sim	Não	0	1
23	Sim	Não	0	1
24	Sim	Não	0	1
25	Sim	Não	0	1
26	Sim	Não	0	1
27	Sim	Não	0	1
28	Sim	Não	0	1
29	Sim	Não	0	1
30	Sim	Não	0	1
31	Sim	Não	0	1
32	Sim	Não	0	1
33	Sim	Não	0	1
34	Sim	Não	0	1
35	Sim	Não	0	1
36	Sim	Não	0	1
37	Sim	Não	0	1
38	Sim	Não	0	1
39	Sim	Não	0	1
40	Sim	Não	0	1
41	Sim	Não	0	1
42	Sim	Não	0	1
43	Sim	Não	0	1
44	Sim	Não	0	1
45	Sim	Não	0	1
46	Sim	Não	0	1
47	Sim	Não	0	1
48	Sim	Não	0	1

Pontuação Total do Reconhecimento
Mínimo = 0 Máximo = 48

Cálculo da Percentagem de Retenção (Faces II)

$$\frac{\text{Pont. Total do Reconhecimento (Faces II)}}{\text{Pont. Total do Reconhecimento (Faces I)}} \times 100 = \text{Percentagem de Retenção}$$

Mínimo = 0% Máximo = 100%

14

Pares de Palavras II



Registo:
Assinalar (✓) cada associação correcta. Registrar literalmente as respostas incorrectas.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item

Item	Pala-associado	Resposta	Cotação	
1	Flecha	pecha	0	✓
2	Fava	fava	0	✓
3	Palhaço	palhaço	0	✓
4	Vela	papel	X	1
5	Degrau		X	1
6	Papel	calço	X	1
7	Saco	saco	0	✓
8	Copo	copo	0	✓

Pontuação Total da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

P. escalon. 11 **5**

Cálculo da Percentagem de Retenção

$$\frac{5}{2} \times 100 = 2,5 \times 100 = 250$$

Pares Palavras II Pont. Total da Evocação (Mínimo=0 Máximo=8) **2,5** Pares Palavras I Pont. Evocação Lista D (Mínimo=0 Máximo=3)

Percentagem de Retenção
Mínimo = 0% Máximo = 100%



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.

Item	Resposta		Cotação	
1	Sim	Não	0	✓
2	Sim	Não	0	✓
3	Sim	Não	0	✓
4	Sim	Não	0	✓
5	Sim	Não	0	✓
6	Sim	Não	0	✓
7	Sim	Não	0	✓
8	Sim	Não	0	✓
9	Sim	Não	0	✓
10	Sim	Não	0	✓
11	Sim	Não	0	✓
12	Sim	Não	0	✓
13	Sim	Não	0	✓
14	Sim	Não	0	✓
15	Sim	Não	0	✓
16	Sim	Não	0	✓
17	Sim	Não	0	✓
18	Sim	Não	0	✓
19	Sim	Não	0	✓
20	Sim	Não	0	✓
21	Sim	Não	0	✓
22	Sim	Não	0	✓
23	Sim	Não	0	✓
24	Sim	Não	0	✓
25	Sim	Não	0	✓
26	Sim	Não	0	✓
27	Sim	Não	0	✓
28	Sim	Não	0	✓
29	Sim	Não	0	✓
30	Sim	Não	0	✓
31	Sim	Não	0	✓
32	Sim	Não	0	✓
33	Sim	Não	0	✓
34	Sim	Não	0	✓
35	Sim	Não	0	✓
36	Sim	Não	0	✓
37	Sim	Não	0	✓
38	Sim	Não	0	✓
39	Sim	Não	0	✓
40	Sim	Não	0	✓
41	Sim	Não	0	✓
42	Sim	Não	0	✓
43	Sim	Não	0	✓
44	Sim	Não	0	✓
45	Sim	Não	0	✓
46	Sim	Não	0	✓
47	Sim	Não	0	✓
48	Sim	Não	0	✓

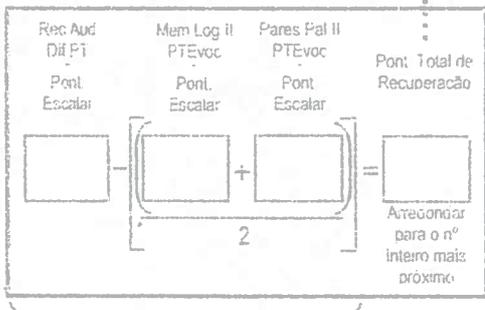
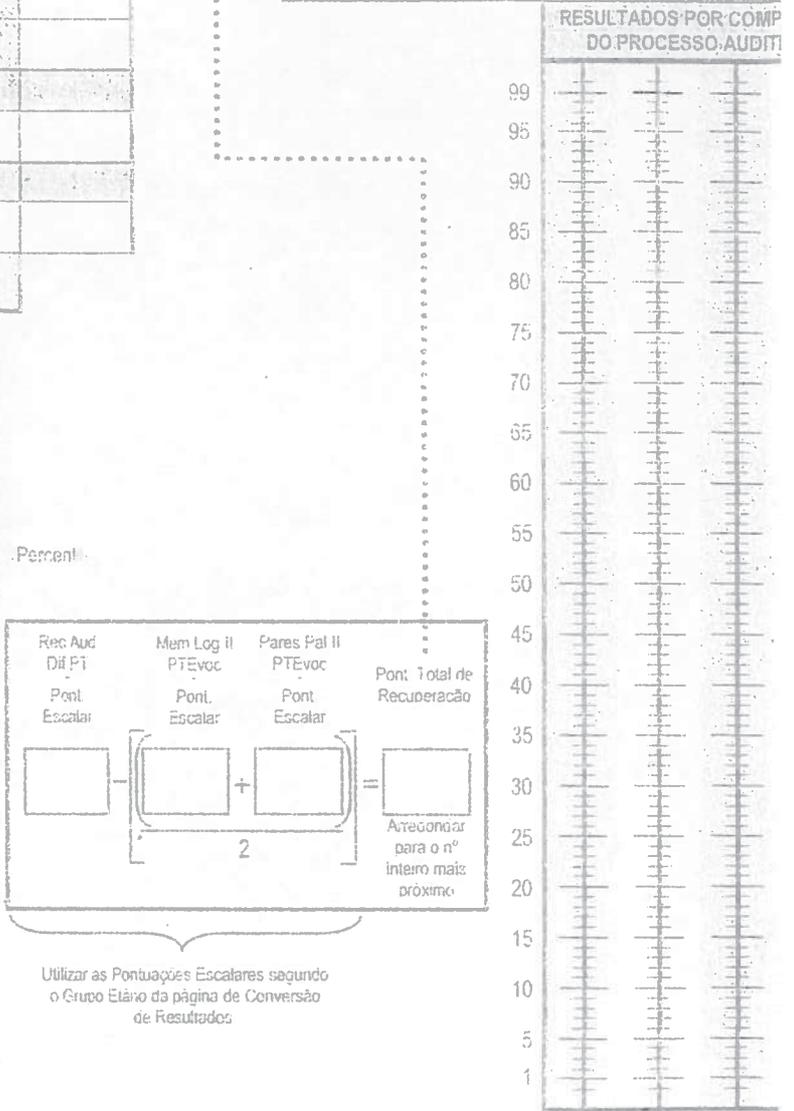
Pontuação Total do Reconhecimento
Mínimo = 0 Máximo = 24

24

Resultados dos Compostos do Processo Auditivo	Resultado em Pontos	Pontuações Escalares segundo o Grupo Etário			Resultado Escalar
		Exercício Único	Evolução na Aprendizagem	Retenção	
Memória Lógica I					
Pont. Total da 1ª Evocação	19	9			
Evolução na Aprendizagem	2		8		
Pares de Palavras I					
Pont. Total da 1ª Evocação	0	7			
Evolução na Aprendizagem	2		8		
Memória Lógica II					
Porcentagem de Retenção	76,2			9	
Pares de Palavras II					
Porcentagem de Retenção	21,5			5	
Somas das Pontuações Escalares					

RESULTADOS COMPOSTOS DO PROCESSO AUDITIVO	Exercício Único	Aprendizagem por Evolução na Aprendizagem	Retenção	Resultado Escalar
Percentis				

Resultados Escalares	Pontos	Pontuações Escalares segundo o Grupo Etário	Resultado Escalar
Informação e Orientação			
Pont. Total			
Memória Lógica I			
Pont. Total Un. Temáticas			
Listas de Palavras I			
Pont. Total 1ª Evocação			
Pont. Total Evocação			
Evolução na Aprendizagem			
Contraste 1			
Contraste 2			
Reprodução Visual I			
Pont. Total Evocação			
Localização Espacial			
Pont. Total Sentido Directo			
Pont. Total Sentido Inverso			
Controlo Mental I			
Pont. Total			
Memória de Dígitos			
Pont. Total			
Memória Lógica II			
Pont. Total Un. Temáticas			
Faces II			
Porcentagem de Retenção			
Ceas de Família II			
Porcentagem de Retenção			
Listas de Palavras II			
Pont. Total Evocação			
Pont. Total Reconhecim.			
Porcentagem de Retenção			
Reprodução Visual II			
Pont. Total Evocação			
Pont. Total Reconhecim.			
Pont. Total Cópia			
Pont. Total Discriminação			
Porcentagem de Retenção			



Utilizar as Pontuações Escalares segundo o Grupo Etário da página de Conversão de Resultados

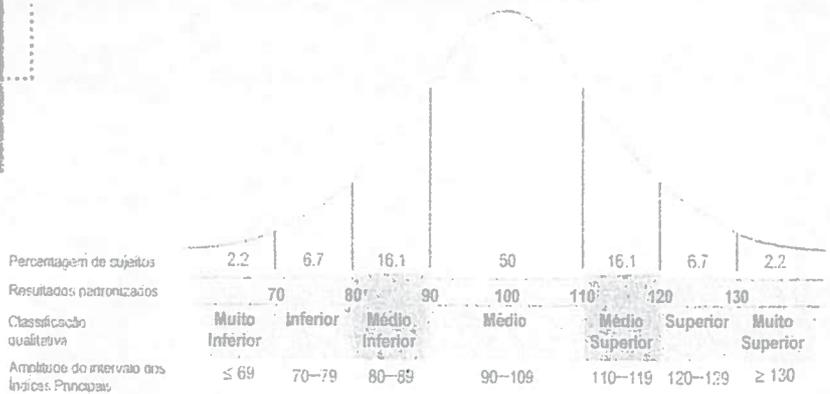
Resultados Principais	Resultados Brutos	Pontuações Escalares segundo o Grupo Etário								Grupo Referencial Pontuação Escalar
		Auditivo Imediato	Visual Imediato	Memória Imediata	Auditivo Diferido	Visual Diferido	Reconhecimento Auditivo Diferido	Memória Geral	Memória Trabalho	
Memória Lógica I Pont. Total Evocação	19	9								
Faces I Pont. Total Reconhecimento										
Pares de Palavras I Pont. Total Evocação	5	7								
Cenas de Família I Pont. Total Evocação										
Seqs. Letras e Números Pont. Total										
Localiz. Espacial Pont. Total										
Memória Lógica II Pont. Total Evocação	16				9					
Faces II Pont. Total Reconhecimento										
Pares de Palavras II Pont. Total Evocação	5				11					
Cenas de Família II Pont. Total Evocação										
Reconh. Auditivo Diferido Pont. Total	48						9			
Somas das Pontuações Escalares		13			20		9			

Para converter os Resultados Brutos em Pontuações Escalares e as Somas de Pontuações Escalares em Índices Principais, consultar o Anexo D do Manual de Administração e Cotação do WMS-III

Cálculo da Pontuação Total do Reconhecimento Auditivo Diferido

Mem. Lógica II Pont. Total Reconhecimento	Pares Palavras II Pont. Total Reconhecimento	Reconhecimento Auditivo Diferido Pont. Total
24	24	48
(Mín.=0 Máx.=30)	(Mín.=0 Máx.=24)	(Mín.=0 Máx.=54)

Percentagem de sujeitos distribuída pela curva normal



Análise de Diferenças

Resultado 1	Resultado 2	Resultado 1	Resultado 2	Diferença	Significância estatística	Frequência da diferença na amostra de aferição
					_____ %	
Auditivo Imediato	-	Visual Imediato				
Auditivo Imediato	-	Auditivo Diferido				
Visual Imediato	-	Visual Diferido				
Auditivo Diferido	-	Reconhecimento Auditivo Diferido				
Auditivo Diferido	-	Visual Diferido				
Memória Imediata	-	Memória Geral				
Memória Imediata	-	Memória de Trabalho				
Memória Geral	-	Memória de Trabalho				

A. I.

INECO FRONTAL SCREENING (IFS)- Versão Portuguesa

Nome: _____

Data de Nascimento 19 / 12 / 63 Data da Avaliação 22 / 04 / 2014

1. SERIES MOTORAS (PROGRAMAÇÃO)

“Olhe atentamente para o que estou a fazer”. O examinador realiza 3 vezes a serie de Luria (punho, canto, palma). Agora faça o mesmo com a sua mão direita, primeiro comigo e depois sozinho. O examinador realiza as series 3 vezes com o paciente de depois diz “agora faça sozinho”.

Pontuação: 6 series consecutivas sozinho: 3/ pelo menos 3 series consecutivas sozinho: 2/ o paciente falha 1 mas consegue fazer 3 series consecutivas com o observador: 1/ o paciente não faz 3 series consecutivas com o observador

3 / 3

2. INSTRUÇÕES CONFLITUOSAS (SENSIBILIDADE À INTERFERÊNCIA)

“Bata duas vezes quando eu bater uma vez” (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). “Bata uma vez quando eu bato duas vezes” (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

1 / 3

3. GO-NO-GO (CONTROLO INIBITÓRIO)

“Bata uma vez quando eu bater uma vez” (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). “Não bata quando eu bato duas vezes” (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

2 / 3

4. DÍGITOS INVERSO

ITEM	1ª TENTATIVA	P/F	2ª TENTATIVA	P/F
1	5-1	✓	3-8	✓
2	4-9-3	✓	5-2-6	✓
3	3-8-1-4 4-8-3	✗	1-7-9-5 5-7-9-1	✗
4	6-2-9-7-2		4-8-5-2-7	
5	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4	
6	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5	

2 / 6

5. MEMÓRIA DE TRABALHO VERBAL

Meses para trás (consideram-se erros: erros na ordem, omissões, não concluir a tarefa). Diga os meses do ano por ordem inversa, começando pelo último mês do ano.

Pontuação: sem erros: 2/ um erro: 1/ dois ou mais erros: 0.

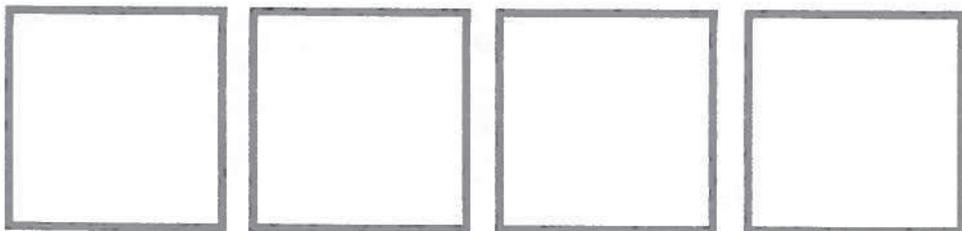
Dezembro ✓ - Novembro ✓ - Outubro ✓ - Setembro ✓
 Agosto ✓ - Julho ✓ - Junho ✓ - Maio ✓ - Abril ✓ - Março ✓ - Fevereiro ✓

1 / 2

6. MEMÓRIA DE TRABALHO ESPACIAL

Assinale os quadrados na ordem indicada, o paciente deverá copiar esta sequência de movimentos por ordem inversa. Comece devagar. O paciente decide que mão prefere utilizar.

- A) 1-2 ✓
- B) 2-4-3 ~~4-2-3~~ ✗
- C) 3-4-2-1 ~~3-1-2-4~~ ✗
- D) 1-4-2-3-4 ~~4-3-1-2-4~~ ✗



1 / 4

7. PROVÉRBIOS

1. Cão que ladra não morde "é' manso"

2. Mais vale prevenir que remediar

3. Em casa de ferreiro espeto de pau

"Por exemplo o meu maxido - tenho lá uma planta para semear e ele ainda não sem ou (é' jardimcixo)"

2 / 3

8. TESTE HAYLING

Etapa 1: Escute cuidadosamente esta frase e quando eu acabar de a ler, deverá dizer-me o mais rapidamente possível, que palavra poderá completar a frase.

1. Entra e fecha a haste ✓

2. Lutavam como cão e mordem - lre X

Etapa 2: Desta vez quero que me diga uma palavra que não faça sentido no contexto da frase, que não tenha nenhuma relação com a mesma. Por exemplo: o Daniel pregou o prego com a luva.

1. Abril águas mil ✓

2. Olho por olho dente por dente ✓

3. Quem tudo quer tudo perde ✓

Pontuação: palavra diferente: 2/ palavra com relação semântica: 1/ palavra exacta: 0.

0 / 6

Pontuação total: 12 / 30

Índice de memória de trabalho: _____ / 10



Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - Terceira Edição

Dados Biográficos

Caderno de Registo

	Ano	Mês	Dia
Data da Avaliação	2014	04	22
Data de Nascimento	1963	12	19
Idade Cronológica	50	04	03

Nome: _____ Sexo: Masculino Feminino

Endereço: _____ Contacto: _____

Habilidades literárias: 4^o ano de escolaridade Profissão: empregada de limpeza

Examinador: _____

Traduzido e adaptado com autorização.
Copyright © 1997 by NCS Pearson, Inc., U.S.A.
Copyright da adaptação portuguesa © 2008 by NCS Pearson, Inc., USA e CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados.

Edição: CEGOC-TEA - Av. António Augusto Aguiar, 21. 2º, 1050-012 Lisboa.
Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor. As infrações serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.
ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO EM TINTA AZUL. SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO OU NOUTRA COR É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL.

"Wechsler Adult Intelligence Scale", "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos" e "WAIS" são marcas registadas da Pearson Education, Inc. ou das suas afiliadas, nos E.U.A. e/ou noutros países. Pearson é uma marca registada da Pearson Education, Inc. ou das suas afiliadas, nos E.U.A. ou noutros países.
Printed in Portugal. Impresso em Portugal.
ISBN: 978-972-8817-45-0

3. Código - Tarefa de Codificação

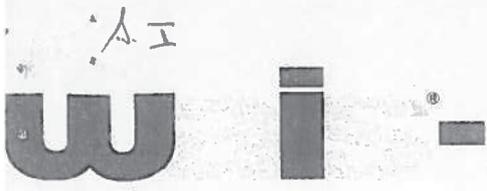
1	2	3	4	5	6	7	8	9
—	⊥	⊐	└	┘	○	∧	⊗	≡

Itens Exemplo

2	1	3	7	2	4	8	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4
⊥	—	⊐	∧	⊥	└	⊗	⊥	—	⊐	┘	—	└	⊥	⊐	└	⊥	⊐	—	└
5	6	3	1	4	1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3
┘	○	⊐	—	└	—	└	└	⊥	∧	○	⊐								
7	2	8	1	9	5	8	4	7	3	6	2	5	1	9	2	8	3	7	4
6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7	9	2	8	1	7
9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6
2	7	3	6	5	1	9	8	4	5	7	3	1	4	8	7	9	1	4	5
7	1	8	2	9	3	6	7	2	8	5	2	3	1	4	8	4	2	7	6

Conversão de soma do R.P em Índia $v.P = \underline{11} \rightarrow$ $v.P - 77$
 $P.C = 6$
 Intervalo de confiança
 90% - 72 - 86
 95% - 71 - 87
125 Pontos

Resultado Padronizado = 5



Nome _____

Data 2014-04-22

Examinador _____

Dextro Esquerdino/Canhoto

Caderno de Respostas

Symbol Search	Ricerca di Simboli	Symbol Søk	Hledání symbolů
Symboles	Símbolos	Symboler	Hi'adanie symbolov
Symboltest	Pesquisa de Símbolos	Merkintunnistus	
Διερεύνηση Συμβόλων	Symbolletning	Figuren Vergelijken	

Itens Exemplo

\oplus	\ominus	\oplus	\perp	$<$	\vdash	\sim	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\neq	\boxplus	$\bar{\cap}$	\boxplus	\lrcorner	\rightsquigarrow	\otimes	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\rightsquigarrow	\perp	\neq	\cap	\Uparrow	\approx	\boxplus	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

Itens Treino

\Vdash	$<$	\rightsquigarrow	\Vdash	\pm	$<$	\ominus	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\Uparrow	\approx	\perp	\rightsquigarrow	\cap	\oplus	\approx	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\approx	\ominus	$\bar{\cap}$	\pm	\lrcorner	\neq	\Uparrow	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO



Traduzido e adaptado com autorização.
 Copyright © 1997 by NCS Pearson, Inc., U.S.A.
 Copyright da adaptação portuguesa © 2008 by NCS Pearson, Inc., USA e CEGOC-TEA, Lisboa, Portugal. Todos os direitos reservados

Edição: CEGOC-TEA - Av. António Augusto Aguiar, 21, 2º, 1050-012 Lisboa
 Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem autorização escrita do editor.
 As infracções serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.
ESTE EXEMPLAR ESTÁ IMPRESSO EM TINTA AZUL, SE LHE APRESENTAREM UM EXEMPLAR A NEGRO OU NOUTRA COR É UMA REPRODUÇÃO ILEGAL.
 "Wechsler Adult Intelligence Scale", "Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos" e "WAIS" são marcas registadas da Pearson Education, Inc. ou das suas afiliadas, nos E.U.A. e/ou noutros países. Pearson é uma marca registada da Pearson Education, Inc. ou das suas afiliadas, nos E.U.A. ou noutros países.
 Printed in Portugal. Impresso em Portugal.

$>$	\neq	\neq	\neq	\circ	\square	\cup	SIM	NÃO	✓ 1
\uparrow	\perp	\neq	\neq	\neq	\neq	\ominus	SIM	NÃO	✓ 2
\cup	\cup	\Rightarrow	\neq	\neq	\neq	\neq	SIM	NÃO	✓ 3
\perp	\neq	\parallel	$\bar{\cap}$	\perp	\ominus	\checkmark	SIM	NÃO	✓ 4
\perp	\neq	\perp	\oplus	\neq	\perp	\neq	SIM	NÃO	✓ 5
\sim	\approx	\Rightarrow	\leftrightarrow	\neq	\ominus	\neq	SIM	NÃO	✓ 6
\Rightarrow	\dagger	\neq	\neq	\neq	\neq	\neq	SIM	NÃO	✓ 7
\square	\triangleright	\neq	\neq	\neq	\neq	\triangle	SIM	NÃO	X 1
\neq	\dagger	\emptyset	\subset	\rightarrow	\neq	\neq	SIM	NÃO	✓ 8
\rightarrow	\neq	\neq	\neq	\neq	\neq	\neq	SIM	NÃO	X 2
\neq	\lrcorner	\pm	\perp	\checkmark	\otimes	\emptyset	SIM	NÃO	✓ 9
\dagger	\rightarrow	\neq	\neq	\neq	\neq	\neq	SIM	NÃO	✓ 10
\oplus	\otimes	\circ	\oplus	\otimes	\otimes	\neq	SIM	NÃO	✓ 11
\Rightarrow	\dagger	\neq	\neq	\neq	\neq	\neq	SIM	NÃO	✓ 12
\perp	\triangleleft	\neq	\neq	\neq	\neq	\neq	SIM	NÃO	X 3

Resultado Pictomigado = 6

C 12 I 3

12-3=9

							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

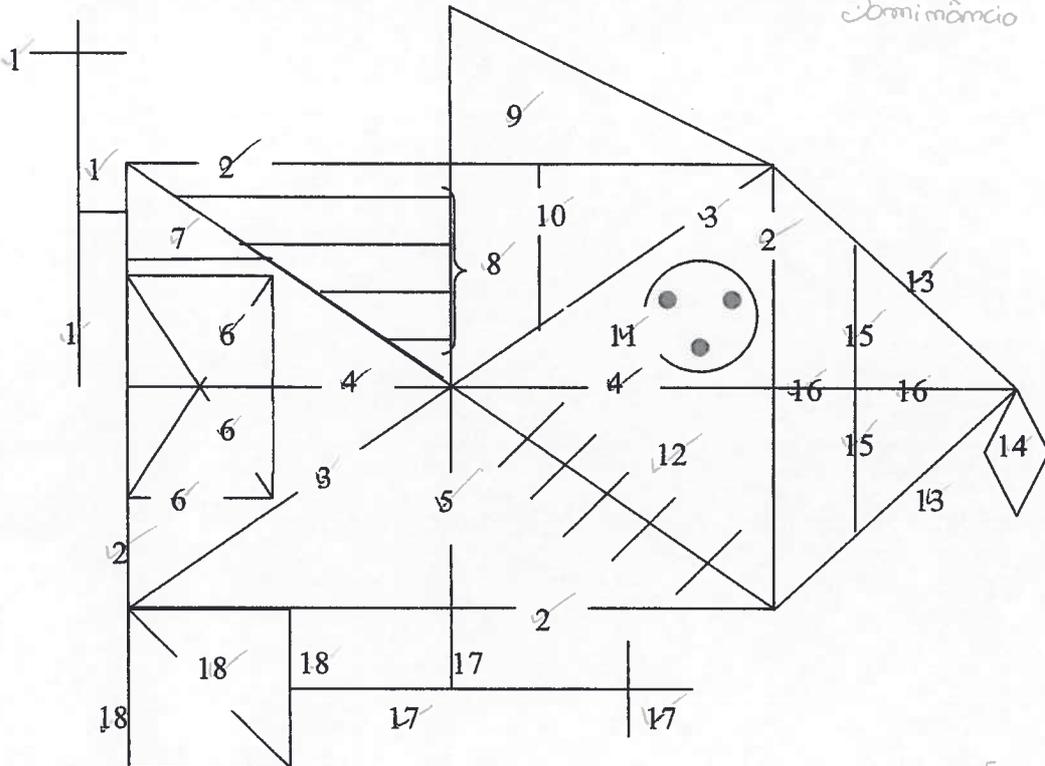
C _ _ I _ _

A. I.

NOME _____ PROFISSÃO Empregada de limpeza

HABILITAÇÕES 4º ano IDADE 50 DATA 22/04/14

Dominância Manual: Dextra



começou às 14:48h - 15:00h

15:05 - 15:10h

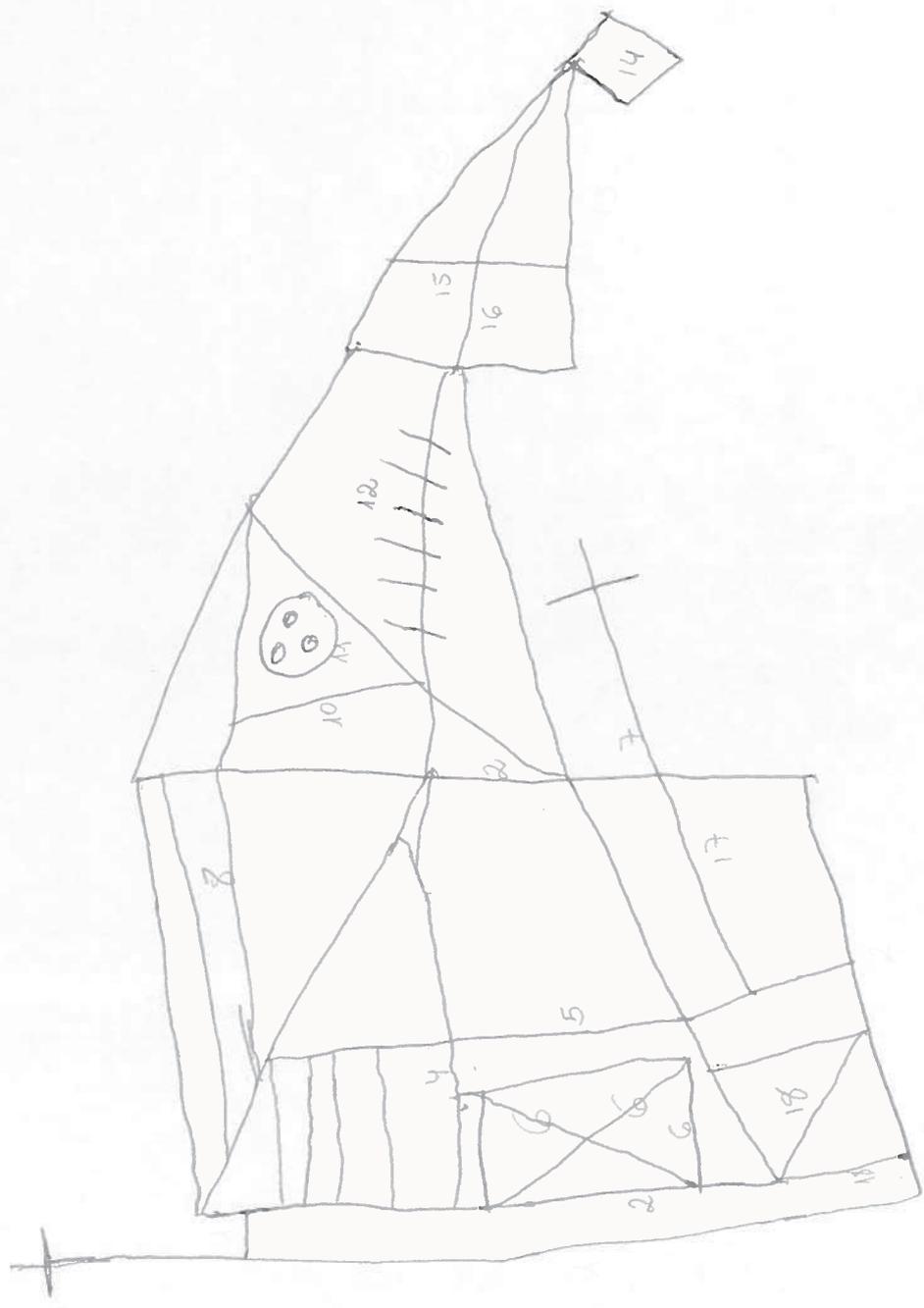
CÓPIA	
1	1
2	2
3	0
4	1
5	1
6	2
7	0
8	1
9	1/2
10	1/2
11	1/2
12	1/2
13	2
14	2
15	2
16	2
17	1/2
18	1
TOTAL	19,5
PERC.	1

Tipo _____
 Tempo _____
 Perc. _____
 Obs. começou pela
rua
colocou as folhas
com o triângulo
para cima
"folhas" não tem pic
deu cabeça
não se anda
começou

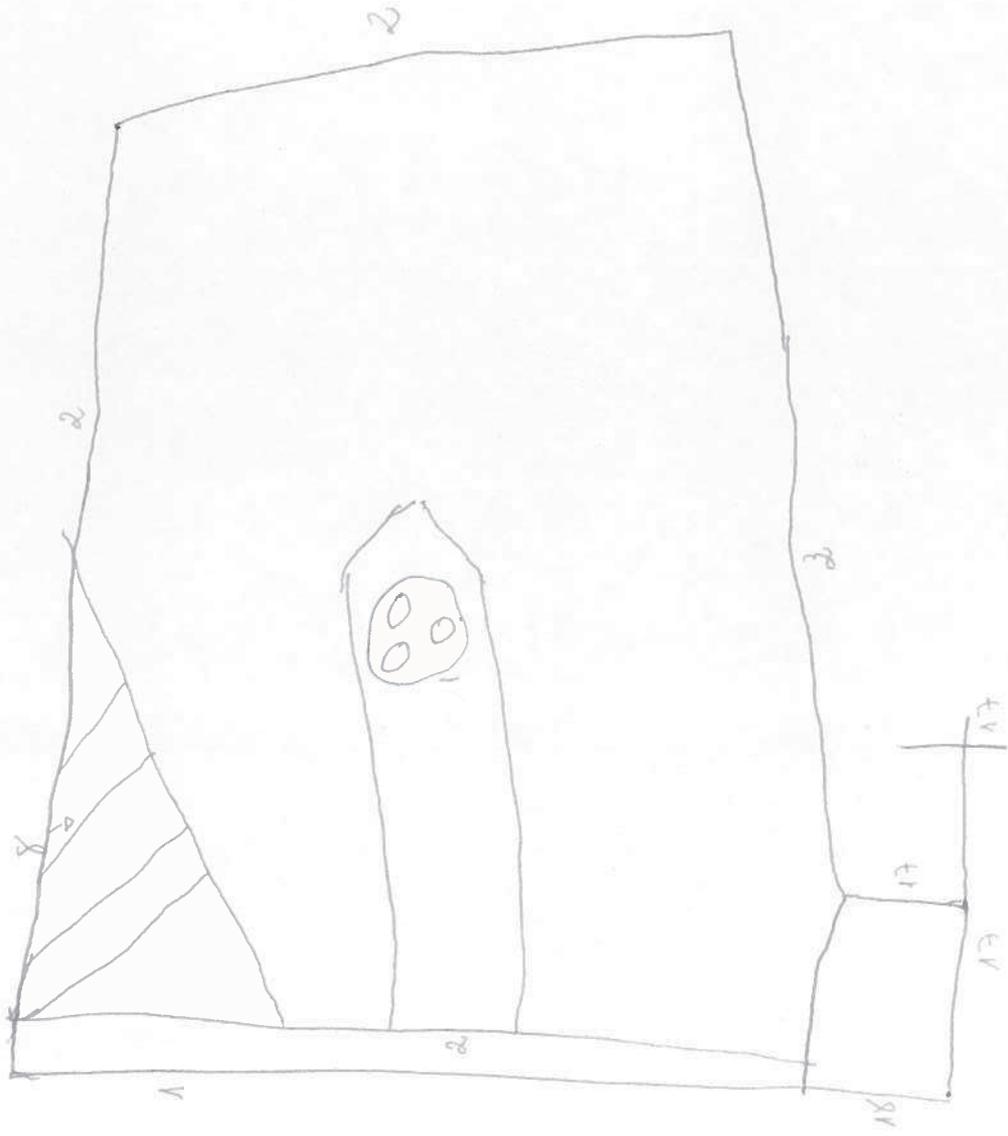
Tipo _____
 Tempo _____
 Perc. _____
 Obs. começou pela
rua se cruz

REPRODUÇÃO	
1	0
2	2
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	1
12	0
13	0
14	0
15	0
16	0
17	2
18	0
TOTAL	5
PERC.	1

O Psicólogo _____



Cópia
22-04-2014



R. J. ...

22-04-2014



Escala de Memória de Wechsler — Terceira Edição

Caderno de Registo



Memória Lógica I

2



Registo:
Assinalar (✓) cada Unidade de História literalmente evocada. Em cada Unidade de História, registar as respostas não literais.



Cotação:
0 ou 1 ponto por cada unidade, de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação descritos no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).

História

A

Maria Lopes, de 35 anos, casada, com dois filhos pequenos, vive em Lisboa, numa casa pequena, a renda por pagar e não comiam há dois dias. A polícia, comovida com a história desta mulher, organizou um pedido em seu favor.

História A	Cotação		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
Maria	0	1	Indicação de que se trata de Maria.
Lopes,	0	1	Indicação de que se trata de Lopes.
que vive no Lumiar	0	1	Indicação de que vive no Lumiar.
em Lisboa	0	1	Indicação de que vive em Lisboa.
e que trabalha	0	1	Indicação de que trabalha.
como cozinheira	0	1	Indicação de que trabalha como cozinheira.
no refeitório	0	1	Indicação de que trabalha no refeitório.
de uma escola,	0	1	Indicação de que trabalha numa escola.
queixou-se	0	1	Indicação de que se queixou.
na esquadra	0	1	Indicação de que se queixou na esquadra.
da polícia	0	1	Indicação de que se queixou na polícia.
de ter sido assaltada	0	1	Indicação de que foi assaltada.
na Avenida da Liberdade,	0	1	Indicação de que foi assaltada na Avenida da Liberdade.
na noite anterior,	0	1	Indicação de que foi assaltada na noite anterior.
e de lhe terem roubado	0	1	Indicação de que lhe foram roubados.
cinquenta e seis euros.	0	1	Indicação de que lhe foram roubados cinquenta e seis euros.
Tinhe quatro	0	1	Indicação de que tem quatro filhos.
filhos pequenos,	0	1	Indicação de que tem quatro filhos pequenos.
a renda por pagar	0	1	Indicação de que a renda por pagar é alta.
e não comiam	0	1	Indicação de que não comiam.
há dois dias.	0	1	Indicação de que não comiam há dois dias.
A polícia,	0	1	Indicação de que a polícia foi chamada.
comovida com a história desta mulher,	0	1	Indicação de que a polícia ficou comovida.
organizou um pedido	0	1	Indicação de que a polícia organizou um pedido.
em seu favor.	0	1	Indicação de que o pedido foi em seu favor.

História A
Pont. Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

5 3

História A
Pont. Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 7

História



1ª Evocação

As seis da tarde de Domingo, João Sousa, que vive no Porto, estava a ver televisão enquanto se vestia para sair. O programa foi interrompido por um boletim meteorológico, e avisar que se previa mau tempo para aquela zona, nas próximas duas a três horas, que duraria até de manhã. O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros, acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h. João decidiu ficar em casa. Despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos.

História B	Cotação		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
As 6 da tarde de Domingo,	0	1	Indicação de que o protagonista está a ver televisão
João Sousa,	0	1	Indicação de que o protagonista se está a vestir
que vive no Porto,	0	1	Indicação de que o protagonista está a sair de casa
estava a ver televisão enquanto se vestia para sair.	0	1	Indicação de que o protagonista está a ver televisão
O programa foi interrompido por um boletim meteorológico,	0	1	Indicação de que o protagonista está a ver televisão
a avisar que se previa mau tempo para aquela zona,	0	1	Indicação de que o protagonista está a ver televisão
nas próximas duas a três horas, que duraria até de manhã.	0	1	Indicação de que o protagonista está a ver televisão
O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros, acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h.	0	1	Indicação de que o protagonista está a ver televisão
João decidiu ficar em casa.	0	1	Indicação de que o protagonista decidiu ficar em casa
Despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos.	0	1	Indicação de que o protagonista decidiu ficar em casa

História B
Pont. 1ª Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

5 3

História B
Pont. 1ª Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 8

Cálculo da Pontuação Total da 1ª Evocação

5 + 5 = 10

História A Pont. Evoc. Un. História Mínimo = 0 Máximo = 25

História B Pont. 1ª Evoc. Un. História Mínimo = 0 Máximo = 25

Pontuação Total 1ª Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 50

História



2ª Evocação

Às seis da tarde de Domingo, João Sousa que vive no Porto, estava a ver televisão enquanto se vestia para sair. O programa foi interrompido por um boletim meteorológico a avisar que se previa mau tempo para aquela zona, nas próximas duas e três horas que duraria até de manhã. O apresentador disse que o mau tempo poderia trazer granizo e chuva até quatro centímetros acompanhados de ventos fortes de 120 Km/h. João decidiu ficar em casa. Despiu o seu casaco e sentou-se a ver filmes antigos.

História B	Cotação		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
As 6	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
da tarde	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
de Domingo.	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
João	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
Sousa,	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
que vive no Porto,	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
estava a ver televisão	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
enquanto se vestia	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
para sair.	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
O programa foi interrompido	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
por um boletim meteorológico,	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
a avisar que se previa mau tempo	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
para aquela zona,	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
nas próximas duas e três horas,	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
que duraria até de manhã.	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
O apresentador disse	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
que o mau tempo poderia trazer granizo	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
e chuva	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
até quatro centímetros,	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
acompanhados de ventos fortes	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
de 120 Km/h.	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
João decidiu ficar em casa.	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
Despiu o seu casaco	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
e sentou-se	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
a ver filmes antigos.	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.
	0	1	Indicação de que o programa estava a ser visto.

História B

Pont. 2ª Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

3 1

História B

Pont. 2ª Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 8

3+5+3 3+3+1
13 7

Pont. Total Unid. Temáticas

Somar as Pontuações das Evocações Unid. Temáticas: Hist. A, Hist. B - 1ª e 2ª Evocações
Mínimo=0 Máximo=23

Pontuação Total Evocação

Somar as Pontuações das Evocações Unid. História: Hist. A, Hist. B - 1ª e 2ª Evocações
Mínimo=0 Máximo=75

Cálculo da Evolução na Aprendizagem

3 - 5 = -2
História B Pont. 2ª Evocação Unid. História Mínimo = 0 Máximo = 25
História B Pont. 1ª Evocação Unid. História Mínimo = 0 Máximo = 25
Evolução na Aprendizagem Mínimo = -25 Máximo = +25

Faces I

3



Tempo Limite:
Apresentar cada uma das 24 faces durante 2 segundos.



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.

Item	Sim	Não	0	1
1	Sim	Não	0	1
2	Sim	Não	0	1
3	Sim	Não	0	1
4	Sim	Não	0	1
5	Sim	Não	0	1
6	Sim	Não	0	1
7	Sim	Não	0	1
8	Sim	Não	0	1
9	Sim	Não	0	1
10	Sim	Não	0	1
11	Sim	Não	0	1
12	Sim	Não	0	1
13	Sim	Não	0	1
14	Sim	Não	0	1
15	Sim	Não	0	1
16	Sim	Não	0	1
17	Sim	Não	0	1
18	Sim	Não	0	1
19	Sim	Não	0	1
20	Sim	Não	0	1
21	Sim	Não	0	1
22	Sim	Não	0	1
23	Sim	Não	0	1
24	Sim	Não	0	1
25	Sim	Não	0	1
26	Sim	Não	0	1
27	Sim	Não	0	1
28	Sim	Não	0	1
29	Sim	Não	0	1
30	Sim	Não	0	1
31	Sim	Não	0	1
32	Sim	Não	0	1
33	Sim	Não	0	1
34	Sim	Não	0	1
35	Sim	Não	0	1
36	Sim	Não	0	1
37	Sim	Não	0	1
38	Sim	Não	0	1
39	Sim	Não	0	1
40	Sim	Não	0	1
41	Sim	Não	0	1
42	Sim	Não	0	1
43	Sim	Não	0	1
44	Sim	Não	0	1
45	Sim	Não	0	1
46	Sim	Não	0	1
47	Sim	Não	0	1
48	Sim	Não	0	1

Pontuação Total do Reconhecimento
Mínimo = 0 Máximo = 48

Pares de Palavras I

4



Tempo Limite:
Ler um par de palavras à cadência de um par em cada 3 segundos. Fazer uma pausa de 5 segundos após a leitura de cada lista. Na tarefa de evocação dar a resposta correcta, se o sujeito responder em 5 segundos.



Registo:
Assinalar (✓) cada associação correcta. Registrar literalmente as respostas incorrectas.

Lista A	Evocação	Resposta	Cotação
Camião - Flecha		Rosa	0 1
Insecto - Fava		—	0 1
Réptil - Palhaço		sol	0 1
Banco - Vela		—	0 1
Estrela - Degrau		—	0 1
Castor - Papel		—	0 1
Rosa - Saco		Rosa	0 1
Elefante - Copo		—	0 1

Lista A - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

0

Cotação:
0 ou 1 ponto por it

Pontuação Total da 1ª Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

Lista B	Evocação	Resposta	Cotação
Estrela - Degrau		reptil	0 1
Elefante - Copo		—	0 1
Insecto - Fava		—	0 1
Camião - Flecha		—	0 1
Réptil - Palhaço		sol	0 1
Banco - Vela		—	0 1
Castor - Papel		—	0 1
Rosa - Saco		—	0 1

Lista B - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

0

Lista C	Evocação	Resposta	Cotação
Rosa - Saco		Banco	0 1
Castor - Papel		—	0 1
Estrela - Degrau		Flecha	0 1
Réptil - Palhaço		estrela	0 1
Elefante - Copo		flecha	0 1
Insecto - Fava		degrau	0 1
Banco - Vela		—	0 1
Camião - Flecha		—	0 1

Lista C - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

1

Lista D	Evocação	Resposta	Cotação
Castor - Papel		—	0 1
Camião - Flecha		—	0 1
Estrela - Degrau		Banco	0 1
Insecto - Fava		—	0 1
Rosa - Saco		copo	0 1 ✓
Réptil - Palhaço		—	0 1
Banco - Vela		—	0 1
Elefante - Copo		—	0 1

Lista D - Pontuação da Evocação
Mínimo = 0 Máximo = 8

1

Pontuação Total Evocação
Somar as Pontuações das Evocações das Listas A a D
Mínimo=0 Máximo=8

2

Cálculo da Evolução na Aprendizagem

1 - 0 = 1

Pont. Evocação Lista D
Mínimo=0 Máximo=8

Pont. Evocação Lista A
Mínimo=0 Máximo=8

Evolução na Aprendizagem
Mínimo = -8 Máximo = +8



Registro:
Assinalar (✓) cada Unidade de História literalmente evocada. Em cada Unidade de História, registar as respostas não literais.



Cotação:
0 ou 1 ponto por cada unidade, de História ou Temática. Consultar os critérios de cotação descritos no Manual de Administração e Cotação (Capítulo 4 e Anexo A).



Com ajuda? Sim Não

História A	Cotação		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
Mãe	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
Lopes,	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
que vive no Lumiar	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
em Lisboa.	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
e que trabalha	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
como cozinheira	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
no refeitório	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
de uma escola.	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
queixou-se	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
na esquadra	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
da polícia	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
de ter sido assaltada	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
na Avenida da Liberdade,	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
na noite anterior,	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
e de lhe terem roubado	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
cinquenta e seis euros.	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
Tinha quatro	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
filhos pequenos,	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
a renda por pagar	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
e não comiam	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
há dois dias.	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
A polícia,	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
comovida com a história desta mulher,	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
organizou um pedido	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.
em seu favor.	0	1	Indicação de que a protagonista é sempre da família.

História A
Pont. Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

5 2

História A
Pont. Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 7

Com ajuda? Sim Não

História B	Cifragem		Critério de Cotação
	Unidade de História	Unidade Temática	
Às 6	0	1	
da tarde	0	1	
de Domingo,	0	1	
João	0	1	
Sousa,	0	1	
que vive no Porto,	0	1	
		0	1
estava a ver televisão	0	1	
enquanto se vestia	0	1	
para sair.	0	1	
		0	1
O programa foi interrompido	0	1	
por um boletim meteorológico,	0	1	
		0	1
e avisar que se pre via mau tempo	0	1	
para aquela zona,	0	1	
		0	1
nas próximas duas a três horas	0	1	
que duraria até de manhã.	0	1	
		0	1
O apresentador disse	0	1	
que o mau tempo poderia trazer granizo	0	1	
e chuva	0	1	
até quatro centímetros,	0	1	
acompanhados de ventos fortes	0	1	
de 120 Km/h.	0	1	
		0	1
João decidiu ficar em casa.	0	1	
		0	1
Deceu o seu casaco	0	1	
e sentou-se	0	1	
a ver filmes antigos.	0	1	
		0	1

História B
Pont. Evocação Unid. História
Mínimo = 0 Máximo = 25

3 2

História B
Pont. Evocação Unid. Temáticas
Mínimo = 0 Máximo = 6

Pontuação Total Evocação
Somar as Pontuações das Evocações
Unid. História, Hist. A e Hist. B
Mínimo=0 Máximo=50

5+3
8

Pont. Total Unid. Temáticas
Somar as Pontuações das Evocações
Unid. Temáticas: Hist. A e Hist. B
Mínimo=0 Máximo=15

3+2
4



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.

Item	História A	Resposta		Cotação	
		Sim	Não	0	1
1		Sim	Não	0	✓
2		Sim	Não	0	✓
3		Sim	Não	0	✓
4		Sim	Não	0	✓
5		Sim	Não	0	✓
6		Sim	Não	0	✓
7		Sim	Não	0	✓
8		Sim	Não	0	✓
9		Sim	Não	0	✓
10		Sim	Não	0	✓
11		Sim	Não	0	✓
12		Sim	Não	0	✓
13		Sim	Não	0	✓
14		Sim	Não	0	✓
15		Sim	Não	0	✓
História B					
16		Sim	Não	0	✓
17		Sim	Não	0	✓
18		Sim	Não	0	✓
19		Sim	Não	0	✓
20		Sim	Não	0	✓
21		Sim	Não	0	✓
22		Sim	Não	0	✓
23		Sim	Não	0	✓
24		Sim	Não	0	✓
25		Sim	Não	0	✓
26		Sim	Não	0	✓
27		Sim	Não	0	✓
28		Sim	Não	0	✓
29		Sim	Não	0	✓
30		Sim	Não	0	✓

Pontuação Total do Reconhecimento
Mínimo = 0 Máximo = 30

21

Cálculo da Percentagem de Retenção

$$\frac{8}{5+3=8} \times 100 = 100$$

Memória Lógica II
Pontuação Total da Evocação
(Mínimo=0 Máximo=50)

Memória Lógica I
Pont. Evoc. Un. História da
História A +
Pont. Evoc. Un. História da
História B—2ª Evocação
(Mínimo=0 Máximo=50)

Percentagem de Retenção
Mínimo = 0% Máximo = 100%

13

Faces II



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.



Item	Resposta		Cotação	
1	Sim	Não	0	1
2	Sim	Não	0	1
3	Sim	Não	0	1
4	Sim	Não	0	1
5	Sim	Não	0	1
6	Sim	Não	0	1
7	Sim	Não	0	1
8	Sim	Não	0	1
9	Sim	Não	0	1
10	Sim	Não	0	1
11	Sim	Não	0	1
12	Sim	Não	0	1
13	Sim	Não	0	1
14	Sim	Não	0	1
15	Sim	Não	0	1
16	Sim	Não	0	1
17	Sim	Não	0	1
18	Sim	Não	0	1
19	Sim	Não	0	1
20	Sim	Não	0	1
21	Sim	Não	0	1
22	Sim	Não	0	1
23	Sim	Não	0	1
24	Sim	Não	0	1
25	Sim	Não	0	1
26	Sim	Não	0	1
27	Sim	Não	0	1
28	Sim	Não	0	1
29	Sim	Não	0	1
30	Sim	Não	0	1
31	Sim	Não	0	1
32	Sim	Não	0	1
33	Sim	Não	0	1
34	Sim	Não	0	1
35	Sim	Não	0	1
36	Sim	Não	0	1
37	Sim	Não	0	1
38	Sim	Não	0	1
39	Sim	Não	0	1
40	Sim	Não	0	1
41	Sim	Não	0	1
42	Sim	Não	0	1
43	Sim	Não	0	1
44	Sim	Não	0	1
45	Sim	Não	0	1
46	Sim	Não	0	1
47	Sim	Não	0	1
48	Sim	Não	0	1

Pontuação Total do Reconhecimento

Mínimo = 0 Máximo = 48

Cálculo da Percentagem de Retenção (Faces II)

$$\frac{\text{Pont. Total do Reconhecimento}}{\text{Pont. Total do Reconhecimento}} \times 100 =$$

Faces II
Pont. Total do Reconhecimento
(Mínimo=0 Máximo=48)

Faces I
Pont. Total do Reconhecimento
(Mínimo=0 Máximo=48)

Percentagem de Retenção
Mínimo = 0% Máximo = 100%

Pontuação Total do Reconhecimento

Mínimo = 0 Máximo = 24

Pares de Palavras II



Registo:
Assinalar (✓) cada associação correcta. Registrar literalmente as respostas incorrectas.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item

Item	Pal. A	Pal. B	Resposta	Cotação	
1	Flecha	Flecha	flecha	0	✓
2	Fava	Fava	favel	0	1
3	Palhaço	Palhaço	✓	1	1
4	Vela	Vela	✓	1	1
5	Degrau	Degrau	✓	1	1
6	Papel	Papel	✓	1	1
7	Saco	Saco	✓	1	1
8	Copo	Copo	copo	0	1

Pontuação Total da Evocação

Mínimo = 0 Máximo = 8

Cálculo da Percentagem de Retenção

$$\frac{8}{8} \times 100 = 100$$

Pares Palavras II
Pont. Total da Evocação
(Mínimo=0 Máximo=8)

Pares Palavras I
Pont. Evocação (Lista D)
(Mínimo=0 Máximo=8)

Percentagem de Retenção
Mínimo = 0% Máximo = 100%



Registo:
Assinalar Sim ou Não.



Cotação:
0 ou 1 ponto por item.

Item	Resposta		Cotação	
1	Sim	Não	0	✓
2	Sim	Não	0	✓
3	Sim	Não	0	✓
4	Sim	Não	0	✓
5	Sim	Não	0	✓
6	Sim	Não	0	✓
7	Sim	Não	0	✓
8	Sim	Não	0	✓
9	Sim	Não	0	✓
10	Sim	Não	0	✓
11	Sim	Não	0	✓
12	Sim	Não	0	✓
13	Sim	Não	0	✓
14	Sim	Não	0	✓
15	Sim	Não	0	✓
16	Sim	Não	0	✓
17	Sim	Não	0	✓
18	Sim	Não	0	✓
19	Sim	Não	0	✓
20	Sim	Não	0	✓
21	Sim	Não	0	✓
22	Sim	Não	0	✓
23	Sim	Não	0	✓
24	Sim	Não	0	✓

Pontuação Total do Reconhecimento

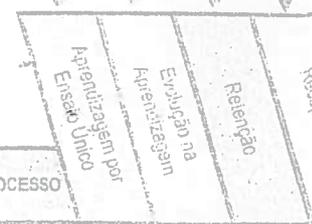
Mínimo = 0 Máximo = 24

Resultados dos Compositos do Processo Auditivo	Resultados Brutos	Pontuações Escalares segundo o Grupo Etário			Pontuação de Recuperação para o nº de Escalares
		Aprendizagem por Escala Unica	Evolução na Aprendizagem	Retenção	
Memória Lógica I					
Pont. Total da 1ª Evocação	10	F			
Evolução na Aprendizagem	-2		4		
Pares de Palavras I					
Pont. Total da 1ª Evocação	0	F			
Evolução na Aprendizagem	Δ		F		
Memória Lógica II					
Percentagem de Retenção	100			15	
Pares de Palavras II					
Percentagem de Retenção	100			13	
Somas das Pontuações Escalares					

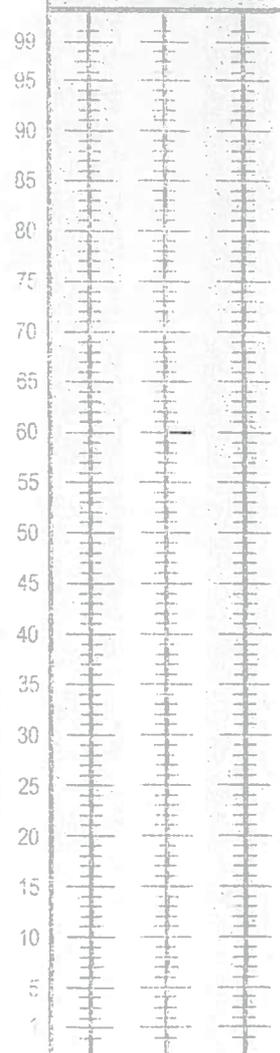
**RESULTADOS
COMPOSITOS DO PROCESSO
AUDITIVO**

Somas das
Pontuações Escalares
(Pont. Total de Recuperação)

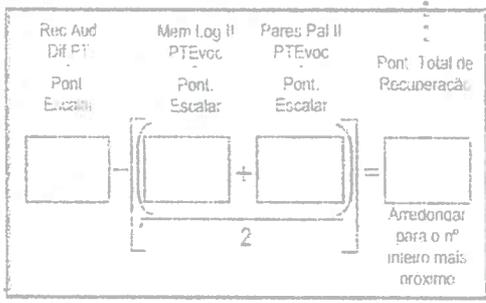
Percentis



RESULTADOS POR COMPOSITO DO PROCESSO AUDITIVO



Resultados Compositos	Resultados Escalares	Pontuações Escalares segundo o Grupo Etário	Grupo de Pontuações Escalares
Informação e Orientação			
Pont. Total			
Memória Lógica I			
Pont. Total Un. Temáticas			
Listas de Palavras I			
Pont. Total 1ª Evocação			
Pont. Total Evocação			
Evolução na Aprendizagem			
Contraste 1			
Contraste 2			
Reprodução Visual I			
Pont. Total Evocação			
Localização Espacial			
Pont. Total Sentido Directo			
Pont. Total Sentido Inverso			
Controlo Mental			
Pont. Total			
Memória de Dígitos			
Pont. Total			
Memória Lógica II			
Pont. Total Un. Temáticas			
Faces II			
Percentagem de Retenção			
Cenas de Família II			
Percentagem de Retenção			
Listas de Palavras II			
Pont. Total Evocação			
Pont. Total Reconhecim.			
Percentagem de Retenção			
Reprodução Visual II			
Pont. Total Evocação			
Pont. Total Reconhecim.			
Pont. Total Cópia			
Pont. Total Discriminação			
Percentagem de Retenção			



Utilizar as Pontuações Escalares segundo o Grupo Etário na página de Conversão de Resultados

Resultados Principais	Resultados Brutos	Pontuações Escalares Segundo o Grupo Etário								Grupo Referencial Pontuações Escalares
		Auditivo Imediato	Visual Imediato	Memória Imediata	Auditivo Diferido	Visual Diferido	Reconhecimento Auditivo Diferido	Memória Geral	Memória Trabalho	
Memória Lógica I Pont. Total Evocação	10	2								
Faces I Pont. Total Reconhecimento										
Pares de Palavras I Pont. Total Evocação	2	5								
Cenas de Família I Pont. Total Evocação										
Seqs. Letras e Números Pont. Total										
Localiz. Espacial Pont. Total										
Memória Lógica II Pont. Total Evocação	8				6					
Faces II Pont. Total Reconhecimento										
Pares de Palavras II Pont. Total Evocação	1				7					
Cenas de Família II Pont. Total Evocação										
Reconh. Auditivo Diferido Pont. Total	45						7			
Somas das Pontuações Escalares		10			13		7			

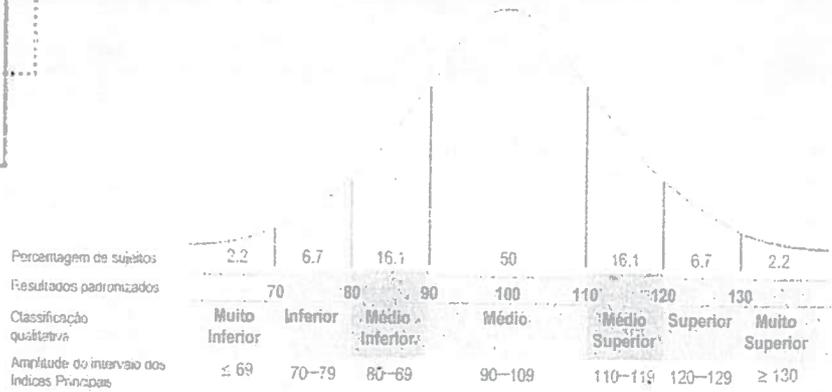
Para converter os Resultados Brutos em Pontuações Escalares e as Somas de Pontuações Escalares em Índices Principais, consultar o Anexo D do Manual de Administração e Cotação da WMS-III.

Cálculo da Pontuação Total do Reconhecimento Auditivo Diferido

Mem. Lógica II Pont. Total Reconhecimento	Pares Palavras II Pont. Total Reconhecimento	Reconhecimento Auditivo Diferido Pont. Total
21	24	45
(Min.=0 Máx.= 30)	(Min.=0 Máx.= 24)	(Min.=0 Máx.= 54)

$21 \div 24 = 45$

Percentagem de sujeitos distribuída pela curva normal



Análise de Diferenças

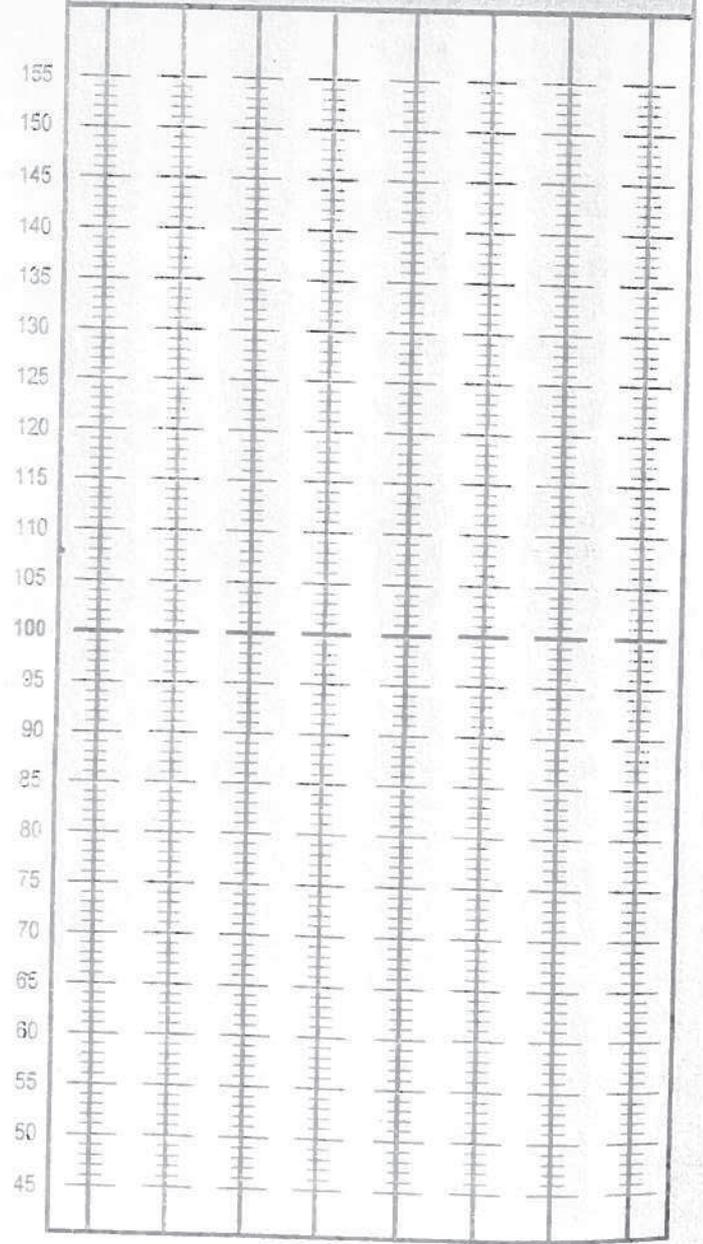
Resultado 1	Resultado 2	Resultado 1	Resultado 2	Diferença	Significância estatística	Frequência da diferença na amostra de aferição
Auditivo Imediato	Visual Imediato				_____ %	
Auditivo Imediato	Auditivo Diferido					
Visual Imediato	Visual Diferido					
Auditivo Diferido	Reconhecimento Auditivo Diferido					
Auditivo Diferido	Visual Diferido					
Memória Imediata	Memória Geral					
Memória Imediata	Memória de Trabalho					
Memória Geral	Memória de Trabalho					

RESULTADOS ÍNDICES PRINCIPAIS	Análise Imediata	Visual Imediato	Memória Imediata	Audição Diferido	Visual Diferido	Reconhecimento Auditivo Diferido	Memória Geral	Memória de Trabalho
Somas das Pontuações Escalares	10		13		8			
Índices Principais	68		81		86			
Percentis	2		10		18			
Intervalos de Confiança	95 %	63-77	74-92		78-100			

PONTUAÇÕES ESCALARES DOS RESULTADOS PRINCIPAIS

	MEMÓRIA IMEDIATA					MEMÓRIA GERAL (MEMÓRIA DIFERIDA)					MEMÓRIA DE TRABALHO	
	AUDITIVA		VISUAL			AUDITIVA		VISUAL			AUDITIVA	VISUAL
	Mem Log I PTEvoc	Pares Pal I PTEvoc	Figas I PTEvoc	Con Fm I PTEvoc		Mem Log II PTEvoc	Pares Pal II PTEvoc	Res Aud Dif	Figas II PTEvoc		Con Fm II PTEvoc	Seq Let Alfab PT
19	-	-	-	-	19	-	-	-	-	19	-	-
18	-	-	-	-	18	-	-	-	-	18	-	-
17	-	-	-	-	17	-	-	-	-	17	-	-
16	-	-	-	-	16	-	-	-	-	16	-	-
15	-	-	-	-	15	-	-	-	-	15	-	-
14	-	-	-	-	14	-	-	-	-	14	-	-
13	-	-	-	-	13	-	-	-	-	13	-	-
12	-	-	-	-	12	-	-	-	-	12	-	-
11	-	-	-	-	11	-	-	-	-	11	-	-
10	-	-	-	-	10	-	-	-	-	10	-	-
9	-	-	-	-	9	-	-	-	-	9	-	-
8	-	-	-	-	8	-	-	-	-	8	-	-
7	-	-	-	-	7	-	-	-	-	7	-	-
6	-	-	-	-	6	-	-	-	-	6	-	-
5	-	-	-	-	5	-	-	-	-	5	-	-
4	-	-	-	-	4	-	-	-	-	4	-	-
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3	-	-
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-
1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-

RESULTADOS POR ÍNDICE PRINCIPAL



A. F.

INECO FRONTAL SCREENING (IFS)- Versão Portuguesa

Nome: _____

Data de Nascimento ___/___/___ Data da Avaliação 23/09/14

1. SERIES MOTORAS (PROGRAMAÇÃO)

"Olhe atentamente para o que estou a fazer". O examinador realiza 3 vezes a serie de Luria (punho, canto, palma). Agora faça o mesmo com a sua mão direita, primeiro comigo e depois sozinho. O examinador realiza as series 3 vezes com o paciente de depois diz "agora faça sozinho".

Pontuação: 6 series consecutivas sozinho: 3/ pelo menos 3 series consecutivas sozinho: 2/ o paciente falha 1 mas consegue fazer 3 series consecutivas com o observador: 1/ o paciente não faz 3 series consecutivas com o observador

1/2/3/4/5/6

3 / 3

2. INSTRUÇÕES CONFLITUOSAS (SENSIBILIDADE À INTERFERÊNCIA)

"Bata duas vezes quando eu bater uma vez" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). "Bata uma vez quando eu bato duas vezes" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

10 / 3

3. GO-NO-GO (CONTROLO INIBITÓRIO)

"Bata uma vez quando eu bater uma vez" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 1-1-1). "Não bata quando eu bato duas vezes" (para verificar se o paciente compreendeu bem a instrução realize uma serie de 3 provas: 2-2-2). O examinador realiza a seguinte serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Pontuação: sem erros: 3/ um ou dois erros: 2/ mais de dois erros: 1/ o paciente bate como o examinador pelo menos 4 vezes consecutivas: 0.

2 / 3

4. DÍGITOS INVERSO

ITEM	1ª TENTATIVA	P/F	2ª TENTATIVA	P/F
1	5-1	✓	3-8	✓
2	4-9-3	✓	5-2-6	✗
3	3-8-1-4	✓	1-7-9-5	✗
4	6-2-9-7-2	✗	4-8-5-2-7	✗
5	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4	
6	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5	

3 / 6

5. MEMÓRIA DE TRABALHO VERBAL

Meses para trás (consideram-se erros: erros na ordem, omissões, não concluir a tarefa). Diga os meses do ano por ordem inversa, começando pelo último mês do ano.

Pontuação: sem erros: 2/ um erro:1/ dois ou mais erros:0.

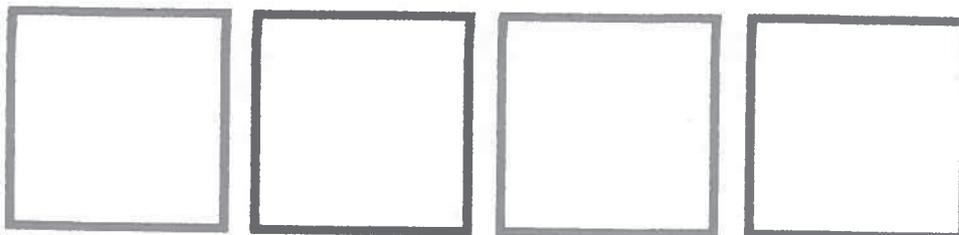
Dez / Nov / out / set / Agosto / Julh /
Junh / Maio / Abril / Março / Fevereiro / Janeiro

2 / 2

6. MEMÓRIA DE TRABALHO ESPACIAL

Assinale os quadrados na ordem indicada, o paciente deverá copiar esta sequência de movimentos por ordem inversa. Comece devagar. O paciente decide que mão prefere utilizar.

- A) 1-2 ✓
- B) 2-4-3 ✓
- C) 3-4-2-1 ✓
- D) 1-4-2-3-4 >



3 / 4

7. PROVÉRBIOS

1. Cão que ladra não morde - *ladra mas é manso*
2. Mais vale prevenir que remediar ~~o melhor é prevenir~~ *dentro fazer antes v si*
3. Em casa de ferreiro espeto de pau *3 hoje*

↓
peço recebe do algo e m amanha

1 / 3

8. TESTE HAYLING

Etapa 1: Escute cuidadosamente esta frase e quando eu acabar de a ler, deverá dizer-me o mais rapidamente possível, que palavra poderá completar a frase.

1. Entra e fecha a pata
2. Lutavam como cão e gato

Etapa 2: Desta vez quero que me diga uma palavra que não faça sentido no contexto da frase, que não tenha nenhuma relação com a mesma. Por exemplo: o Daniel pregou o prego com a luva.

1. Abril águas mil
2. Olho por olho dente por dente
3. Quem tudo quer tudo perde

Pontuação: palavra diferente: 2/ palavra com relação semântica: 1/ palavra exacta: 0.

0 / 6

Pontuação total: 15 / 30

Índice de memória de trabalho: ____ / 10

A. +.
3. Código - Tarefa de Codificação

1	2	3	4	5	6	7	8	9
—	⊥	□	└	┌	○	∧	×	≡

Itens Exemplo

2	1	3	7	2	4	8	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4
└	—	□	∧	└	┌	×	└	—	□	└	—	┌	┌	└	┌	└	□	└	└

5	6	3	1	4	1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3
┌	└	□	—	└	—	┌	┌	└	∧	○								×	×

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

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

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

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

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

24 -> Resultado final

5 -> Resultado Padronizado





Examinador _____
 Dextro Esquerdino/Canhoto

Aderno de Respostas

Soma dos R. Padronizadas $6 + 5 = 11$
 $V.P = 77$ $PC = 6$ $I.C 95\% = 71 - 87$

Symbol Search	Ricerca di Simboli	Symbol Søk	Hledání symbolů
Symboles	Símbolos	Symboler	Hľadanie symbolov
Symboltest	Pesquisa de Símbolos	Merkintunnistus	
Διερεύνηση Συμβόλων	Symbolletning	Figuren Vergelijken	

Itens Exemplo

\oplus	\ominus	\oplus	\perp	$<$	\vdash	\sim	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\neq	\boxplus	$\bar{\cap}$	\boxplus	\perp	\rightsquigarrow	\otimes	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\rightsquigarrow	\perp	\neq	\cap	\Uparrow	\cong	\boxplus	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

Itens Treino

\neq	$<$	\rightsquigarrow	\neq	\pm	$<$	\ominus	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\Uparrow	\cong	\perp	\sim	\cap	\oplus	\cong	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
\approx	\ominus	$\bar{\cap}$	\pm	\perp	\neq	\Uparrow	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

$13 - 3 = 10 \rightarrow$ Resultado Bruto
 $6 \rightarrow$ Resultado padronizado

$>$	\neq	$>$	∂	\odot	\sqcup	\cap	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✓
\uparrow	\lrcorner	∂	\otimes	\vDash	\triangleleft	\ominus	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	✓
\cap	\cup	\Rightarrow	\neg	\boxplus	\neq	\uparrow	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	✓
\perp	\pm	\parallel	$\bar{\cap}$	\sqcap	\ominus	\perp	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✓
\perp	\neq	\vdash	\oplus	\vDash	\lrcorner	\neq	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✓
\sim	\approx	\Leftarrow	\leftrightarrow	\rightarrow	\ominus	\neq	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✓
\Rightarrow	\dagger	\pm	\approx	\vDash	\otimes	\cup	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	✓
\square	\triangleright	\triangleleft	\vdash	∂	\perp	\lrcorner	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✗
\vDash	\dagger	∂	\subset	\rightarrow	\dagger	\neq	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✓
\rightarrow	\neq	\Rightarrow	\neq	\pm	\otimes	\Rightarrow	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✗
\vDash	\lrcorner	\pm	\lrcorner	\lrcorner	\otimes	∂	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✓
\dagger	\rightarrow	\S	\Leftarrow	\Rightarrow	\sim	\pm	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	✓
\boxplus	\otimes	\odot	\boxplus	\otimes	\otimes	\neq	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✓
\Rightarrow	\dagger	\pm	\approx	\vDash	\otimes	\cup	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	✓
\sqcap	\triangleleft	\pm	\oplus	\triangleleft	\rightarrow	\vdash	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	✗

C 12 I 3

13 - 3 = 10

⇌ ∆ 1 ∩ ↷ ∇ ∟ SIM NÃO ✓

± T ⇌ ∟ T L T SIM NÃO

∇ ∫ ≠ ∩ ∆ ⊕ ∇ SIM NÃO

∩ ∫ ∅ ∟ ∩ ∪ ∫ SIM NÃO

∫ ∫ ∩ ∅ ∫ T ∫ SIM NÃO

∆ ∆ T ∆ ∞ † L SIM NÃO

L ∩ ∆ ∟ ∩ ∩ ∩ ∞ SIM NÃO

† ∆ ∞ ∟ ∩ ∇ ∆ SIM NÃO

L ⊗ L L ∩ ⊗ ∩ SIM NÃO

⇌ ∆ 1 ∩ ↷ ∇ ∟ SIM NÃO

∞ ⊗ ∆ ∩ ∅ ⊗ ⊕ SIM NÃO

1 ∫ T ∞ ∆ ∅ ∩ SIM NÃO

∩ ∩ ∟ ∩ ∞ L ∩ SIM NÃO

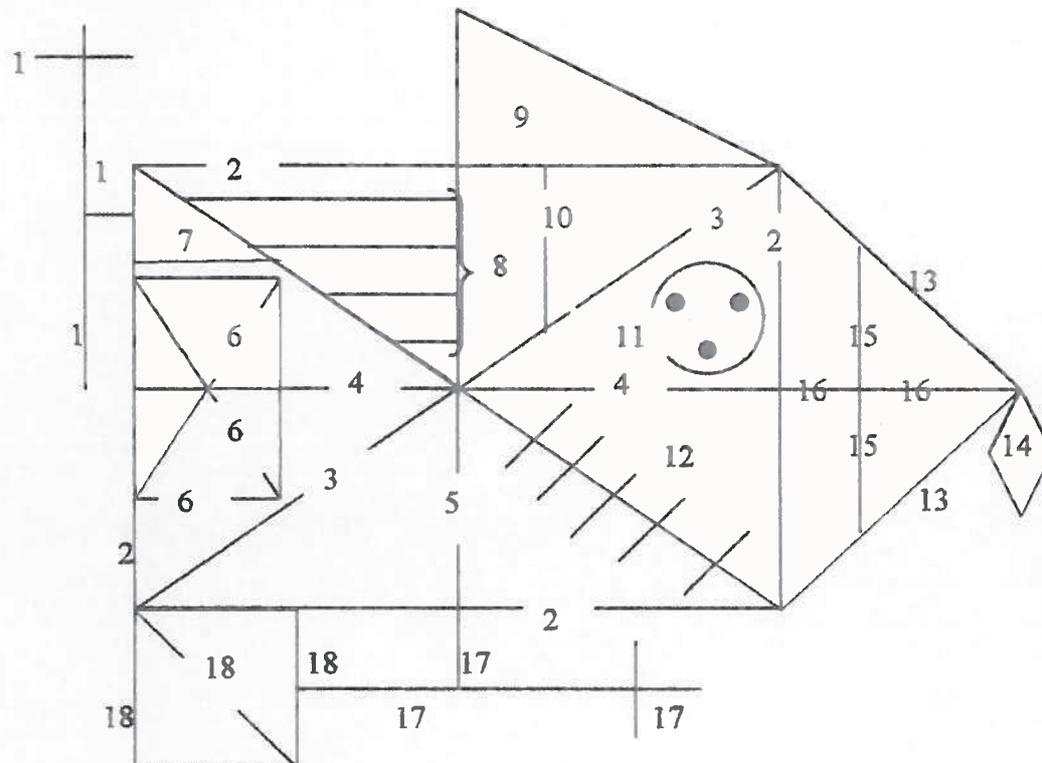
1 ∞ ∩ T ∞ ∩ L SIM NÃO

∩ ∇ ∆ ∩ ∩ L ∫ SIM NÃO

C 1 10

NOME _____ PROFISSÃO _____

HABILITAÇÕES _____ IDADE 50 DATA 23 / 09 / 2024



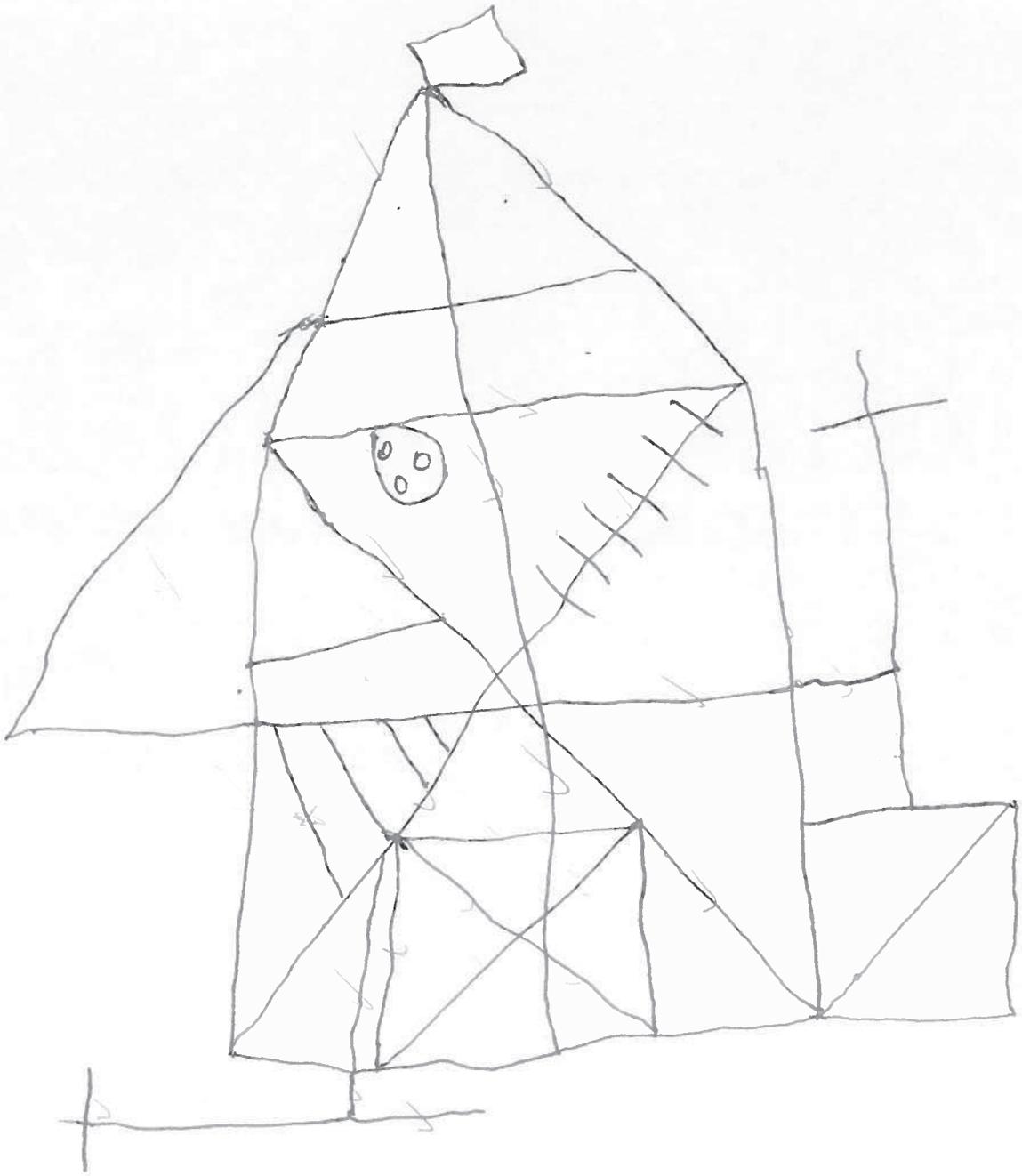
CÓPIA	
1	2
2	2
3	2
4	2
5	2
6	2
7	2
8	1
9	2
10	2
11	2
12	1
13	2
14	2
15	2
16	2
17	2
18	2
TOTAL	34
PERC.	75

Tipo _____
 Tempo _____
 Perc. _____
 Obs. iniciou
 pelo quadro
 muito organizado
 em relação a
 avaliações anteriores

Tipo _____
 Tempo _____
 Perc. _____
 Obs. _____

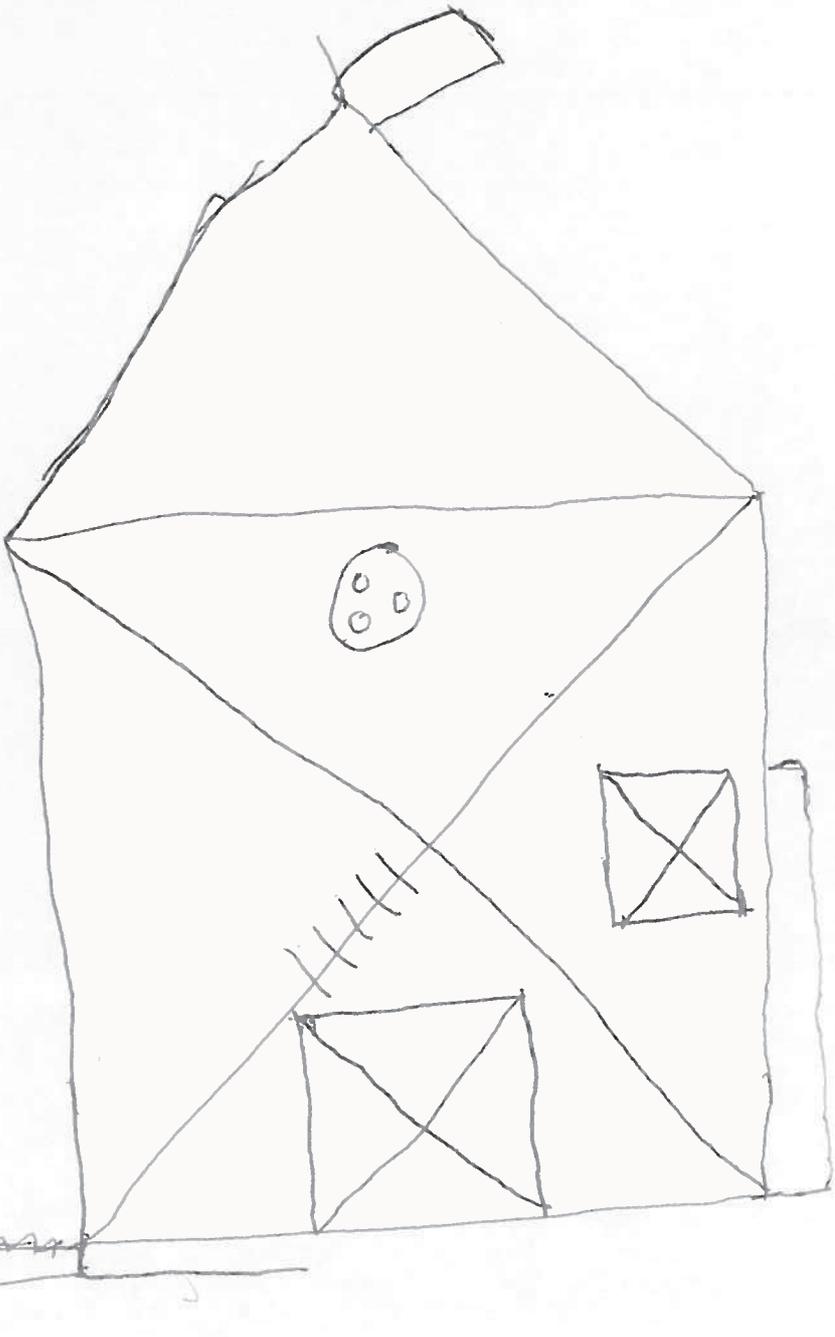
REPRODUÇÃO	
1	2
2	2
3	2
4	0
5	0
6	2
7	0
8	1/2
9	0
10	0
11	1
12	0
13	2
14	2
15	0
16	0
17	2
18	0
TOTAL	14
PERC.	25

O Psicólogo _____



cópia -

23 setembro 2014



Reprodução de Memória
23 de Setembro 2014