

Relatório de estágio

Leonel Flávio Teixeira dos Santos

**Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia**

Gandra, 2021

Relatório de estágio

Leonel Flávio Teixeira dos Santos

Número de aluno: 24313

**Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia**

Gandra, dezembro 2021

Declaração de Integridade

Eu, Leonel Flávio Teixeira dos Santos estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio.

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

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

Agradecimentos

Aos meus pais.

Aos meus irmãos.

À Oportuna.

Aos meus colegas de curso.

Às minhas colegas de estágio.

Aos meus professores.

Ao Sr. André.

À Bárbara <3

A TODOS um muito obrigado!!!

Abreviaturas e acrónimos

- IUCS** – Instituto Universitário de Ciências da Saúde;
- CESPU** – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico Universitário;
- DSL** – Doenças de Sobrecarga Lisossomais;
- EIHSCP** – Equipa Intra Hospitalar de Suporte dos Cuidados Paliativos;
- CP** – Cuidados Paliativos;
- PMA** – Procriação Medicamente Assistida;
- CPMA** – Centro de Procriação Medicamente Assistida;
- UNIPSI** – Unidade Funcional de Psicologia Clínica e da Saúde;
- AMTCO** – Avaliação Multidisciplinar do Tratamento Cirúrgico para a Obesidade;
- CRI-O** – Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade;
- APA** – *American Psychological Association*;
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde;
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde;
- OPP** – Ordem dos Psicólogos Portugueses;
- DGS** – Direção Geral de Saúde;
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral;
- TCE** – Traumatismo Crânio-Encefálico
- LC** - Lesão Cerebral
- LCA** - Lesão Cerebral Adquirida
- HADS** – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar;
- ACE – III** – *Addenbrooke's Cognitive Examination*
- IFS** – *Ineco Frontal Screening*;
- WAIS** – Escala de Inteligência de Wechsler para adultos;
- AIVD** – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária;
- GDS** – Escala de depressão Geriátrica;
- HVLT – R** – *Hopinks Verbal Learning Test*;
- DSM – V** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

Índice

Índice de Anexos	8
Índice de tabelas	8
Introdução.....	9
O Local de estágio	Erro! Marcador não definido.
1. O hospital	Erro! Marcador não definido.
1.1. Unidade funcional de Psicologia Clínica e da Saúde – UNIPSI	Erro! Marcador não definido.
1.2. A Psicologia Clínica e da Saúde	11
1.3. Neuropsicologia Clínica	12
1.4. Papel do Psicólogo em Meio Hospitalar	13
2. Atividades de estágio desenvolvidas	Erro! Marcador não definido.
2.1 Reuniões de supervisão	Erro! Marcador não definido.
2.2 Reuniões de Orientação.....	Erro! Marcador não definido.
2.3. Observação participante	Erro! Marcador não definido.
3. Formações	Erro! Marcador não definido.
3.1 Formação prevista.....	Erro! Marcador não definido.
4. Consultas de acompanhamento psicológico e de avaliação	15
4.1 Psicologia da Infância e da Adolescência	15
4.2 Consultas de CRI-O.....	18
4.3 Consultas de Neuropsicologia.....	21
4.4 Aula para colegas do 3º ano da licenciatura.....	22
5. Casos Clínicos (Avaliações)	23
6. Caso Clínico I – Avaliação Neuropsicológica.....	25
7 - Relatório de Avaliação Psicológica - Psicologia Infantojuvenil	45
Reflexão final	56
ANEXO A.....	63
ANEXO B	66

Relatório de estágio

ANEXO C.....	76
ANEXO D.....	84
ANEXO E.....	89

Índice de Anexos

Índice de Anexos.....	7
Publicação no Jornal + Guimarães.....	61
PowerPoint realizado para formação ao corpo clínico.....	64
Apresentação de Caso Clínico à Turma do 3º ano.....	74
Estratégias para gerir a ANSIEDADE em tempos de pandemia.....	82
Manual Do Terapeuta.....	87

Índice de tabelas

Tabela 1. Serviços incluídos na área de Saúde Mental.....	3
Tabela 2 - Resultados dos diferentes instrumentos - caso I.....	28
Tabela 3 - Resultados dos diferentes instrumentos - caso II	44
Tabela 4 – Casos Clínicos	29

Introdução

O estágio curricular enquadra-se no plano de atividades do 2ºano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia lecionado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (CESPU), no ano letivo de 2020/2021. Teve início no dia 13 outubro de 2020 e término a 17 de junho de 2021, decorrendo habitualmente, de segunda-feira a sexta-feira, de acordo com o horário dos psicólogos destacados para os diferentes períodos de orientação.

Este foi um ano de grandes expectativas, pois finalmente permitiu um verdadeiro contacto com a prática clínica, após 4 anos maioritariamente teóricos. Devido ao COVID-19, houve uma necessidade permanente de adaptação, flexibilidade e alguma criatividade para conseguir ultrapassar os obstáculos naturais de um hospital a trabalhar durante uma pandemia, onde a incerteza e a imprevisibilidade estavam sempre presentes.

Ao longo deste documento pretendo transmitir de uma forma clara, a minha experiência, as minhas inquietações e fragilidades e também, os meus maiores desafios e aprendizagens, ao longo deste ano enquanto estagiário. O documento está dividido em duas partes, sendo a primeira dedicada à descrição e caracterização do local de estágio e das atividades realizadas, e a segunda parte dedicada à descrição do acompanhamento, da avaliação e da intervenção proposta em dois casos clínicos distintos.

1.1. A Psicologia Clínica e da Saúde

A Psicologia Clínica e da Saúde é uma área de especialização da Psicologia que aplica os princípios, técnicas e conhecimentos científicos da Psicologia Clínica e da Psicologia da Saúde, para avaliar, diagnosticar, tratar e prevenir uma grande variedade de perturbações mentais e físicas, considerando todos os fatores biológicos, comportamentais e sociais do indivíduo, que podem auxiliar neste processo (Castro & Bornholdt, 2004, Ribeiro & Leal, 1996, APA, 2014).

Esta especialidade tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença do indivíduo, visando a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença. (APA, 2008).

Como exposto anteriormente, a Psicologia da Saúde é a aplicação do conhecimento educacional, científico e profissional da área da Psicologia à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde, visando a promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e a prevenção da doença. (Marks, Mur-ray, Evans & Willig, 2000; Ogden, 2000). Estuda o papel da Psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focalizando nas experiências, comportamentos e interações. Envolve a consideração dos contextos sociais e culturais onde a saúde e as doenças ocorrem, uma vez que as significações e os discursos sobre a saúde e as doenças são diferentes consoante o estatuto socioeconómico, o género e a diversidade cultural. A Psicologia da Saúde resulta da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (Psicologia Clínica, Psicologia Comunitária, Psicologia Social, Psicobiologia) tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças (Simon, 1993). A finalidade principal da Psicologia da Saúde é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Teixeira, 2004). A Psicologia da Saúde estuda a relação entre a saúde o comportamento, sendo fulcral em equipas de prestação de cuidados de saúde (APA, 2014).

A Psicologia Clínica tem como objeto de estudo a saúde e as doenças mentais enquanto, a Psicologia da Saúde direciona o seu estudo para a promoção da saúde e prevenção da doença (ACSS 2017)

1.2. Neuropsicologia Clínica

Atualmente, a Neuropsicologia ainda pode ser definida como “o estudo científico das relações cérebro-comportamento” (Meier, 1974 *cit in* Horton & Wedding, 2008, p.3). Esta neurociência é um ramo de especialização da Psicologia que se dedica à investigação, avaliação e intervenção sobre as relações inteligíveis e mútuas entre a estrutura do funcionamento cerebral - Sistema Nervoso Cerebral (SNC) e o comportamento e processos mentais (Beaumont, 2008; Caldas, 2019).

A Neuropsicologia Clínica é um ramo aplicado da Neuropsicologia que se dedica à avaliação da expressão comportamental das disfunções cerebrais e à intervenção nas mesmas (Caldas, 2019). O acompanhamento por um especialista em Neuropsicologia Clínica é indicado em pessoas com diagnósticos de perturbações neurodegenerativas, perturbações de aprendizagem, perturbações por consumo de substâncias tóxicas, TCE, AVC e esquizofrenia (Beaumont, 2008).

No DPSM, existem consultas de Neuropsicologia Clínica que provêm maioritariamente de pedidos de colaboração da especialidade de Neurologia. Estes pedidos visam uma avaliação neuropsicológica geral ou de domínios cognitivos específicos e pretende-se confirmar hipóteses diagnósticas previamente estabelecidas com base em queixas, lesões ou patologias que o doente apresente.

A avaliação neuropsicológica é um processo inter-relacional e relacional complexo que conduz o neuropsicólogo à procura de informações contextualizadas (contextos familiar e social) sobre as características do cliente e dos problemas com que se está a confrontar, recorrendo a vários meios e instrumentos psicológicos, permitindo a identificação das dificuldades neurocognitivas e emocionais (Caldas, 2019). A finalidade principal da avaliação neuropsicológica é a elaboração de um plano de intervenção/tratamento adequado à problemática.

1.3. Papel do Psicólogo em Meio Hospitalar

De acordo com o Despacho n.º 13278/2016, de 7 de novembro de 2016, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde – 2017, os serviços de Psicologia inseridos nos hospitais deverão desenvolver a sua atividade em articulação com os restantes serviços hospitalares e demais especialidades (médicas e não médicas).

Numa perspetiva de cuidados de saúde integrados, a intervenção psicológica é crucial para que a promoção na comunidade de programas que visem a promoção e manutenção da saúde, bem como a prevenção de doenças relacionadas com o comportamento, tenham também em conta os fatores psicológicos envolvidos na saúde e nas doenças.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2017) defende que as funções e as áreas de intervenção do psicólogo em meio hospitalar são:

- a realização de consultas psicológicas – que incluem a avaliação e intervenção psicológica e a intervenção psicoterapêutica;
- a realização de consultoria – aos profissionais de outras especialidades médicas ou não médicas;
- a prestação de apoio a crianças e jovens em risco – através da avaliação psicológica da criança ou jovem e consultoria a outros profissionais e/ou à família;
- a prevenção de violência em adultos – através da criação de equipas de intervenção e posteriormente, consultoria às mesmas e a avaliação psicológica dos indivíduos sinalizados neste contexto; e,
- a intervenção em contexto de internamento – geralmente em casos de psicopatologia, de não adesão ao tratamento, de internamentos prolongados, de situações de conflitos familiares e/ou maus tratos, de casos de doenças terminais e crónicas e em situações que, o diagnóstico tenha um grande impacto a nível funcional para o paciente e para a família.

A integração de serviços de Psicologia em meio hospitalar possibilita não só tratar, mas também prevenir as perturbações mentais e promover a saúde emocional e psicológica dos indivíduos.

A atuação do psicólogo objetiva uma intercomunicação entre as diversas especialidades médicas e não médicas, tendo sempre como finalidade o bem-estar físico e emocional do paciente e da sua família (OPP, 2015).

Os psicólogos em contexto hospitalar podem trabalhar de forma independente ou como elemento de uma equipa. No caso do DPSM, o psicólogo integra uma equipa interdisciplinar e multidisciplinar de atendimento ao doente e assume vários papéis, entre os quais o papel de Clínico, Neuropsicólogo, Formador e Investigador.

Os psicólogos da saúde tentam compreender a forma como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença. Podem estar centralizados na promoção da saúde e na prevenção de doença e trabalhar com os fatores psicológicos que fortificam a saúde e que reduzem o risco de doença, podendo disponibilizar serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes em diferentes contextos e, ainda, estar envolvidos em pesquisa e investigação, no ensino e formação (Teixeira, 2004, cit in Almeida & Malagris, 2011).

3. Consultas de acompanhamento psicológico e de avaliação

4.1 Psicologia da Infância e da Adolescência

Nos primeiros três meses do meu estágio tive a oportunidade de assistir a consultas de contexto infantojuvenil. Neste tempo inicial assisti a cerca de 50 consultas de acompanhamento, contudo, o número de primeiras consultas foram bastante reduzidas, apesar disso, tive a oportunidade de acompanhar 3 crianças (tabela 3).

A primeira consulta é realizada apenas com a criança/adolescente ou na presença deste e dos pais, de acordo com a vontade manifestada pelo próprio no caso de ser adolescente. Caso o adolescente preferir entrar sozinho, solicita-se aos pais que aguardem e entrem apenas no final da sessão.

Esta primeira consulta tem como objetivos definir e detalhar o motivo do pedido de consulta, definir as regras de funcionamento da consulta, negociar o processo de avaliação e promover o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente. As consultas seguintes dirigem-se à realização do processo de avaliação psicológica, assente numa exploração das várias áreas do desenvolvimento e funcionamento atual (anamnese).

Finalizado o processo de avaliação psicológica, é realizada uma consulta de devolução dos resultados de avaliação, na qual estes são explicados aos pais, juntamente com algumas propostas e recomendações.

Havendo necessidade e interesse por parte da família em iniciar um processo de acompanhamento psicoterapêutico com o adolescente, definem-se os objetivos terapêuticos e o plano de intervenção a implementar, infelizmente não tive a oportunidade de iniciar qualquer tipo de plano terapêutico ,contudo, foi me possível proceder à avaliação neuropsicológica de 3 crianças e 1 adolescente, esta avaliação neuropsicológica é recomendada em qualquer caso onde exista suspeita de uma dificuldade cognitiva ou comportamental de origem neurológica. Esta pode auxiliar no diagnóstico e tratamento de diversas doenças neurológicas, problemas de desenvolvimento infantil, comprometimentos psiquiátricos, alterações de comportamento, entre outros. Para isso existe a contribuição de testes e provas que nos permite estabelecer algumas relações entre as funções corticais superiores, como a linguagem, a atenção e a memória, e a aprendizagem simbólica (conceitos, escrita, leitura, etc.). O modelo neuropsicológico das dificuldades da aprendizagem procura reunir uma amostra de funções mentais superiores

Relatório de estágio

envolvidas na aprendizagem simbólica, as quais estão, obviamente, correlacionadas com a organização funcional do cérebro. Sem essa condição, a aprendizagem não se processa normalmente, e, neste caso, podemos nos deparar com uma disfunção ou lesão cerebral (Costa, 2004).

O conjunto dos instrumentos utilizados possibilita uma avaliação global das capacidades da criança, bem como das dificuldades encontradas no dia a dia. Não se trata de "rotular" ou "enquadrar" a criança como integrante de grupos problemáticos, e sim de evitar que tais dificuldades possam impedir o desenvolvimento saudável da criança (Costa, 2004).

Testes utilizados

A Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – Terceira Edição permite avaliar o desempenho da criança em três resultados compósitos identificados como Q.I. Verbal, Q.I. de Realização e Q.I. da Escala Completa (Q.I. Global). A análise e interpretação dos resultados obtidos nesta prova irá permitir determinar a qualidade do desempenho da criança relativamente a um conjunto de aptidões intelectuais. O Q.I. verbal está na base das capacidades intelectuais responsáveis para uma aprendizagem efetiva. O Q.I. de realização faz apelo às capacidades percetivo-motoras.

O instrumento CBCL -Child Behavior Checklist destinado à faixa etária de 6 a 18 anos, é um questionário composto de 138 itens, destinado aos pais/mães ou cuidadores para que forneçam respostas referentes aos aspectos sociais e comportamentais dos filhos (as).

A **TRF** é um instrumento, em que o professor fornece um conjunto de respostas relativamente aos comportamentos da criança sob avaliação.

As Escalas de **Conners** avaliam os problemas de comportamento, obtendo (e conjugando quando possível) respostas de professores, pais e crianças. As versões revistas das escalas de Conners apresentam três tipos de escala: 1. Escala para Professores; 2. Escala para Pais; 3. Escala para Adolescentes. As três escalas apresentam-se sob duas formas: Forma Completa e **Forma Reduzida**. As formas completas são constituídas por um largo conjunto de subescalas que foram empiricamente derivadas para avaliar um largo espectro de problemas de comportamento (tais como problemas comportamentais, problemas cognitivos, problemas de ansiedade e problemas sociais) e correspondem aos critérios oficiais de diagnóstico da PHDA.

Análise dos resultados

É de salientar a importância de analisar os resultados completos do paciente em todo o processo e a combinação destes com outros exames. A contribuição dos achados de exames neurológicos, de neuroimagem, neurofisiológicos e neuropsicológicos é um trabalho importantíssimo para uma equipa multidisciplinar. Fora os exames é tão ou mais importante enquadrar o problema e o paciente num determinado contexto biopsicossocial.

A interpretação dos resultados exige conhecimento de aspectos cognitivos e afetivos, assim como de fatores que possam interferir numa determinada tarefa.

Diante do resultado quantitativo obtido através dos testes, faz-se necessária uma avaliação qualitativa detalhada e estudos das funções intelectuais implicadas em cada um dos itens de cada prova, permitindo que se faça a relação entre função/disfunção e área cerebral. Só após essa análise criteriosa será possível contribuir com recomendações e condutas ao programa de reabilitação dessa criança e corroborar a investigação clínica (Costa, 2004).

4.2 Consultas de CRI-O

A minha participação em reuniões multidisciplinares de AMTCO, agora CRI-O surgiu devido ao protocolo estabelecido entre a Cirurgia Bariátrica, a Psicologia e a Nutrição.

O início deste processo ocorre em sessões de grupo, com caráter psicoeducativo, onde são explicados todos os procedimentos pré e pós-cirúrgicos, e contam com a participação das três especialidades – Gastroenterologia, Nutrição e Psicologia. Posteriormente, cada um dos pacientes é convocado para a consulta de Psicologia onde é sujeito a uma avaliação individual específica.

No início, tive a oportunidade de assistir a estas consultas multidisciplinares onde se fazia uma exposição informativa aos candidatos à cirurgia bariátrica sobre todo o processo envolvido no tratamento. Na área que nos competia, a Psicologia, alertava os pacientes quanto às considerações psicológicas da obesidade mórbida e da cirurgia bariátrica, como por exemplo: em que consistia a doença da obesidade mórbida, as várias comorbidades associadas (e.g., doenças cardiovasculares, diabetes), as consequências psicológicas (e.g., baixa autoestima, aversão à imagem corporal, aumento da depressão), o grau de adesão necessário para todo o tratamento (e.g., alterações dos hábitos alimentares e inclusão do exercício físico) bem como a capacidade de distinguir claramente a fome fisiológica da fome emocional. Estas consultas em grupo têm como finalidade, além da transmissão de informação, permitir aos pacientes uma decisão sustentada e informada antes de iniciarem o protocolo da cirurgia, sendo que, os pacientes apenas terão a sua primeira consulta individual de Psicologia e de decisão mais concreta cerca de 5/6 meses depois da consulta multidisciplinar.

Na minha opinião, adotando como base o modelo terapêutico cognitivo comportamental (TCC), as principais alterações necessárias para o sucesso do tratamento são acima de tudo a nível comportamental, já que, para o processo de cirurgia bariátrica é requerida uma forte adesão dos pacientes aos requisitos pré e pós-cirúrgicos (i.e., alterações alimentares, comportamentais e de estilo de vida) para garantir a eficácia do tratamento. Estas duas alterações implicavam por parte dos pacientes um compromisso, responsabilidade e participação ativa ao longo de toda a vida, daí ser um processo tão exigente. Tais indicações foram repetidamente fornecidas nas consultas individuais, dado que, o que pode acontecer, segundo alguns estudos, é o reganho de peso após um certo

Relatório de estágio

período de realização da cirurgia por falta do cumprimento dos hábitos de vida saudáveis e as recomendações médicas exigidas, o que se torna num problema sério e de alto risco para o paciente.

Durante as consultas, inspirado pelo que tinha vindo a observar, tentei focar-me no tema “comida e emoções”, onde tentava explicar através da psico-educação a importância de eliminar certos hábitos como usar a comida para “esconder” ou substituir estados emocionais (i.e., tristeza, frustração, raiva, felicidade). Desta forma, a comida transforma-se num substituto para as emoções, o que faz com que, se for um comportamento contínuo, a cirurgia não suscite o efeito desejado, isto é, a diminuição e manutenção do peso corporal a longo prazo. Assim, e face à problemática da gestão emocional forneci algumas recomendações úteis que passavam pela procura de estratégias adaptativas, por exemplo, utilizar outros comportamentos (adaptativos) que não implicassem o recurso à comida (p.e., caminhadas, ouvir música, dançar, pintar, ligar a um(a) amigo(a), evitar comprar comidas calóricas ou ir às compras com fome.)

Achei também pertinente alertar os pacientes para que encarassem o tratamento como um projeto de vida, ou seja, como algo permanente e não temporário, resolvido após e só devido à realização da cirurgia.

Algo que pude reparar durante as consultas foi que, várias vezes, muitos dos pacientes não sabiam o motivo da realização das consultas, pois apareciam nestas bastante apreensivos. De salientar que, a maior parte deles eram reencaminhados pelos médicos de família por apresentarem um quadro de obesidade. Na minha opinião deveria existir uma seleção mais adequada dos pacientes ao protocolo de cirurgia com uma avaliação multidimensional (familiar, social, emocional...) e que deveria começar nos cuidados de saúde primários.

Antes de iniciar esta experiência não tinha qualquer conhecimento sobre o processo de cirurgia bariátrica, depois de conhecer e estudar um pouco mais a fundo, consigo ter uma opinião pessoal mais demarcada. Na minha opinião, o tratamento cirúrgico, deveria ser um procedimento de última linha e não um tratamento de fácil acesso; é claro que defendo as liberdades individuais das pessoas, contudo, como profissional de saúde não consigo entender o porquê de não existir um maior investimento em terapias comportamentais antes de se passar para o processo de cirurgia que muitas das vezes e segundo a literatura acima mencionada se trata de um caminho sem retrocesso.

Relatório de estágio

As minhas inquietações prendiam-se com o facto de a nossa tomada de decisão influenciar por completo a vida do paciente e as implicações que poderia ter. Comecei a conhecer melhor os sinais de alerta para os casos em que, a nossa decisão deverá ser ponderada e até adiada, na tentativa de que o paciente adquira maior consciência de todo o processo e maior motivação para a mudança de rotinas e de comportamentos.

4.3 Consultas de Neuropsicologia

Após o primeiro mês de observação participante de consultas praticamente diárias em que assisti a mais de 80 consultas, tive a oportunidade de começar os meus próprios casos clínicos de neuropsicologia. No espaço de 1 mês efetuei 10 avaliações neuropsicológicas, sendo que, apenas concluí 9 destas devido a um acidente doméstico de uma das pacientes que impossibilitou a vinda às consultas.

Esta última experiência de estágio foi sem dúvida a mais desafiante e enriquecedora, pois foi a primeira vez que tive a responsabilidade de planejar e dirigir as consultas autonomamente. Por serem consultas de Neuropsicologia, que é uma área de grande interesse pessoal, foram também as que me despertaram mais interesse e vontade de querer fazer sempre mais e melhor. Numa fase inicial e perante as minhas expectativas, que eram muitas, a neuropsicologia seria maioritariamente a minha área de intervenção e participação neste local de estágio sendo que, é uma área de grande interesse, contudo, por diversas razões, quer pessoais quer pelo estado da pandemia que atravessamos no seu maior pico o planeamento do meu estágio sofreu alterações. Pode não ter sido a experiência que desejava mais foi sem dúvida a melhor experiência possível.

Apesar disto, confesso que as realizações das avaliações neuropsicológicas se tornaram num enorme desafio devido à diversidade e complexidade de casos que foram surgindo, felizmente para mim, pois permitiu-me uma experiência completa e abrangente obrigando-me a desenvolver e procurar novas competências quer clínicas, quer pessoais. O confronto com diagnósticos precoces de doenças neurodegenerativas numa criança ou TCE em pessoas ainda jovens ou com a rápida evolução clínica de demências, obrigou-me a uma maior gestão emocional, que me permitisse o distanciamento emocional necessário, de modo a evitar a projeção, em determinados casos. Por outro lado, estas sequelas que me sensibilizavam tornavam a avaliação, por vezes mais difícil obrigando-me a uma gestão da minha frustração, por nem sempre conseguir cumprir todos os objetivos da avaliação e/ou obter os resultados que tinha previsto. Apesar de tudo isto, considero uma experiência muito positiva que só veio alimentar e suscitar ainda mais curiosidade e interesse por esta área.

4.4 Aula para colegas do 3º ano da licenciatura

No decorrer das reuniões de supervisão surgiu uma proposta lançada pela nossa supervisora de fazermos uma apresentação de um caso clínico (Anexo C). Tendo todo o nosso grupo de supervisionados aceite de bom grado, posso dizer que foi umas das minhas experiências de estágio favoritas na medida em que permitiu para além de mostrar o nosso trabalho enquanto estagiários, exercer uma reflexão e discussão em grupo daquilo que são as expectativas e realidades de um aluno de psicologia a realizar o seu estágio. Nessa apresentação foram expostas e esclarecidas muitas das dúvidas essenciais para gerir expectativas dos nossos colegas que são, na minha perspetiva, essenciais para clarificar algumas ideias erronias que vamos formando ao longo da nossa formação académica.

Para além disso tudo, permitiu um momento de confraternização, apesar de ser à distância através da plataforma ZOOM.

4. Casos Clínicos (Avaliações)

Nome	Idade	Sexo	Escolaridade	Proveniência	Motivo/Pedido	“Diagnóstico”
J. C. P.	10	M	4º Ano	Consulta Externa Pediatria de Desenvolvimento	Queixas de dificuldades de aprendizagem	P.H.D.A
M.B	10	F	3º Ano	Consulta Externa Pedopsiquiatria- DPSM	Pedido de avaliação psicológica formal para esclarecimento de diagnóstico	Alta, por ser acompanhada pelo serviço de psicologia na escola
B. P.	8	M	2º Ano	Consulta Externa Pediatria de Desenvolvimento	Dificuldades de aprendizagem, com antecedentes de dificuldades na motricidade fina; retração palpebral congénita bilateral e estrabismo esquerdo.	Perturbação de Desenvolvimento Intelectual
M	6	M	Pré-Escola	Consulta Externa Pediatria de Desenvolvimento	Diagnóstico de Doença Niemann- Pick tipo C.	Niemann-Pick tipo C.
J. M.	59	M	12º Ano	Medicina - DSL – Doença de Sobrecarga do Lisossoma	Queixas de Memória e Cefaleias.	Sem Alterações Clínicas (Neuropsicológicas) de Relevo
M. F.	70	M	4º Ano	Medicina - DSL – Doença de Sobrecarga do Lisossoma	Avaliação Neurocognitiva	Perturbação Neurocognitiva Leve, compatível com Défice Cognitivo Ligeiro do tipo mnésico sem alterações comportamentais.
M. P.	63	F	9º Ano	Psiquiatria	Queixas mnésicas e alterações cognitivas, após história de coma alcoólico e medicamentoso.	Perturbação Neurocognitiva Grave Induzido por Substâncias/Medicamento
M. F.	68	F	4º Ano	Neurologia	Queixas mnésicas e alterações cognitivas, após história de Depressão Crónica	Avaliação Incompleta devido a queda doméstica e conseqüente falta às consultas

Table 1 - Casos Clínicos

Nome	Idade	Sexo	Escolaridade	Proveniência	Motivo/Pedido	“Diagnóstico”
P.C	35	M	8º Ano	Serviço de Fisiatria	Queixas Mnésicas recorrentes de um Traumatismo Cranioencefálico em agosto de 2020/Pedido de avaliação formal	Perturbação Neurocognitiva Grave devido a Lesão Cerebral Adquirida, com perda de consciência, amnésia pós-traumática, desorientação e confusão
F. S.	90	M	Sem escolaridade	Serviço de Neurologia	Alterações Cognitivas	Envelhecimento Biológico Natural do Organismo - Senescência

5.1 Casos clínicos selecionados para análise

Para discussão no relatório, selecionei dois casos clínicos muito distintos para analisar de uma forma mais completa. Primeiramente escolhi o caso clínico que mais me desafiou, o caso clínico do paciente P.C.; como foi o meu primeiro caso de avaliação neuropsicológica pura e dura foi aquele que mais me marcou.

Decidi incluir um outro caso clínico, este um pouco distinto, um caso clínico de psicologia da infância e adolescência relacionado com perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), pois é um tema que também me despoleta muito interesse.

Nas páginas a seguir irei fazer uma descrição detalhada de cada um dos casos clínicos.

6. Caso Clínico I – Avaliação Neuropsicológica

1. Dados de identificação

Paciente: P. A. M. C.

Data de nascimento: 25-07-1985 (35 anos)

Data 1ª consulta: 6 de maio de 2021

Habilitações literárias: 8º ano

Estado civil: Solteiro

Situação profissional: De baixa (A recuperar de TCE grave)

Lateralidade: Esquerdino

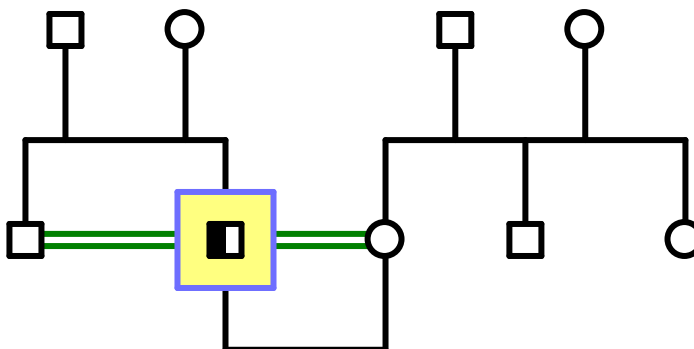


Figura 2- Genograma Família de P

2. Motivo da Avaliação:

Paciente encaminhado pela Fisiatria devido a queixas mnésicas recorrentes de um traumatismo cranioencefálico em agosto de 2020. Pedido feito inicialmente pelo serviço de internamento de Ortopedia.

3. História pessoal e familiar:

O paciente é o mais velho de uma fratria de 2 irmãos, o irmão tem 29 anos e mantêm uma excelente relação de amizade. Diz ter tido uma infância normal, gostava de andar na escola, mas não gostava muito de estudar “nunca gostei muito de ler” (sic.).

Há cerca de 5 anos começou a viver com a companheira que trabalha numa empresa de serviços de limpezas. Segundo a companheira, P é muito trabalhador, “mesmo que tivesse doente ia sempre trabalhar, não sei se agora vai voltar a ter a mesma responsabilidade no trabalho.” “P apercebia-se dos pequenos defeitos que os colegas não percebiam” (sic.), o que demonstra uma grande capacidade de atenção e concentração.

P. era encarregado numa estampanaria, era controlador de produção e quase todo o trabalho era inspecionado por ele, tendo assim um cargo de grande responsabilidade.

Em agosto de 2020, P sofreu um acidente de viação, tendo ficado em coma cerca de 10 dias e em internamento, dividido entre, desde dia 30 de agosto (acidente) a 13 de outubro. Para recordar a data do acidente associou à data de aniversário da cunhada - 30 de agosto de 2020.

No carro, seguia P, o sogro e os 2 cunhados. O sogro não teve ferimentos. O cunhado mais velho partiu as costelas, o mais novo partiu o pé. Todos perderam a consciência no acidente com exceção do sogro, que era o condutor.

Na sequência do acidente, o paciente sofreu um Traumatismo Cranioencefálico (TCE) Grave com uma hemorragia subaracnoídea com perda de consciência. O embate foi do lado direito, tendo partido também o braço e as costelas do lado direito.

O paciente relata que não se recorda do acidente nem de nada que tenha decorrido antes do acidente num período temporal de cerca de 10 anos, revelando uma afetação clara da memória retrógrada (amnésia retrógrada). Tem apenas aquisição de novas memórias 2 meses depois do acidente tendo recordação de acordar no hospital.

Quando P acordou, foi capaz de reconhecer o irmão e a companheira, contudo não sabia o que tinha acontecido, estava muito agitado e só dizia “chama as enfermeiras” (sic.). Segundo a companheira, o paciente quando acordou era agressivo para o corpo

Relatório de estágio

clínico. Só lhe contaram os detalhes do acidente quando chegou a casa e segundo a companheira “reagiu bem” (sic.).

Depois do acidente, P queixava-se de Prosopagnosia, perdeu a capacidade de reconhecer as pessoas, mesmo os mais próximos, “mas consigo recordar toda a gente com o tempo” (sic.). A prosopagnosia está intimamente ligada a lesões na área temporal do hemisfério direito como é o caso da lesão do paciente.

Só reconheceu a família mais próxima. Não reconheceu os vizinhos, primos, tios e ainda agora não consegue reconhecer, por exemplo, os colegas de trabalho. “Depois de reconhecer as pessoas nunca mais se esquece de quem são” (sic.).

Segundo P, inicialmente depois do acidente, teve muito medo de entrar num carro, teve um mês a tentar entrar num carro, mas não conseguia. Agora já conduz, “mas devagarinho, faço uma fila de trânsito...” (sic.). Foi incentivado a voltar a conduzir pela fisioterapeuta. “Já conduz, mas vai muito para a beira com medo que os outros carros venham para cima dele, anda tão devagar que os carros apitam.” (sic.).

“O que vai acontecendo eu vou tendo memória, mas o que ficou para trás eu demoro um bocadinho mais a chegar lá”

Segundo a companheira, P tinha uma ótima memória, mas agora está muito esquecido. Consegue recordar-se apenas de alguns nomes dos seus colegas de turma na escola (os vizinhos). Quando questionado sobre datas importantes da sua vida, o paciente tinha muitas dificuldades em dizer uma data específica, tendo errado a maior parte das datas.

“P sempre foi um rapaz muito simpático e muito engraçado, gosta de fazer rir as pessoas, depois do acidente foi muito complicado porque ele zangava-se por tudo e por nada nas primeiras semanas. Agora ainda há dias que, se estiver mais cansado, fica muito rabugento e antes não era nada assim, só se zangava por situações no trabalho devido às suas responsabilidades” (sic.). Em casa, ele já era um rapaz crítico “já é de família, sai ao pai, mas agora é pior” (sic.).

“Há palavras que não consegue dizer, não conseguiu dizer neuropsicologia e ortopedia.” “Dizia que era dos ossos e da cabeça” (sic.). Segundo a companheira, antes isto não acontecia, revelando alguma dificuldade ao nível da nomeação.

Relatório de estágio

Quanto às atividades de vida diárias, o paciente demonstra grande capacidade de organização e é totalmente independente, segundo a companheira “faz tudo igual como dantes, apenas não cuida da roupa, porque também não fazia isso antes.” (sic.).

Atualmente, assume uma rotina diária estruturada, realizando fisioterapia todos os dias. Queixa-se com muitas dores nas pernas e braços, toma medicação apenas em S.O.S. Faz fisioterapia às 7h30 da manhã, sabendo identificar os horários de todos os dias da semana, “na quinta-feira à tarde tenho as consultas no hospital.” (sic). Quando questionado sobre as suas atuais preocupações, P diz não ter preocupações. Quanto aos planos para o futuro, revela que quer “casar e ter um filho e depois é o que a vida der”. (sic.).

4. Observação do estado mental e comportamento

O paciente apresenta um humor eutímico. Bem-apresentado com um aspeto cuidado. Apresenta alterações da marcha. Tem um comportamento adequado e colaborante. Apresenta-se consciente, sem alterações visíveis senso perceptivas, orientado no tempo e no espaço. Mantém um discurso adequado com volume e prosódia normal e uma rotina diária e estruturada. Faz atividades de treino neurocognitivo (palavras cruzadas, puzzles, leitura) de um livro que a companheira lhe ofereceu.

Quanto à memória retrógrada está muito afetada, não se lembra de quase nada. Quando pergunto o ano em que conheceu a companheira, P responde 1912.

“Irrito-me com qualquer coisa, mesmo com coisas sem nexos, a minha mulher diz que eu dantes era muito calmo “Já me viste fazer isto tantas vezes e nunca te enervaste, estás-te a enervar agora porquê?” “Eu vejo e digo, não é assim, é ao contrário”. (sic.).

Quanto ao sono, o paciente diz dormir bem “devia dormir era menos” (sic.). Quando não tem fisioterapia de manhã dorme até ao meio-dia. “Antes tinha muitas dificuldades para adormecer, depois do acidente durmo muito.” (sic.).

Durante as consultas, P sempre foi muito colaborante e de trato fácil, mantendo sempre a boa disposição tendo facilitado o processo de avaliação neuropsicológica.

5. Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica efetuou-se ao longo de quatro consultas de uma hora cada no mês de maio de 2021.

Tendo em conta as hipóteses levantadas perante a sintomatologia relatada pelo paciente e o pedido da especialidade, foram selecionados alguns instrumentos para avaliação: Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE - III), Ineco Frontal Screening (IFS), a prova de aritmética da Escala de Inteligência de Wechsler para adultos (WAIS), a prova de memória lógica I e II da Escala de Memória de Wechsler (WMS-III), a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Fototeste, Hopkins Verbal Learning Test (HVLT - R) e a Figura Complexa de Rey – figura A, cópia e memória.

Com estes instrumentos, e após a interpretação e análise conjunta dos diferentes resultados, será possível estabelecer um perfil cognitivo do paciente e com isto, perceber quais as alterações decorrentes do Traumatismo.

6. Tabela de Resultados

Instrumentos	Sub escalas	Resultado quantitativo	Resultado qualitativo
Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE – III	Atenção	15/18 (z= -1,90)	Inferior
	Memória	17/26 (z= -4,00)	Muito inferior
	Fluência	8/14 (z= -3,63)	Muito inferior
	Linguagem	21/26 (z= -2,87)	Muito inferior
	Visuoespacial	14/16 (z= -0,84)	Médio
	Total	74/100 (z=-4,17)	Muito inferior
Foto teste	Denominação	6/6	
	Fluência verbal Homens	9	
	Fluência verbal Mulheres	8	
	Recordação livre	10/12	
	Recordação Facilitada	6/6	
	Total	39	Médio
MoCA	Visuo-Espacial/Executiva	5/5	Pontuação Normal
	Nomeação	3/3	
	Memória	1 ^o ens. 4/5 2 ^o ens. 5/5	
	Atenção	1/2	
	Série de letras	1/1	
	Subtração 7 em 7	3/3	
	Linguagem	1/2	
	Fluência verbal	1/1	
	Abstração	1/2	
	Evocação Diferida	4/5	
	Orientação	6/6	
Total	27/30		
Ineco Frontal Screening – IFS	Séries	3/3	
	Instruções	3/3	
	GO-NO-GO	3/3	
	Dígitos	2,5/6	
	Meses	2/2	
	Espacial	1/4	
	Provérbios	0/3	
	Hayling	6/6	
	Memória de trabalho	5,5/10	Muito inferior
	Total	20,5/30 (z= -1,46)	Inferior
Hopkins Verbal Learning Test – HVLT- R	Recordação total	r=21; t=34	Défices moderados
	Recordação retardada	r=6; t=31	Défices moderados
	Retenção	r=66,7; t=32	Défices moderados
	Índice de reconhecimento discriminativo	r=11; t= 50	Média
IADL	Atividades de Vida Diária	8	Independente
HADS	Ansiedade e Depressão	7	Ausente

Figura Complexa de Rey (Figura A)	Tempo de Cópia	Percentil 10 (z=-0,58)	Média Inferior
	Tipo de Cópia	Percentil 99 Tipo II	Superior
	Riqueza e Exatidão de Cópia	Percentil 90 (z=1,05)	Superior
Cópia & Memória	Tempo de Memória	Percentil 75-99 (z=0,89)	Média Superior
	Tipo de Memória	Percentil 25-50 Tipo IV	Média
	Riqueza e Exatidão de Memória	Percentil 40-50 (z=-0,35)	Média
Escala de Inteligência de Wechsler – WAIS	Aritmética	9/22 (resultado padronizado 8/10) Z= -0,67	Média Inferior
Escala de Memória de Wechsler – WMS-III	1ª Evocação	7/10 DP=-1	Inferior
	Evolução na Aprendizagem	8/10 DP=-0,67	Média Inferior
	Porcentagem de Retenção	15/10 DP=1,67	Superior

7. Análise Qualitativa dos Resultados Obtidos

Relativamente ao **ACE – III**, o paciente apresenta um **resultado bruto total de 74/100 (z= -4.17)**, o que corresponde qualitativamente a um resultado **muito inferior** ao esperado, tendo por base a idade e a escolaridade do paciente. O paciente apresenta valores médios no subteste: **visuoespacial – 14/16 (z=-0,84)**. Nos restantes subtestes, P apresenta resultados **inferiores** no subteste da **atenção - 15/18 (z= -1,90)** e **muito inferiores** nos seguintes subtestes: **memória - 17/26 (z=-4,00)**; **fluência – 8/14 (z= -3.63)** e **linguagem – 21/26 (z=-2,87)**, resultados esses muito inferiores ao esperados de acordo com a sua faixa etária.

Considerando o **Fototeste**, o paciente obteve a pontuação total de **39** o que corresponde a um valor **médio** de acordo com a sua idade. No subteste **denominação**, o paciente obteve a pontuação total de **6**; no subteste de **fluência verbal – homens** a pontuação total foi de **9** e de **8** no subteste de **fluência verbal – mulheres**; quanto à prova de recordação: **recordação livre** e **recordação facilitada**, o paciente obteve uma pontuação de **10** e **6**, respetivamente.

No que concerne ao **Ineco Frontal Screening**, o paciente apresenta um **resultado total de 20,5/30 (z= -1,46)** e um resultado total de **memória de trabalho de 5,5/10**, correspondendo assim a valores **inferiores** ao esperado perante a média e desvio padrão apresentados por pessoas com a mesma idade e escolaridade.

Relatório de estágio

Observando as diferentes tarefas deste instrumento, o paciente apresenta os seguintes valores: **séries - 3/3; instruções - 3/3; GO-NO-GO - 3/3; dígitos - 2,5/6; meses - 2/2; espacial - 1/4; provérbios - 0/3**; e, por último na prova *Hayling* - **6/6**.

Quanto ao **HVLT - R**, os resultados brutos nos diferentes subtestes foram: **recordação total - 21** (M=28,8; DP=3,8); **recordação retardada - 6** (M=10,3; DP=1,7); **retenção - 66%** (M=93; DP=11,2); e, por último **Índice de reconhecimento discriminativo - 11** (M=11,2; DP=1,1). Estes resultados quando transformados em pontuações T demonstram que, o paciente apresenta **défices moderados** a nível da **recordação total**, da **recordação retardada** e da **retenção**. Quanto ao **Índice de reconhecimento discriminativo**, o paciente obteve resultados dentro dos valores médios.

Na **Escala de Memória de Wechsler WMS-III**, o paciente obteve resultados **inferiores** na **1ª Evocação - 7** (M=10; DP=3), na **Evolução na Aprendizagem - 8** (M=10; DP=3). O paciente obteve resultados **médios inferiores**, quanto à **percentagem de retenção - 15** (M=10; DP=3), contudo obteve uma pontuação superior de acordo com a sua faixa etária.

Na prova de **Aritmética** da WAIS-III, o paciente apresenta um resultado bruto de **9/22**, correspondendo a um **resultado padronizado de 8** considerando-se um valor **médio inferior**.

Na **IADL**, a **pontuação total** obtida pela paciente foi de **8** demonstrando que é totalmente independente nas suas atividades de vida diária.

Relativamente à **HADS**, o paciente apresenta uma **pontuação de 7** que, segundo os critérios de cotação e interpretação da escala estes valores revelam ausência de Depressão (ponto de corte=7).

Por fim, na **Figura Complexa de Rey (Figura A)**, o utente obteve uma pontuação **superior** no Tipo de Cópia (percentil 99) e na Riqueza e Exatidão de Cópia (percentil 90, $z=1,05$); quanto à memória, o paciente obteve uma pontuação **média inferior** no tipo (percentil 25-50) e **média** na riqueza e exatidão de memória (percentil 40-50, $z=-0,35$).

8. Interpretação conjunta de resultados

Considerando os resultados apresentados pelo paciente nos diferentes instrumentos e os diferentes domínios cognitivos avaliados pode-se denotar alterações graves na capacidade mnésica do paciente bem como na linguagem.

Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE – III	Atenção	15/18 (z= -1,90)	Inferior
	Memória	17/26 (z= -4,00)	Muito inferior
	Fluência	8/14 (z= -3,63)	Muito inferior
	Linguagem	21/26 (z= -2,87)	Muito inferior
	Visuoespacial	14/16 (z= -0,84)	Médio
	Total	74/100 (z=-4,17)	Muito inferior

Ineco Frontal Screening – IFS	Séries	3/3	
	Instruções	3/3	
	GO-NO-GO	3/3	
	Dígitos	2,5/6	
	Meses	2/2	
	Espacial	1/4	
	Provérbios	0/3	
	Hayling	6/6	
	Memória de trabalho	5,5/10	Muito inferior
Total	20,5/30 (z= -1,46)	Inferior	

Hopkins Verbal Learning Test – HVLt- R	Recordação total	r=21; t=34	Défices moderados
	Recordação retardada	r=6; t=31	Défices moderados
	Retenção	r=66,7; t=32	Défices moderados
	Índice de reconhecimento discriminativo	r=11; t= 50	Média

Nos restantes domínios, o paciente não apresentou alterações de relevo de acordo com a sua idade e escolaridade. Sem evidência de alterações das funções cognitivas superiores como afasia, agnosia ou perturbação das funções executivas. Funcionalidade nas atividades de vida diária inteiramente preservadas.

Contudo, durante a avaliação neuropsicológica foi possível verificar que a capacidade de reconhecimento de rostos (prosopagnosia) ficou comprometida após a lesão. Todos os resultados acima tabelados foram confirmados pelas queixas do paciente, no que diz respeito à fluência verbal o paciente revela muitas dificuldades.

“O que vai acontecendo eu vou tendo memória, mas o que ficou para trás eu demoro um bocadinho mais a chegar lá” (sic.) Esta expressão é compatível com os resultados da subprova de aprendizagem da WMS-III, demonstrando que o paciente mantém intacta a capacidade de aprendizagem.

Quanto às dificuldades na linguagem, no estado pré-mórbido, o paciente e a companheira revelam que já era uma dificuldade deste, contudo, notam que ficou agravada após a lesão.

Um aspeto a salientar da avaliação neuropsicológica é o facto de a irritabilidade do paciente ter aumentado “Irrito-me com qualquer coisa, mesmo com coisas sem nexos, a minha mulher diz que eu antes era muito calmo “Já me viste fazer isto tantas vezes e nunca te enervaste, estás-te a enervar agora porquê?”, “Eu vejo e digo, não é assim, é ao contrário”. (sic.).

9. Diagnóstico e parecer clínico

Considerando todas as queixas e observações feitas ao longo das sessões e reunindo todos os resultados da avaliação poderemos associar um diagnóstico, segundo o DSM-5, de um quadro de **perturbação neurocognitiva grave devido a lesão cerebral adquirida, com perda de consciência, amnésia pós-traumática, desorientação e confusão.**

Segundo o DSM-5, este diagnóstico pode vir acompanhado de perturbações na função emocional (p. ex., irritabilidade) e perturbações físicas (p. ex., cefaleia, fadiga, vertigem ou tontura) como é o caso do paciente.

Recomenda-se trabalhar na reabilitação neurocognitiva ao nível da leitura para melhorar aspetos da linguagem como a fluência verbal bem como implementação de exercícios que ajudem a melhorar os défices mnésicos.

10. Proposta de intervenção

Atualmente, a Neuropsicologia encara a Lesão Cerebral (LC) como um fenómeno multidimensional mensurável que requer uma abordagem também ela multidimensional.

Os Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são considerados as principais causas de Lesão Cerebral Adquirida (LCA) em Portugal (Santos, Sousa, Castro-Caldas, 2003, Castro, 2006).

As incapacidades resultantes do TCE podem ser divididas em três categorias: físicas, cognitivas e emocionais/comportamentais. Contudo, em grande parte dos sobreviventes, as sequelas emocionais/comportamentais e cognitivas de longo prazo, sobrepõem-se, em duração e gravidade, às sequelas físicas. (Ben-Yishay, Rattok, Lakin, Piasetsky, Ross, Silver et al., 1985). É de salientar que o impacto comportamental das lesões cerebrais depende das singularidades individuais neuroanatômicas e fisiológicas de cada um, bem como as diferenças relativas à idade, género, condição física, extensão e duração da lesão (Lezak, 1995). Portanto, o conhecimento de possíveis alterações cognitivas, a sua avaliação e reabilitação devem constituir um elemento indispensável de qualquer programa de reabilitação que tenha como objetivo central a promoção da reintegração dos pacientes na vida ativa (Muñoz-Cespedes, 1996).

A avaliação da pessoa com TCE é essencial na elaboração de um programa de reabilitação. Requer uma abordagem compreensiva e interdisciplinar para avaliar o quadro motor, a maioria dos domínios cognitivos, os sintomas psiquiátricos, os fatores psicológicos, as variáveis psicossociais e o funcionamento (Wilson, 1993). Esta avaliação proporciona a base para a construção de estratégias terapêuticas, que possibilitará maior grau de autonomia, integração na comunidade e melhoria na qualidade de vida do indivíduo (Lezak; Howieson; Loring, 2004; Podell Et Al., 2010; Tsaousides; Gordon, 2009).

Os serviços de reabilitação devem ser capazes de avaliar a natureza e a gravidade dos deficits físico-funcionais e neuropsicológicos, e o seu impacto sobre a limitação de

atividades e a restrição da participação social do indivíduo, identificando as intervenções mais apropriadas. Diferentes pessoas necessitarão de diferentes cuidados nas diversas etapas de sua recuperação, por vezes, requerendo suporte ao longo de toda vida (New Zealand Guidelines Group, 2006).

A reabilitação de um paciente com LCA, não deve ser vista como cura, uma vez que após uma lesão cerebral os danos cerebrais são normalmente permanentes e irreversíveis. Assim sendo, a reabilitação deve ser percebida como um conjunto de intervenções remediativas delineadas para lidar com as consequências funcionais da lesão cerebral, tendo como objetivo primordial habilitar o paciente a alcançar a sua funcionalidade no nível mais elevado possível. Para alcançar determinados objetivos no processo de reabilitação é fundamental coordenar de forma articulada a intervenção cognitiva remediativa com outras intervenções clínicas e terapêuticas (Ben-Yishay & Gold, 1990). Isto é, atingir o máximo de autonomia pessoal, no que diz respeito à realização de atividades de vida diária, o desenvolvimento de relações estáveis e consistentes ao longo da vida, para além de competências na realização das atividades, aprendizagens de forma a maximizar o potencial de empregabilidade, e ainda o desenvolvimento de estratégias de ajustamento emocional para que sejam capazes de aceitar e lidar com a sua nova condição.

Os indivíduos que sofreram LCA têm dificuldades em vários domínios cognitivos como, por exemplo, capacidade ao nível da atenção, funções executivas, memória, perceção visual, velocidade de processamento, compreensão verbal, depressão e qualidade de vida. De seguida, irão ser abordadas com mais detalhe as sequelas mais presentes neste caso clínico.

• **Atenção e Concentração**

Pacientes com LCA descrevem dificuldades especialmente ao nível da atenção/concentração, incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes, esquecimento e incapacidade para responder a mais do que um estímulo ao mesmo tempo (Sohlberg & Mateer, 2001, Ríos-Lago, Periañez, Rodriguez-Sanchez, 2008).

Estas alterações incitam grandes repercussões na realização das atividades de vida diária, diminuindo a autonomia e adaptabilidade do paciente a novas situações (Cicerone et al., 2000), sendo que a sua avaliação deve conceder bases esclarecedoras e estratégias

úteis para o desenvolvimento de programas de reabilitação cognitiva (Ríos-Lago & MuñozCéspedes, 2004).

• **Memória e aprendizagem**

Segundo Silver et al., 2005, os indivíduos que sofreram lesão cerebral consideram as suas funções mnésicas como melhores, do que é sugerido geralmente pelos seus familiares/cuidadores. Esta diferença sugere um défice na metamemória, isto é, na autoconsciência da eficiência da memória. Alterações na memória episódica são características frequentes (Silver et al., 2005). Geralmente, as memórias anteriores à lesão estão razoavelmente mantidas e são acessíveis, embora com menor eficiência, enquanto novas memórias são difíceis de estabelecer, sendo difíceis de recuperar (Bennet & Raymond, 2008). Ao nível da memória prospetiva, também são verificados problemas a longo-termo, como por exemplo: esquecer-se de compromissos apontados ou de pagar as contas. Além disso, não podem ser excluídos os efeitos dos défices atencionais no desempenho da memória (Ariza et al., 2006).

• **Funções executivas**

De acordo com Bennet e Raymond (2008), indivíduos que posteriormente ao dano cerebral reportam dificuldades ao nível cognitivo têm sempre algum grau de perturbação nas funções executivas, ou seja, na capacidade do sujeito de se autodirecionar, de forma a realizar, voluntariamente, comportamentos orientados para objetivos, independentes, auto-organizadas e direcionadas a metas específicas. Estudos revelam que este tipo de população pode revelar défices ao nível da fluência verbal, do raciocínio conceptual, da flexibilidade cognitiva, da memória de trabalho, da aplicação de estratégias de memória, da resolução de problemas, planear, iniciar, autorregular e concluir tarefas, e nos processos executivos atencionais (Silver et al. 2005).

• **Comportamento/emoção**

A literatura documenta a elevada ocorrência de disfunções emocionais ativas como, por exemplo, a presença de ansiedade, agitação e irritabilidade, comportamentos impulsivos, raiva, pouca tolerância à frustração, perda de autoestima; e, dificuldades emocionais passivas, tais como: depressão e apatia (Bennet & Raymond, 2008). Esta problemática tem demonstrado ter efeitos perseverantes e difusos na reabilitação e na reintegração social e laboral (Hanks et al. 1999). Este tipo de alterações pode ser o resultado imediato da própria lesão, mas também o facto de o indivíduo não conseguir ter o mesmo nível de desempenho pré mórbido, devido a dificuldades nas funções cognitivas pode provocar essa instabilidade. Segundo Crowe (2008), outro fator que influencia o ajustamento emocional é o tipo de personalidade que o sujeito apresentava antes da lesão, uma vez que pessoas com bom ajustamento emocional prévio e com ocupações bem estabelecidas, têm maiores probabilidades de virem a sofrer menos dificuldades emocionais, em comparação com pessoas que tinham vidas e ajustamentos psicológicos mais instáveis. De acordo com Bennet e Raymond (2008), indivíduos com cargos profissionais mais elevados e exigentes, mostram com maior frequência, menos problemas emocionais, pelo facto de poderem delegar os desafios de trabalho e tomar decisões. Pelo contrário, indivíduos em posições menos desafiadoras ou com habilitações inferiores têm tipicamente de lidar com as mesmas exigências que já existiam no trabalho antes da lesão. Esta constatação, contudo, não pode ser considerada como um dado adquirido, pois dependerá de outros aspetos das exigências da tarefa e do grau de independência do indivíduo.

Posto isto, e de acordo com o diagnóstico clínico descrito anteriormente será possível planear uma proposta de intervenção tendo por base a Terapia Cognitivo-Comportamental. A TCC é uma abordagem clínica que se tem mostrado efetiva para o tratamento de pacientes vítimas de TCE. Esta questão da eficácia da TCC está dependente da relação terapêutica previamente estabelecida entre o paciente e o terapeuta, sendo essencial para o processo de mudança (Matos & Oliveira, 2013). O estabelecimento de uma relação terapêutica está dependente de vários fatores tais como: a inclusão do paciente no processo terapêutico, através da explicação do plano de intervenção e, do pedido e aceitação de feedback ao longo da intervenção; da tomada de decisão colaborativa; e da diminuição de sintomas e alívio das preocupações e angústias do paciente que são obtidas através da demonstração de empatia e capacidades terapêuticas adequadas (Beck, 2013). O tratamento consiste na utilização de técnicas cognitivas e comportamentais. Técnicas como o questionamento socrático, a escuta ativa e a resposta empática são essenciais para o

Relatório de estágio

estabelecimento desta relação terapêutica e que conseqüentemente, promovem a mudança comportamental (Matos & Oliveira, 2013).

De entre as cognições trabalhadas ao longo da terapia, questões relacionadas com o efeito das sequelas neurológicas e motoras nas suas relações interpessoais e afetivas são centrais. Durante as sessões, são trabalhadas as distorções cognitivas pertinentes, de modo a atingir a reestruturação cognitiva de suas crenças centrais acerca de si mesmo, dos outros ou do mundo.

As distorções cognitivas são erros sistemáticos no processamento cognitivo gerados pelas crenças nucleares e intermédias (Beck, 2013). É importante promover a caracterização e reconhecimento destas na vida diária permitindo assim, entender as técnicas que possibilitarão o controlo e as conseqüências das mesmas.

O paciente queixou-se de algumas sequelas físicas como muitas dores nas pernas e braços. O tratamento da dor visa não apenas aliviar a sua intensidade e frequência, mas também proporcionar maior qualidade de vida, minimizando a sua interferência nas atividades de vida diária e prática. Uma abordagem interdisciplinar é importante. Tanto os aspectos físicos como os psicológicos devem ser contemplados (Sugawara et al., 2004). Medidas físicas, exercícios terapêuticos, medicações (analgésicos e drogas adjuvantes como antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos), bloqueios anestésicos e uma abordagem cognitiva comportamental são as principais modalidades terapêuticas para a dor crônica (Sugawara et al., 2004; Hoffman et al., 2007). Tal como foi sugerido, tendo sido encaminhado para psiquiatria.

Considerando as condições logísticas do meio hospitalar, muito limitadas a questões temporais e de agenda, esta proposta de intervenção teria a duração prevista de 6 sessões de 45 minutos cada, com uma frequência semanal.

Descrição detalhada do Programa de Reabilitação Neuropsicológica

(adaptado de Silva, 2015 – Especialização Pós-graduada em Neuropsicologia de Intervenção)

Meta: é o resultado que se pretende que o doente atinja no final de um ciclo de intervenção.

Questão orientadora: Que resultado?

Objetivo: O que o terapeuta decide fazer para o doente atingir a meta.

Questão orientadora: Fazer o quê para atingir o resultado?

Plano: como concretizar o objetivo para atingir a meta.

Questão orientadora: Como fazer para concretizar o objetivo que garante atingir a meta?

Ciclo de Intervenção: a série com um número definido de sessões, com tarefas específicas e durações definidas (plano) para concretizar determinados objetivos que garantem atingir um determinado resultado (meta).

Problema I: P. Não está orientado temporalmente

Ciclo de Intervenção n. °1: Orientar P. no tempo (dias da semana e do mês).

Meta1: P. Tem de saber qual o dia da semana e do mês em que se encontra.

Objetivo 1: Consultar o calendário e verificar o dia da semana e mês em que se encontra.

• **Plano 1.1.**

Tarefa: Mostrar a P. o calendário do mês em que nos encontramos (que ele sabe qual é) e questionar se estamos no início, meio ou fim do mês. Como R. tem noção do tempo mensal dar dicas acerca de acontecimentos para que consiga concluir em que dia está.

Duração e N. ° de sessões de treino: Em cada sessão, depois de identificado o dia no início da mesma, repetir a tarefa a cada quarto de hora (4 vezes), durante 5 sessões)

Contexto: Gabinete hospitalar com mesas, cadeiras e computador, com o menor número de estímulos distratores.

Material: Calendário mensal, lápis e borracha.

Registos da sessão: Registrar quantas tarefas conseguiu repetir corretamente.

• **Plano 1.2.**

Tarefa: Mostrar a P. o calendário do mês em que nos encontramos e questionar se estamos no início, meio ou fim do mês. Se estiver a ser difícil a recordação, fornecer pistas acerca de acontecimentos para que consiga concluir em que dia está.

Duração e N. ° de sessões de treino: Em cada sessão, depois de identificado o dia no início da mesma, repetir a tarefa somente som a pergunta “lembra-se que dia é hoje?” a cada quarto de hora (4 vezes), durante 6 sessões.

Contexto: Gabinete hospitalar com mesas, cadeiras e computador, com o menor número de estímulos distratores.

Material: Calendário mensal, lápis e borracha.

Registos da sessão: Registrar quantas tarefas conseguiu repetir corretamente.

Problema II: P. tem dificuldade em recordar informação que vê ou ouve há pouco tempo, bem como actividades, acontecimentos que ocorreram.

Ciclo de Intervenção n. °1: Reabilitação da memória imediata/trabalho (auditiva).

Meta1: P. diz todas as palavras que acabou de ouvir.

Objetivo 1: Treinar a memorização de palavras que ouve.

- **Plano 1.1.**

Tarefa: São lidas uma lista de 5 palavras que o doente deverá repetir imediatamente após as ter ouvido. Poder-se-á perguntar mais tarde a após outras tarefas se ainda se recorda das 5 palavras (tarefa de evocação com interferência)

Duração e N. ° de sessões de treino: 5 minutos, durante 5 sessões.

Contexto: Gabinete hospitalar com mesas, cadeiras e computador, com o menor número de estímulos distratores.

Material: Lista de palavras.

Registos da sessão: Registrar o número de palavras que recordou.

- **Plano 1.2.**

Tarefa: São lidas ao doente uma lista de 5 palavras que o doente deverá repetir ordenadamente e imediatamente após a sua leitura.

Duração e N.º de sessões de treino: 5 minutos, durante 5 sessões.

Contexto: Gabinete hospitalar com mesas, cadeiras e computador, com o menor número de estímulos distratores.

Material: Lista de palavras.

Registos da sessão: Registrar o número de palavras que recordou, e se estas foram ditas de forma ordenada.

• **Plano 1.3.**

Tarefa: É lida ao doente uma lista de 10 palavras, em que o início da seguinte é o final da anterior e assim sucessivamente. O doente deverá repetir ordenadamente e imediatamente as palavras encadeadas após a sua leitura.

Duração e N.º de sessões de treino: 10 minutos, durante 5 sessões.

Contexto: Gabinete hospitalar com mesas, cadeiras e computador, com o menor número de estímulos distratores.

Material: Lista de palavras encadeadas.

Registos da sessão: Registrar o número de palavras que recordou de forma encadeada.

• **Plano 1.4.**

Tarefa: São lidas ao doente pares de palavras. Seguidamente é lida a primeira palavra e o doente deverá recordar o par associado a essa palavra.

Duração e N.º de sessões de treino: 3 tentativas (5 minutos), durante 5 sessões.

Contexto: Gabinete hospitalar com mesas, cadeiras e computador, com o menor número de estímulos distratores.

Material: Lista de palavras.

Registos da sessão: Registrar o número de pares de palavras que disse correctamente e quantas tentativas usou.

Problema III: O doente demonstra impulsividade, irritabilidade fácil e por vezes alguma agressividade na forma como se expressa.

Ciclo de Intervenção n.º1: Treino de aptidões sociais

Meta 1: auto-conhecimento; relacionamento interpessoal; empatia; lidar com os sentimentos; estilos de comunicação; estimulação da criatividade; tomada de decisão e resolução de problemas.

Objetivo 1: Treinar as diversas aptidões de interação e resposta social.

Relatório de estágio

• Plano 1.1.

Tarefa: São fornecidos ao doente diversos exemplos de tarefas ao longo das sessões para ensaio deste programa, através de role-play.

Duração e N.º de sessões de treino: Cerca de 15 minutos durante 6 sessões.

Contexto: Gabinete hospitalar com mesas, cadeiras e computador, com o menor número de estímulos distratores.

Material: Papel e lápis (se necessário). Folha com a descrição do treino para o doente.

Registos da sessão: Registrar as soluções apontadas pelo doente, registar o que poderia ser alterado, bem como o nível de compreensão sobre as mesmas, assim como os sentimentos associados a cada situação.

7 - Relatório de Avaliação Psicológica - Psicologia Infantojuvenil

1. Dados de Identificação

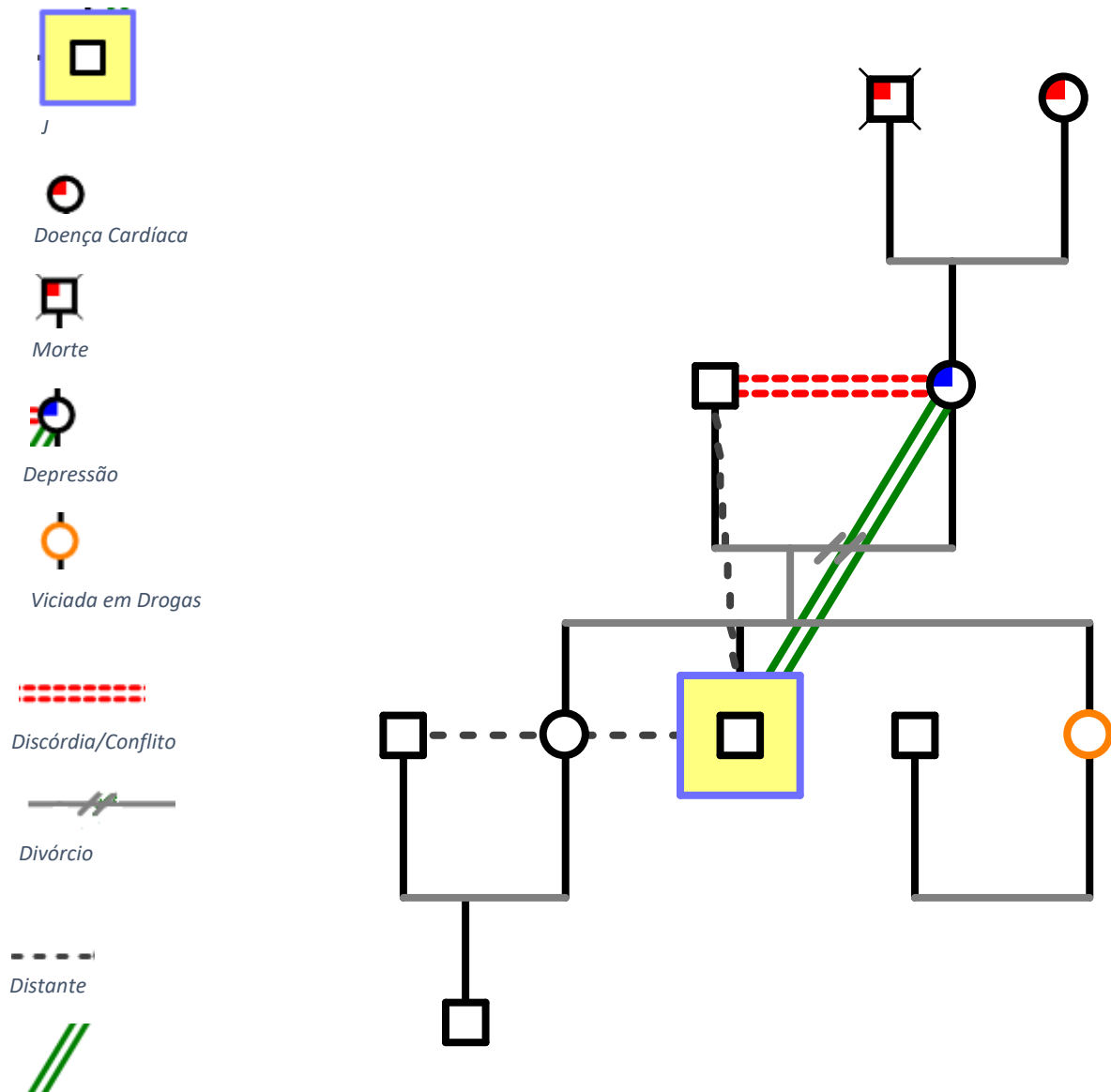
Paciente: J

Data 1ª consulta: 1 de fevereiro de 2021 (10H)

Data de Nascimento: 20-09-2010

Serviço Requisitante: Consulta Externa Pediatria de Desenvolvimento (05-01-2021)

Escolaridade: A frequentar o 5º ano de escolaridade.



2. Motivo da consulta

Paciente encaminhado por Pediatria de Desenvolvimento devido a queixas de dificuldades de aprendizagem com vários níveis negativos. Foi feito um pedido de avaliação psicológica há alguns anos, mas faltou. Tem necessidade de avaliação psicométrica formal, atendendo às dificuldades que está a apresentar.

3. História pessoal e familiar

O J tem 10 anos e foi uma criança planeada, contudo, assistiu com apenas 3 anos de idade à separação litigiosa dos pais, que já não tinham uma relação muito saudável: “então não me lembro? tivemos de ir numa carrinha grande e velha azul” (sic.), revelando ter memória de alguns desses acontecimentos.

Frequentou uma ama até aos 3 anos de idade, altura em que entrou para o infantário, adaptou-se bem à pré-escola, sem queixas.

No ano de 2020, começou a frequentar o 5º ano na Escola Básica.

O paciente tem duas irmãs mais velhas, relação positiva com ambas, apesar de referir que elas são muito mais velhas que ele. A irmã mais velha tem 28 anos e a mais nova 24 anos (história de abuso de drogas) e já não vivem na mesma casa que o paciente, a irmã mais nova vive com o pai na Holanda. O J vive com a mãe; o pai está a residir na Holanda há muitos anos, mesmo antes do J nascer (relação ausente e sem qualquer afetuosidade).

J dorme na cama da mãe apesar de ter o seu quarto, diz não conseguir dormir sozinho.

4. Observação do estado mental e comportamento

J, 10 anos de idade, postura adequada e aspeto cuidado em consulta. Humor eutímico, postura introvertida que normaliza ao longo da sessão. Discurso pouco organizado, empobrecido e por vezes repetitivo. Menino com franca agitação psicomotora.

No decorrer das consultas, o J mostrou-se sempre muito colaborante e participativo, mesmo na presença da mãe. A mãe tinha como principal queixa a falta de aproveitamento escolar de J e o facto de ele passar muito tempo no telemóvel. Na ausência da mãe, quando abordei o assunto dos medos e receios J começou a chorar, enumerando vários medos:

Relatório de estágio

“Medo de ser operado, ladrões, cobras, ciganos, pesadelos, de dormir.” Pesadelos estes que, segundo o J, são frequentes e que o impedem de dormir.

Perto do fim das consultas, estava sempre muito preocupado em relação ao horário do autocarro.

5. Antecedentes pessoais

O J nasceu num contexto de separação dos pais e assistiu a um processo de separação litigioso ainda muito pequeno, tendo ainda memórias de alguns dos acontecimentos.

Nos primeiros anos de vida, não apresentou qualquer problema de saúde, a não ser um pequeno sopro sistólico que normalizou ao longo do seu desenvolvimento. Fez cirurgia à garganta, nariz, pênis (circuncisão devido a fimose), como tinha orelhas proeminentes também fez operação às orelhas (sofria de bullying na escola). O J enfatizou em consulta que tem muito medo de voltar a ser operado ou ficar “novamente com as orelhas tortas por causa das máscaras”. (sic.).

Desde muito cedo foi uma criança que se manteve atento aos problemas que o rodeavam, segundo a mãe está sempre a perguntar “se está tudo bem, tens falta de dinheiro” (sic.).

Em consulta, contou um acontecimento que o preocupou e que o fez sentir culpado da morte do gato, “eu fui atrás dele até à rua e ele foi atropelado, eu acho que a culpa foi minha” (sic.).

6. Antecedentes familiares

A mãe, com 50 anos de idade, mostrou em consulta, que não se tem sentido muito bem, que se sente deprimida e com necessidade de ajuda, tendo sido medicada há algum tempo pelo médico de família, não tendo tido acesso à medicação (antidepressivos) nos últimos tempos. Foi submetida a uma cirurgia a um tumor na tiroide e tem antecedentes de asma. Na escola, diz ter tido muitas dificuldades, tendo reprovado no 3º ano de escolaridade. Tem a 4ª classe de escolaridade e é funcionária numa fábrica de calçado.

Relatório de estágio

O pai tem 50 anos de idade, é saudável e tem uma relação muito distante com o J. Segundo a mãe, não paga pensão de alimentos, vive na Holanda há 9 anos e é empregado em estufas.

A irmã mais velha tem 28 anos, reside com o namorado e o filho de 9 anos. O J referiu que é mais distante desta irmã.

A irmã mais nova de 24 anos teve problemas relacionados com o abuso de substâncias, tendo retirado da conta dos pais sem o seu consentimento cerca de 15 mil euros. Esta irmã reside com o pai na Holanda.

O avô materno do J faleceu com patologia cardíaca não o tendo chegado a conhecer, a avó materna tem antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, tendo sido já submetida a bypass cardíaco.

7. Desenvolvimento psicomotor/linguagem

O J teve um desenvolvimento psicomotor normal; controlo cefálico antes dos três meses; sentou-se sem apoio aos 6 meses; desenvolveu a marcha autónoma aos 12 meses e verbalizou as primeiras palavras aos 13 meses de idade.

Sempre transitou de ano, apesar de a mãe referir muitas dificuldades.

8. Observação em contexto familiar

No que diz respeito ao comportamento do em contexto familiar, a mãe descreve-o como pouco organizado, muito irritante e teimoso, “não me larga, está sempre a chamar por mim mesmo quando estou ao pé dele, por qualquer barulho que eu faça na cozinha ele pensa que eu me magoei” (sic.).

“O J não gosta muito de brincar cá fora, prefere estar em casa a jogar telemóvel” (sic.).

9. Observação em contexto escolar

“O aluno J integrou o Agrupamento de Escolas C. V. apenas este ano letivo, na turma E do 5º ano, em setembro de 2020. A nível comportamental, em sala de aula, o aluno tem apresentado um comportamento adequado em termos de cumprimento das regras de sala de aula e de convívio com os colegas. Apresenta, contudo, dificuldades ao nível da atenção/concentração. Em sala de aula, frequentemente está alheado das atividades, tendo o professor de o chamar a atenção para se focar na atividade a decorrer. Na realização das

Relatório de estágio

tarefas de cariz mais teórico precisa de muito apoio individualizado, devido à facilidade em dispersar a sua atenção, baixo ritmo de trabalho e dificuldades de compreensão.

Apresenta ainda dificuldades ao nível da organização do pensamento, tendo dificuldades em manter o tópico de uma conversa, sendo frequentemente bastante contraditório no seu discurso. O mesmo se passa em relação às tarefas de escola e materiais. É muito desorganizado, quer nas rotinas como nos materiais e tarefas escolares. Estas características, bem como a falta de hábitos de estudo e falta de acompanhamento familiar relativamente ao seu percurso escolar contribuíram para os baixos resultados escolares. No final do 1º período, teve nível dois às disciplinas de Português, Inglês, História, Matemática e Ciências Naturais.

O Conselho de Turma irá dar continuidade às medidas universais, nomeadamente, através da implementação de acomodações curriculares ao nível quer da forma como lhe são apresentados os conteúdos, como é apoiado em sala de aula e ao nível da avaliação, e continuará a ter apoio pedagógico a português. O aluno começou também a ter apoio de um centro de estudos particular, no início de dezembro de 2020. Caso estas medidas não surtam efeitos ao nível da melhoria da aprendizagem, poderão vir a ser despoletadas medidas seletivas.” (15/01/2021)

Diretora de Turma: M. S.

Em consulta, o J diz estar muitas vezes sozinho nos intervalos, “prefiro estar sozinho” (sic.). Quanto ao grupo de amigos, diz ter muitas amigas, “prefiro brincar com as meninas do que com os meninos, com os meninos tenho medo de me aleijar” (sic.).

10. Avaliação Psicométrica

Para avaliar o J recorreremos à entrevista clínica e à avaliação das funções intelectuais através da **WISC-III**. A Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – Terceira Edição permite avaliar o desempenho da criança em três resultados compósitos identificados como Q.I. Verbal, Q.I. de Realização e Q.I. da Escala Completa (Q.I. Global). A análise e interpretação dos resultados obtidos nesta prova irá permitir determinar a qualidade do desempenho de J relativamente a um conjunto de aptidões intelectuais. O Q.I. verbal está na base das capacidades intelectuais responsáveis para uma aprendizagem efetiva. O Q.I. de realização faz apelo às capacidades percetivo-motoras.

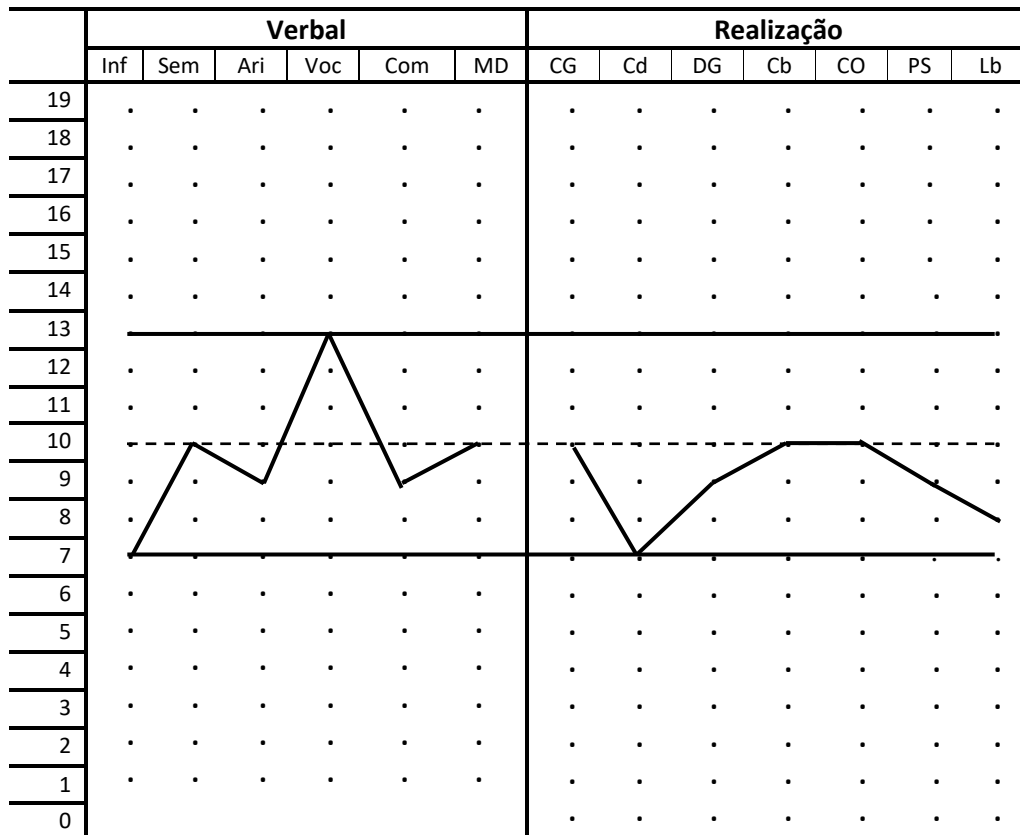
O instrumento **CBCL -Child Behavior Checklist** destinado à faixa etária de 6 a 18 anos, é um questionário composto de 138 itens, destinado aos pais/mães ou cuidadores para que forneçam respostas referentes aos aspectos sociais e comportamentais dos filhos (as).

A **TRF** é um instrumento, em que o professor fornece um conjunto de respostas relativamente aos comportamentos da criança sob avaliação.

As Escalas de **Conners** avaliam os problemas de comportamento, obtendo (e conjugando quando possível) respostas de professores, pais e crianças. As versões revistas das escalas de Conners apresentam três tipos de escala: 1. Escala para Professores; 2. Escala para Pais; 3. Escala para Adolescentes. As três escalas apresentam-se sob duas formas: Forma Completa e **Forma Reduzida**. As formas completas são constituídas por um largo conjunto de subescalas que foram empiricamente derivadas para avaliar um largo espectro de problemas de comportamento (tais como problemas comportamentais, problemas cognitivos, problemas de ansiedade e problemas sociais) e correspondem aos critérios oficiais de diagnóstico da PHDA.

Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – Terceira Edição

Perfil de Resultados Padronizados



Perfil dos QI's

Resultados	Perfil dos QI's		
	QIV	QIR	QIEC
190	.	.	.
180	.	.	.
170	.	.	.
160	.	.	.
150	.	.	.
140	.	.	.
130	.	.	.
120	.	.	.
110	.	.	.
100	.	.	.
90	.	.	.
80	.	.	.
70	.	.	.
60	.	.	.
50	.	.	.
40	.	.	.

Nível do QI	Valores
Muito Superior	Mais de 130
Superior	Entre 120 e 129
Médio Superior	Entre 110 e 119
Médio	Entre 90 e 109
Médio Inferior	Entre 80 e 89
Inferior	Entre 70 e 79
Muito Inferior	Menos de 69

Resultados

QI Global: 93 [Médio = entre 90 e 109]

QI Verbal: 97 [Médio = entre 90 e 109]

QI Realização: 93 [Médio = entre 90 e 109]

Através da análise dos gráficos apresentados, foi possível verificar que J apresenta um desenvolvimento cognitivo situado no nível “**Médio**” de acordo com a sua faixa etária, com uma distribuição de valores entre escalas bastante homogénea, no entanto, o gráfico apresenta-se com bastantes oscilações.

Ao nível da escala verbal, situada no nível “**Médio**”, o J apresenta resultados abaixo do esperado para a idade nos subtestes “*Informação*” (7), “*Aritmética*” (9) e “*Compreensão*” (9), fruto de um ambiente empobrecido com falta de orientação para a ação aliado ao desinvestimento emocional parental. Contrariamente, apresenta resultados mais positivos no subteste “*Vocabulário*” (13), o que indica uma boa qualidade da linguagem, de riqueza de ideias e uma boa relação emocional com os pares.

Na escala de realização, J apresenta um desempenho cognitivo situado também no nível “**Médio**”. Nesta escala, destaca-se de forma positiva nos subtestes “*Completamento de Gravuras*” (10), “*Cubos*” (10) e “*Composição de Objetos*” (10), demonstrando uma boa disponibilidade para a aprendizagem, bom raciocínio, boa orientação, integração visuo-motora, velocidade de realização, denotando competências para responder perante a incerteza, uma normal aquisição do esquema corporal e apresentando iniciativa para experimentar novas soluções. Contudo, apresenta um desempenho inferior nos subtestes “*Código*” (7), “*Labirintos*” (8), “*Disposição de gravuras*” (9) e “*Pesquisa de Símbolos*” (9), apresentando dificuldades ao nível do controlo de impulsos, sendo facilmente distraído, denotando-se alguma falta de flexibilidade cognitiva e consequentemente de velocidade de processamento, apresentando algumas dificuldades gerais no relacionamento interpessoal.

Através das análises dos índices fatoriais averigua-se: Índice de Compreensão Verbal (ICV= 99 com intervalo de confiança a 95% entre 91-107 e com percentil de 47); Índice de Organização Percetiva (IOP= 98 com intervalo de confiança a 95% entre 89-107 e com percentil de 45); Índice de Velocidade de Processamento (IVP=89 com intervalo de confiança a 95% entre 81-102 e com percentil de 23). Estes resultados

Relatório de estágio

permitem corroborar o que foi mencionado anteriormente, sendo a principal dificuldade do J ao nível das capacidades percetivo-motoras.

Quanto aos desvios padrão, apesar dos resultados dos quocientes de inteligência estarem um bocadinho abaixo dos valores médios, é possível constatar que essas diferenças são pouco expressivas sendo a maior diferença de -0,5 DP abaixo do valor médio (100) no quociente de inteligência de realização.

Instrumento CBCL -Child Behavior Checklist

CBCL/ICCP - médias (DP)				
Amostra Portuguesa	Rapazes	Rapazes	Rapazes	Rapazes
	< 9 anos	9-10 anos	11-12 anos	> 12 anos
IGS (Total)	36,2 (19,5)	37,3 (20,4)	33,2 (19,7)	39,2 (16,6)
Oposição/Imaturidade	9 (5,5)	8,2 (5,1)	7 (5)	8,2 (4,6)
Agressividade	4 (4)	4,1 (3,8)	3,2 (3,2)	4,2 (3,9)
Hiperatividade/Inatenção	5,9 (3,7)	6,6 (4,3)	5,9 (4)	7,1 (3,6)
Depressão	1,9 (2,5)	2,3 (2,9)	1,9 (2,6)	2,4 (2,5)
Problemas Sociais	4 (2,6)	3,9 (2,8)	3,4 (2,6)	4,4 (2,2)
Queixas Somáticas	0,86 (1,4)	1 (1,3)	0,99 (1,6)	1,2 (1,7)
Isolamento	3,7 (2,6)	3,7 (2,3)	3,4 (2,4)	4,4 (2,2)
Ansiedade	2,3 (2)	2,4 (2)	2,3 (2,1)	2,4 (1,8)
Obsessivo-Esquizóide	2,8 (2,2)	3 (2,4)	2,6 (2,2)	2,6 (2,2)

Síndromes:	
Oposição/Imaturidade	16
Agressividade	6
Hiperatividade/Atençã	13
Depressão	7
Problemas Sociais	6
Queixas Somáticas	0
Isolamento	6
Ansiedade	7
Obsessivo-Ezquizóide	12
Outros problemas	8
IGS	73

TRF/ICCPR - médias (DP)				
Amostra Portuguesa	Rapazes	Rapazes	Rapazes	Rapazes
	< 9 anos	9-10 anos	11-12 anos	> 12 anos
IGS (Total)	24,2 (22,4)	26,1 (22,4)	20,6 (20,5)	34,3 (24,3)
Agressividade/Antisocial	9,5 (11,9)	10,1 (11,7)	7,1 (10,5)	15,2 (15,4)
Probl. atenção/Dif. Aprendiz.	8,3 (7,9)	8,8 (8,4)	7,8 (8,1)	12,8 (7,4)
Isolamento Social	3,4 (3,5)	3,6 (4,2)	3,2 (3,8)	4,1 (3,8)
Obsessivo	1,8 (2,2)	2,4 (2,4)	2,1 (2,9)	1,7 (2,4)
Problemas Sociais/Impopular	1,1 (2)	1,4 (2,3)	1,2 (2,4)	2,3 (2,8)
Comp. Estranhos/Esquizóide	1,4 (2,4)	1,5 (2,3)	0,8 (1,5)	1,1 (2,1)
Ansiedade	2 (2,2)	2,1 (2,6)	1,6 (2,4)	2,1 (2,1)

Tabela 3 - TRF

Síndromes:	
Agressividade/Antisocial	0
Probl. atenção/Dif. Aprendiz.	4
Isolamento Social	0
Obsessivo	0
Problemas Sociais/Impopular	0
Comp. Estranhos/Esquizóide	0
Ansiedade	1
IGS	5
Outros problemas	

Os dados recolhidos nos instrumentos **CBCL**, **TRF** e **Conners** correspondentes ao comportamento do J no contexto familiar e escolar, revelaram-se um pouco díspares. Existem algumas diferenças na perceção do comportamento de J na escola em relação aos seus comportamentos e atitudes em casa.

Na escola, não se verificaram critérios suficientes para a suspeita de alguma perturbação comportamental, contudo em contexto familiar existem alguns critérios de suspeição de algumas síndromes tais como: **Oposição/Imaturidade** (X=16; M=8,2; DP=5,1), estando os valores recolhidos 1,53 DP acima dos valores médios; **Hiperatividade/Défice de Atenção** (X=13; M=6,6; DP=4,3), estando os valores recolhidos 1,49 DP acima dos valores médios; **Depressão** (X=7; M=2,3; DP=2,9), estando os valores recolhidos 1,62 DP acima dos valores médios; **Ansiedade** (X=7; M=2,4; DP=2), estando os valores recolhidos 2,3 DP acima dos valores médios e **Traços Obsessivos/Esquizóides** (X=12; M=3; DP=2,4) estando os valores recolhidos 3,75 DP acima dos valores médios.

11. Análise conjunta dos resultados / Proposta de Intervenção

Em conformidade com os resultados evidenciados, denota-se um **funcionamento mental dentro da média** para o seu grupo etário. Contudo, existem queixas quanto ao desempenho escolar do J.

Fazendo uma análise conjunta e qualitativa do desempenho de J, entende-se que no que diz respeito aos resultados na Escala de Inteligência de Wechsler, J obteve resultados dentro dos valores médios da amostra padrão e, apesar de serem valores médios inferiores, não existem diferenças de significância clínica. Posto isto, é possível clarificar que o J possui capacidades cognitivas globais dentro da média das crianças da sua idade.

Cruzando estes resultados na escala de inteligência com o observado ao longo das sessões, é possível inferir, que uma parte do défice de atenção do J advém de preocupações em relação ao contexto familiar, posto isto, seria pertinente ajudar esta criança a lidar com as suas preocupações, ocupando-o por exemplo com atividades lúdicas do seu interesse.

Sendo as dificuldades no aproveitamento escolar a principal queixa em relação ao J, vejo como necessidade o acompanhamento escolar individualizado do J, assim como tem vindo a acontecer, esperando que tanto o acompanhamento no centro de estudos, ainda muito recentemente, como a adoção das medidas universais de apoio produzam efeito na melhoria da aprendizagem, desenvolvendo estratégias que estimulem a motivação e o interesse pela melhoria dos resultados escolares.

Analisando agora os dados obtidos nos questionários feitos aos professores e à mãe foi possível verificar algumas discrepâncias quanto à perceção das atitudes e comportamentos no ambiente escolar e familiar.

É importante modificar possíveis expectativas e atitudes irrealistas ou distorcidas que os professores ou familiares possam eventualmente ter sobre os comportamentos do J para aperfeiçoar atitudes em relação a este, enquanto aluno capaz e enquanto filho.

Reflexão final

Chegando ao fim daquela que era a fase da minha formação académica mais desejada posso fazer uma perspetiva geral da minha experiência enquanto estagiário curricular em meio hospitalar. A gestão das minhas expectativas nem sempre foi fácil, com o cancelamento de consultas, com confinamentos, com receios constantes de contactos com casos positivos, com a ansiedade de começar a minha experiência prática de psicólogo... Uma “panóplia de emoções” como diria um grande amigo meu.

Este foi sem dúvida um ano de grandes aprendizagens e de grande evolução, se foi o meu melhor ano de faculdade? Não. Foi o ano que mais me fez crescer enquanto pessoa e enquanto futuro profissional? Com certeza, apesar de sentir um sabor amargo que poderia ter feito mais e melhor.

Recordo que desde há 2/3 anos enquanto me falavam dos locais de estágio, foram vários os meus colegas mais velhos que me disseram que era um estágio para além de ser ritmado era um dos locais de estágio mais exigentes. As expectativas eram altíssimas, a ansiedade para que tudo começasse apoderou-se bem cedo, os medos e as inquietações surgiam de vez em quando, ao de leve, na minha cabeça, mas sempre com a certeza de que este seria um, ou talvez, o melhor ano desta minha fase académica. Este é o ano pelo qual, sempre esperamos e onde projetamos todas as expectativas daquilo que fomos aprendendo. Este é o ano!

Já no estágio aprendi “nem tudo é como vem nos livros”, mas o que é certo é que o nosso principal objetivo não deixa de ser o de diminuir o sofrimento do ser humano. Posso considerar, hoje, que a minha maior aprendizagem durante o estágio curricular foi perceber aquilo que sou ou não sou capaz, refiro-me à experiência que me propuseram de assistir durante uma semana às consultas em contextos de cuidados paliativos e que aceitei prontamente, contudo, o sofrimento humano está tão nu, tão despido e espelhado nos olhos das mulheres, dos homens e das crianças que foi uma semana muito complicada para mim emocionalmente. Este sofrimento que nenhum livro, artigo ou revisão de literatura nos consegue preparar e explicar como lidar e aliviar. A nós, que acabamos de chegar e que apenas sabemos a teoria.

E é perante estas situações que as dúvidas surgem, que nos questionamos sobre as decisões tomadas. E é no meio deste misto de dúvidas, de questionamentos, de medos e

Relatório de estágio

emoções que não sabemos controlar e explicar que este último ano vai acontecendo.

O meio hospitalar sempre foi um meio de interesse para mim, talvez pela multidisciplinaridade de funções que poderíamos exercer e pela oportunidade de vivenciar diferentes experiências clínicas. Apesar de todas as questões logísticas que impossibilitavam a execução das nossas funções da forma correta e perfeita num hospital público. O meu principal objetivo durante todo o meu estágio e a minha maior aprendizagem foi a perceber a importância do nosso papel enquanto psicólogos e saber de forma real que além sermos úteis, somos necessários.

Esta experiência de estágio não só contribuiu para o meu desenvolvimento e crescimento profissional, mas também, mudou um pouco a minha perspectiva de vida. O confronto com histórias pessoais tão diversificadas, com quadro clínicos e evoluções tão variadas faz-nos ver e querer viver a vida de outra forma. Considero que, a minha capacidade de resiliência e superação esteve constantemente à prova, durante todo este ano, desde o início de estágio durante uma pandemia que nos assola e que não vejo a hora de acabar.

Chegando ao fim desta fase, aguardo ansiosamente pela oportunidade de poder aplicar tudo aquilo que me ensinaram e que ainda não de ensinar.

Referências bibliográficas

- Ariza, M., Serra-Grabulosa, S., Junqué, C., Ramírez, B., Mataró, M., Poca, A., Bargalló, N. & Sahuquillo, J. (2006). Hippocampal head atrophy after traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 44. 1956-1961.
- Astrom, M., Adolfsson, R., & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study. *Stroke*, 24, 976-982.
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 30 (4), 139-146.
- Bahls, S. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *Interacção*. V.3, p.49-60.
- Bales, J. W., Wagner, A., Kline, A. & Dixon, E. (2009). Persistent cognitive dysfunction after traumatic brain injury: A dopamine hypothesis. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 33, pp: 981-1003.
- Bennet, T. & Raymond, J. (2008). The neuropsychology of traumatic brain injury. In Horton, A. M. & Wedding, D. (3ª Ed.). *The handbook of neuropsychology* (pp. 533- 570). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Ben-Yishay, Y. (1983). Cognitive remediation viewed from the perspective of a systematic clinical research program in rehabilitation. *Cognitive Rehabilitation*. Vol. I, 5ª Edição.
- Ben-Yishay, Y., Rattok, J., Lakin, P., Piasetsky, E.B., Ross, B., Silver, S., Zide, E., & Ezrachi, O. (1985). Neuropsychological rehabilitation: quest for a holistic approach. *Seminars in Neurology*, 5(3), 252-259. 49
- Conceição, E., Teixeira, F., Rodrigues, T., Lourdes, M., Pinto-Bastos, A., Vaz, A., & Ramalho, S. (2018). Comportamentos Alimentares Problemáticos após Cirurgia Bariátrica: Um Estudo com Amostra Nacional Portuguesa. *Acta Médica*

Portuguesa, 31, 633. <https://doi.org/10.20344/amp.9237>

Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguese, M. W., & Costa, J. C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80, 111–116.

<https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300014>

Crowe, S. F. (2008). *The behavioral and emotional complications of traumatic brain injury*. Nova Iorque: Psychology Press.

Dziurowicz-Kozłowska, A. H., Wierzbicki, Z., Lisik, W., Wasiak, D., & Kosieradzki, M.

(2006). The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16(2), 196–202.

<https://doi.org/10.1381/096089206775565168>

Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Dores, A., & Castro, A. (2008). Self-awareness deficit: An exploratory study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 22 (5), pp. 547

Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Dores, A., & Castro, A. (2009). Avaliação de 5 anos de reabilitação neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. Vila Nova de Gaia, Portugal: CRPG.

Haase, V., & Lacerda, S. (2003). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(1), 28-42.

Muñoz-Céspedes, J. (1996). Rehabilitación neuropsicológica: un enfoque centrado en las actividades de la vida diária. In Fundación Mapfre Medicina. (Ed.) *Dano cerebral traumático y calidad de vida*. Madrid: Mapfre.

Observador. (2021). *Covid-19: linha de Aconselhamento Psicológico atendeu 75 mil chamadas num ano*. <https://observador.pt/>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Covid-19: 3 Passos Para Lidar Com a Ansiedade*. www.ordemdospsicologos.pt

Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Fact Sheet Ansiedade*. www.ordemdospsicologos.pt

- Prigatano, E., Schacter, D. (1999). *Awareness of Deficit after brain injury: Clinical and Theoretical Issues*. Oxford University Press, New York.
- Ríos-Lago, M., Priáñez, J., & Rodríguez-Sánchez, J. (2008). *Neuropsicología de la atención*. In Tirapu-Ustárrroz, J., Ríos-Lago, M., Maestú Unturbe, F. (Ed.) *Manual de Neupsicología*. Barcelona: Viguera Editores, SL.
- Rolim, J. A. (2020). *Managing Anxiety in coping with Covid-19*. 4(2), 64-74. Serviço Nacional de Saúde. www.sns24.gov.pt
- Sohlberg, M., & Mateer, C. (2001). *Cognitive rehabilitation – an integrative neuropsychological approach*. New York: Guildford Press.
- Wechsler, D. (2008). *Escala de inteligência de Wechsler para adultos – 3ª edição (WAIS-III) Manual*. Cegoc-Tea: Lisboa.
- Wilson, B. (2003). *The theory and practice of neuropsychological rehabilitation: an overview*. In Wilson, B. (Ed.). *Neuropsychological rehabilitation – theory and practices* (pp. 1-10). Lise, The Netherlands: Swets & Zeitlinger Publishers.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*.

Lista de Anexos

Anexo A: “Estratégias Para Gerir a Ansiedade Em Tempos de Pandemia” – Publicação no Jornal + Guimarães.

Anexo B: PowerPoint realizado para formação ao corpo clínico – “Quadros de Ansiedade na Infância e na Adolescência.

Anexo C: Apresentação de Caso Clínico à Turma do 3º ano – “Caso Clínico M - Demência Alcoólica”.

Anexo D: “Estratégias para gerir a ANSIEDADE em tempos de pandemia” – Documento submetido à revista + Guimarães para publicação.

Anexo E: Manual do Terapeuta – “Avaliação Neuropsicológica - Demências e Declínios Cognitivos Ligeiros”

Anexos ao Relatório de Estágio

ANEXO A

ESTRATÉGIAS PARA GERIR A ANSIEDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA

TEXTO: EMANUELA LOPES / LÉONEL SAVIOS / MARLENE RODRIGUES • FOTOGRAFIAS: DIREITOS RESERVADOS

Atualmente vivenciamos o impacto da pandemia mundial da Covid-19. Pode afirmar-se que a adaptação à nova realidade, na presença do vírus, causou sofrimento a toda a sociedade, especialmente nas áreas da saúde e da economia. As alterações na sociedade são inúmeras e nem todas as pessoas têm conseguido lidar de forma adaptativa e funcional com tais mudanças. O isolamento social, embora fosse e continue a ser uma estratégia fundamental para evitar a propagação da Covid-19, trouxe consigo um aumento significativo de várias patologias do foro mental, nomeadamente da ansiedade. Também o medo, a angústia e a preocupação relacionados com uma possível infeção, agravou os sintomas de ansiedade, e consequentemente, provocou alterações na saúde mental das pessoas.

Apesar da influência do vírus da Covid-19 sobre a ansiedade, não é de agora a sua presença na vida das pessoas. A pandemia instalou-se, com base num vírus completamente desconhecido, que de forma repentina invadiu todo o território mundial, ao contrário da ansiedade que é bastante comum e notada por toda a população desde sempre. Todos nós, em algum momento, experienciamos ansiedade. Porém, quando esta se torna excessiva, tende a dificultar o bom funcionamento da pessoa. Segundo dados relativos a 2015, publicados pela Organização Mundial de Saúde em 2017, estimou-se que 3,6% da população mundial, o equivalente a 264 milhões de pessoas sofriram de ansiedade. Este total reflete um aumento de 14,9%, comparativamente com o ano de 2005. As taxas de prevalência não variam substancialmente entre as faixas etárias, pese embora exista uma tendência observável de uma prevalência mais baixa entre os grupos de idade mais avançada. Portugal é o quinto país da União Europeia com maior prevalência de problemas de saúde mental. De acordo com o relatório Health at a Glance 2018, divulgado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 18,4% da população portuguesa sofre de doença mental, onde se inclui a ansiedade, a depressão ou problemas com o consumo de álcool e drogas. E Portugal também é um dos países da OCDE que mais consome ansiolíticos e antidepressivos. As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%).



Tendo em conta os dados referidos torna-se importante refletir e debruçar-nos sobre o tema da ansiedade. Podemos definir a ansiedade como uma emoção desagradável, caracterizada por uma sensação de preocupação, nervosismo ou receio do que poderá acontecer. Esta emoção manifesta-se através de sintomas físicos, nomeadamente: respiração ofegante, sensação de falta de ar, dores no peito, tremor, tensão muscular, irritabilidade, dores de cabeça, boca seca, náuseas ou vômitos, diarreia, insónia, entre outros; e sintomas psicológicos, como por exemplo: nervosismo, preocupação excessiva, dificuldade de concentração, medo constante, sensação de perda de controlo, medo de que algo mau pode acontecer.

No entanto, a ansiedade não é apenas um mal-estar, uma emoção desagradável, é também uma emoção indispensável e tem a importante função de nos proteger. Faz parte do estado emocional e fisiológico do ser humano, responsável por nos manter alerta, através do organismo, para eventuais perigos iminentes e permite-nos uma adaptação às respostas ambientais.

A ansiedade torna-se um problema, quando sai do caráter normativo e passa a interferir negativamente com a capacidade de desenvolver as atividades diárias, causando sofrimento físico e/ou psicológico significativo.

Afeta todas as faixas etárias como referido (desde crianças a pessoas de idade mais avançada) e está diretamente relacionada com fatores genéticos e fatores ambientais. A ansiedade surge, com frequência, associada a outras perturbações, como é o caso da depressão. Os sintomas de ansiedade podem apresentar-se de formas diversificadas: preocupação persistente sobre vários domínios do dia a dia, ataques de pânico inesperados e medo de vir a experienciar novos ataques de pânico, medo em situações sociais que envolvem possibilidade de ser avaliado, dificuldade em falar em situações sociais onde é expectável que fale [por exemplo, na escola], evitamento ou fuga de situações específicas, ansiedade de separação das figuras de vinculação [por exemplos os pais], no caso das crianças.

Perante os factos, torna-se necessária a adoção de estratégias, no sentido de ajudar a lidar com a ansiedade sobretudo em fase pandémica. Como tal, apontam-se algumas estratégias que poderão auxiliar na redução destes sintomas.

- Crie e estabeleça uma rotina. Organize o seu tempo para o prioritário e necessário de modo a ter mais tempo para si e para cuidar de si.
- Foque a sua atenção no aqui e no agora. Concentre-se nas atividades que está a desempenhar no momento, como por exemplo cozinhar, fazer exercício físico, ouvir música, ver um filme.
- Identifique pensamentos que o estão a perturbar e analise qual o nível de probabilidade de esses pensamentos acontecerem de facto. Procure cenários alternativos e pensamentos mais positivos e realistas para combater os pensamentos perturbadores.
- Invista os seus esforços no que pode controlar. Analise quais as atitudes que dependem de si, por exemplo: lavar frequentemente as mãos, manter o distanciamento físico, fazer atividades que gosta.
- Mantenha-se informado e atualizado, mas use apenas fontes oficiais de informação, como a Direção Geral de Saúde, a Organização Mundial de Saúde e atenda apenas informação necessária para se manter informado. Não ocupe demasiado tempo do seu dia a consultar fontes de informação. Pode também procurar consultar uma notícia positiva antes da informação negativa.
- Fale com pessoas significativas. Falar com alguém em quem confiamos, sobre o que estamos a sentir é das estratégias mais eficazes para diminuir a ansiedade.

- Confie nas suas capacidades para enfrentar situações difíceis. Certamente já passou por momentos negativos na sua vida, procure perceber que estratégias o ajudaram a ultrapassar essas situações anteriores. Use essas estratégias e adapte-as para a situação atual.
- Faça o que mais gosta e o que mais lhe dá prazer fazer. Crie uma lista com essas atividades. Procure implementar as atividades da sua lista, diariamente no seu dia a dia.
- À noite faça uma avaliação do seu dia e planeie o dia seguinte. Repare nas coisas boas que experienciou e procure reproduzi-las no dia seguinte.
- Tenha um ou vários momentos diários de relaxamento. Procure um espaço da sua casa onde possa relaxar confortavelmente e ouça música de olhos fechados, pinte, desenhe, utilize técnicas de relaxamento.
- Evitar ou diminuir o consumo de alimentos ou bebidas estimulantes (café, bebidas açucaradas, álcool).
- Pratique exercício físico.
- Projete-se rio futuro de forma positiva. Pense que a pandemia não vai durar para sempre. Pense na capacidade que demonstrou em se adaptar, na criatividade em manter rotinas, nas competências que desenvolveu. Encare a situação atual como uma oportunidade de crescimento individual e familiar.

Estas são apenas algumas estratégias que poderá utilizar, mas convém realçar a individualidade de cada um de nós. Identifique, compreenda e interiorize o que melhor funciona consigo e que necessita numa dada altura da sua vida. O nosso estado psicológico não é estanque. Varia de acordo com vários fatores (que podem ser pessoais, ambientais, sociais, familiares).

Se mesmo assim os seus sentimentos de preocupação e de

inquietação forem excessivos e persistentes; se não se sentir capaz, porque está desgastado e exacerbado, de lidar com a ansiedade; se a ansiedade o dominar por longos períodos de tempo; se o impedir de funcionar e fazer a sua rotina diária; se sentir que está a perder o controlo, PEÇA AJUDA. Procure um psicólogo ou ligue para uma das linhas de apoio psicológico disponíveis [por exemplo, SNS 24_808 24 24 24, opção 4].



ANEXO B

Diapositivo 1

 Hospital da
Senhora da Oliveira
GUIMARÃES

Quadros de Ansiedade na Infância e na Adolescência


Formador: Leonel Santos
Orientadora Local: Dra. Sara Flores
Guimarães, 7 de abril de 2021



Diapositivo 2

Ansiedade

- Resposta emocional à antecipação de uma ameaça futura (American Psychiatric Association, 2013).



Esta resposta emocional é caracterizada por um **estado de temor, de inquietação, ou de apreensão, relativos à aproximação, ou à antecipação de situações de ameaça** (Albano, Causey, & Carter, 2001).

Diapositivo 3

Ansiedade

“As crianças que sofrem desta perturbação são tímidas, inseguras e preocupam-se excessivamente em ir ao encontro das expectativas das outras pessoas. Precisam do conforto e da aprovação constante dos adultos. Muitas vezes, sentem-se inquietas e tensas e queixam-se de dores de cabeça ou de estômago.”
(Harvard Health Publications. 2013, p.31).

Contudo, o desenvolvimento normal das crianças inclui as manifestações da ansiedade como um **mecanismo protetor** (e.g. Albano et al., 2001; Craske, 1997; Gullone, 2000; Stallard, 2009).

Diapositivo 4

Perturbações de Ansiedade

Compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados.

Medo

É a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida

Ansiedade

É a antecipação de ameaça futura

Diapositivo 5

Perturbações de Ansiedade

Esses dois estados sobrepõem-se, mas também diferenciam-se, com:

- o **Medo** a ser com mais frequência associado a pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga
- a **Ansiedade** a ser mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela.

Os ataques de pânico destacam-se dentro das Perturbações de Ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo.


Diapositivo 6

Medo

É, geralmente, uma **emoção comum** sendo **difícil imaginar a vida sem ela** (Rachman, 2004).

O medo saudável tem como função preparar e capacitar o indivíduo para lutar ou fugir perante o perigo percebido, sendo experienciado pela:

- **Excitação fisiológica:** tensão muscular, suor e boca seca;
- **Cognição:** pensamentos sobre morrer ou estar em perigo;
- **Comportamentos:** evitamento de situações temidas, fuga e luta) (Power & Dalglish, 2008)




Diapositivo 7

Perturbações de Ansiedade

Diferem entre si:

Nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamentos de fuga


Ideação cognitiva associada



Diapositivo 8

Perturbações de Ansiedade

- As perturbações de ansiedade podem ser diferenciadas pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.
- Cada perturbação de ansiedade é diagnosticada somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são melhor explicados por outra perturbação mental.



Diapositivo 9

Perturbações de Ansiedade

Perturbações sequenciadas de acordo com a **idade típica de início**:

Perturbação de ansiedade de separação
Mutismo
Fobia específica
Perturbação de ansiedade social (Fobia social)
Perturbação de pânico
Agorafobia
Perturbação de ansiedade generalizada
Perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento
Perturbação de ansiedade devido a outra condição médica
Outra Perturbação de Ansiedade Especificada
Perturbação de Ansiedade Não Especificada

Diapositivo
10

Perturbação de Ansiedade de Separação


Opções de Intervenção:

- **Psicoeducação** (por exemplo, no caso de uma criança, é importante que os pais e professores possam entender a natureza da ansiedade e como foi experienciada pela criança. E isso ajudá-los-á a compreenderem e simpatizarem com os esforços da criança).
- **Técnicas comportamentais** (consiste em informar os membros da família e cuidadores significativos, sobre como reagir aos sintomas leves e atitudes mal adaptativas).

Diapositivo
11

O Psicólogo pode recomendar aos pais:

- Ouvir os sentimentos da criança empaticamente (compreendendo-a, colocando-se no lugar dela);
- Manter a calma quando a criança estiver ansiosa (servindo de modelo para ela);
- Lembrar a criança que ela já superou situações de ansiedade similares anteriormente;
- Ensinar técnicas simples de relaxamento (respirar profundamente, contar até 10, ou visualizar uma cena relaxante e agradável);
- Planear transições, como chegar à escola pela manhã ou separar-se para ir dormir à noite;
- Ajudar a criança a preparar uma lista de estratégias possíveis no caso de a ansiedade aparecer em situações “difíceis”;



Diapositivo
12

Mutismo



Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para tal (p. ex., na escola), apesar de falar em outras situações.



Diapositivo
13

Fobia específica

Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue). Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se.



Diapositivo
14


Fobia social

Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas.

Exemplos incluem:

- **interações sociais** (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares),
- **ser observado** (p. ex., a comer) e
- **situações de desempenho diante de outros** (p. ex., proferir palestras).

Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem os seus pais, e não apenas em interações com adultos.



Diapositivo
15

Ataques de Pânico

Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:


1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia.	9. Calafrios ou ondas de calor.
2. Sudorese.	10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
3. Tremores ou abalos.	11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.	12. Medo de perder o controlo ou “enlouquecer”.
5. Sensações de asfixia.	13. Medo de morte .
6. Dor ou desconforto torácico.	
7. Náusea ou desconforto abdominal.	
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.	

Diapositivo
16

Agorafobia

Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:

1. Uso de transporte público (p. ex., autocarros, comboios, aviões).
2. Permanecer em espaços abertos (p. ex., áreas de estacionamento, mercados, pontes).
3. Permanecer em locais fechados (p. ex., lojas, teatros, cinemas).
4. Permanecer numa fila ou ficar no meio de uma multidão.
5. Sair de casa sozinho.



Diapositivo
17

Escala de ansiedade e depressão infantil (RCADS)

Existem várias medidas para avaliar a ansiedade e a depressão em crianças. Uma medida que inclui ansiedade e depressão numa única escala é a **Escala Revisada de Ansiedade e Depressão Infantil (RCADS)**.

A RCADS consiste num questionário de autorrelato de jovens de 47 itens com subescalas incluindo:

- transtorno de ansiedade de separação
- fobia social
- transtorno de ansiedade generalizada
- transtorno de pânico
- transtorno obsessivo-compulsivo e
- transtorno depressivo major

Também produz uma **Escala de Ansiedade Total** (soma das 5 subescalas de ansiedade) e uma **Escala de Internalização Total** (soma de todas as 6 subescalas).

Diapositivo
18

Escala de ansiedade e depressão infantil (RCADS-25)

A RCADS original de 47 itens foi encurtada para versões com 25 itens (ou seja, **RCADS-25**) e 20 itens (ou seja, **RCADS-20**).

A **RCADS-25** consiste num pequeno questionário de autorrelato para crianças e adolescentes de 8 a 18 anos que mede:

- a ansiedade por meio de 15 itens e
- o transtorno depressivo major (TDM) por meio de dez itens.

A RCADS é um instrumento confiável para uso transcultural, com a vantagem de fornecer mais informações com um baixo número de itens na avaliação de ambos os sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes.

Relatório de estágio

Diapositivo 19

	Never	Sometimes	Often	Always
1. I feel sad or empty	0	1	2	3
2. I worry when I think I have done poorly at something	0	1	2	3
3. I would feel afraid of being on my own at home	0	1	2	3
4. Nothing is much fun anymore	0	1	2	3
5. I worry that something awful will happen to someone in my family	0	1	2	3
6. I am afraid of being in crowded places (like shopping centers, the movies, buses, busy playgrounds)	0	1	2	3
7. I worry about other people think of me	0	1	2	3
8. I have trouble sleeping	0	1	2	3
9. I feel scared if I have to sleep on my own	0	1	2	3
10. I have problems with my appetite	0	1	2	3
11. I suddenly become dizzy or faint when there is no reason for this	0	1	2	3
12. I have to do some things over and over again (like washing my hands, cleaning or putting things in a certain order)	0	1	2	3
13. I have no energy for things	0	1	2	3
14. I suddenly start to tremble or shake when there is no reason for this	0	1	2	3
15. I cannot think clearly	0	1	2	3
16. I feel worthless	0	1	2	3
17. I have to think of recent thoughts (like numbers or words) to stop bad things from happening	0	1	2	3
18. I think about death	0	1	2	3
19. I feel like I don't want to move	0	1	2	3
20. I worry that I will suddenly get a scary feeling when there is nothing to be afraid of	0	1	2	3
21. I am tired a lot	0	1	2	3
22. I feel afraid that I will make a fool of myself in front of people	0	1	2	3
23. I have to do some things in just the right way to stop bad things from happening	0	1	2	3
24. I feel restless	0	1	2	3
25. I worry that something bad will happen to me	0	1	2	3

Escala de ansiedade e depressão infantil (RCADS-25)

A pontuação total da RCADS-25 é calculada atribuindo-se 0-3 às categorias de resposta de “nunca”, “às vezes”, “frequentemente”, “sempre”, respetivamente.

- 0 (nunca)
- 1 (às vezes)
- 2 (frequentemente)
- 3 (sempre)

A soma de todos os 25 itens representa a gravidade da ansiedade geral e dos sintomas depressivos. Pontuações totais mais altas indicam um nível mais grave de ansiedade ou TDM.

Diapositivo 20

Escala de ansiedade e depressão infantil (RCADS-25)

- A **subescala de Ansiedade total** é a soma dos itens 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22, 23 e 25.
- A **subescala Depressão Total** é a soma dos itens 1, 4, 8, 10, 13, 15, 16, 19, 21 e 24.

Os scores totais são convertidos em scores T usando equações específicas que foram desenvolvidas por meio de pesquisas. Em todos os casos, uma pontuação mais alta reflete um maior grau de severidade dos sintomas.

As pontuações convertidas na escala total e ambas as subescalas são divididas em intervalos de pontuação, onde:

- pontuações abaixo de 65 representam severidade baixa,
- pontuações entre 65-70 representam severidade média e estão no limiar clínico borderline,
- pontuações acima de 70 representam alta severidade e estão acima do limiar clínico.

Range	Symptom Severity
0-64	Low severity
65-70	Medium severity - borderline clinical threshold
>70	High severity - above clinical threshold

Diapositivo 21

Triple P - Positive Parenting Program

Um dos programas de parentalidade mais estudado é o **Triple P - Positive Parenting Program**, desenvolvido por Sanders e seus colaboradores na Universidade de Queensland na Austrália. O autor promove a adoção de uma parentalidade positiva, ou seja, práticas parentais não permissivas, com estabelecimento das regras e limites necessários para um desenvolvimento pleno da criança e de todas as suas potencialidades. Esta é uma parentalidade que nutre, empodera e reconhece a criança como pessoa de plena de direitos e exclui todo e qualquer tipo de punição física ou psicológica.

O programa Triplo P:

- Promove a construção de relações saudáveis entre pais e filhos
- Estimula os adultos a agirem de forma calorosa, a proporcionar tempo de qualidade à criança
- A elogiar os bons comportamentos
- Usar estratégias disciplinares construtivas e positivas

Diapositivo
22

Triple P - Positive Parenting Program

O Triple P possui cinco níveis diferentes de intervenção que visam aumentar progressivamente as competências parentais dos pais de crianças dos 0 aos 16 anos de idade

O Triple P é constituído por dez sessões:

Sete sessões presenciais de 120 minutos

Três sessões telefónicas (20-30 minutos)


Diapositivo
23

Triple P - Positive Parenting Program

As sessões têm **frequência semanal** e em cada uma delas é abordado um **tema específico** (e.g., parentalidade positiva, objetivos de mudança comportamental, estratégias de disciplina positiva).

A **estrutura das sessões é sempre idêntica** (e.g., agenda da sessão, revisão do tema anterior; apresentação do racional teórico e vídeos exemplificativos; exercícios práticos; trabalhos de casa).

- Na primeira sessão telefónica são devolvidos os resultados da avaliação inicial.
- Nas sessões seguintes promove-se o desenvolvimento de rotinas específicas de parentalidade.
- Na sessão final, o grupo reúne-se para identificar mudanças concretas e delinear novos objetivos.



Diapositivo
24

Stepping Stones Triple P (SSTP) parenting program

- O SSTP é um **subprograma do Triple P** e foi desenvolvido para pais de crianças com deficiência no desenvolvimento. O SSTP foi avaliado com famílias de crianças com uma série de deficiências (por exemplo, deficiência intelectual, distúrbios do espectro do autismo, paralisia cerebral e níveis elevados de comportamento disruptivo) (Hohlfeld, Harty & Engel, 2018)




Bibliografia

1. Comportamento, O. do. A ansiedade social na infância e na adolescência. Obtido 7 de Janeiro de 2021, de <https://oficinadocomportamento.pt/2019/03/06/a-ansiedade-social-na-infancia-e-na-adolescencia/>
2. Tomás, C. do C. (2012). Adaptação da «Escala de ansiedade para crianças e adolescentes: O que eu penso e o que eu sinto» numa amostra de crianças e adolescentes angolanos da província de Benguela.
3. VIANNA, Renata Ribeiro Alves Barboza; CAMPOS, Angela Alfano e LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. Rev. bras. ter. cogn. [online]. 2009, vol.5, n.1, pp. 46-61. ISSN 1808-5687.
4. Cunha, M. 2006. Ansiedade e Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Teórica. Interações: Sociedade e as novas modernidades. 6, 10 (Abr. 2006)
5. Davis, Roberta, Souza, Maria Augusta Mansur de, Rigatti, Roberta, & Heldt, Elizeth. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: a systematic review of follow-up studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 373-378. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000047>
6. Revised Children's Anxiety and Depression Scale (and Subscales). (sem data). Obtido 26 de Janeiro de 2021, de <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/revised-childrens-anxiety-and-depression-scale-and-subscales/>
7. Becker, S. P., Schindler, D. N., Holdaway, A. S., Tamm, L., Epstein, J. N., & Luebke, A. M. (2019). The Revised Child Anxiety and Depression Scales (RCADS): Psychometric Evaluation in Children Evaluated for ADHD. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 41(1), 93–106. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9702-6>

ANEXO C

Apresentação de Caso Clínico à Turma do 3º ano

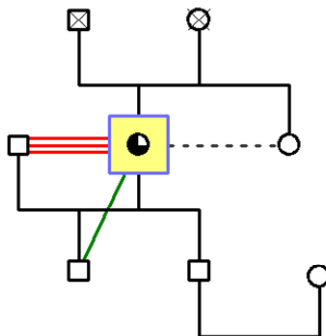
Dados de identificação:

- **Paciente:** M.E.P.R
- **Data de nascimento:** 11-02-1958 (63 Anos)
- **Data 1ª consulta:** 6 de Maio de 2021
- **Habilitações literárias:** 9º ano
- **Estado civil:** Casada
- **Situação profissional:** Em processo de Reforma

Leonel Santos

4

Genograma:

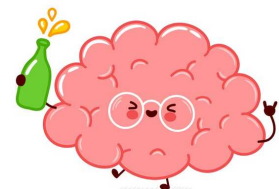


Leonel Santos

5

Motivo da avaliação:

- Paciente encaminhada por psiquiatria devido a queixas mnésicas e alterações cognitivas, após história de coma alcoólico e medicamentoso (ansiolíticos).
- Neste momento, a paciente está a fazer avaliação neuropsicológica formal.



Leonel Santos

6

História pessoal e familiar:

- Revela ter tido uma infância normal, e uma boa relação com os pais;
- Sempre foi saudável;
- Casou e foi viver com os pais (conflitos...);
- Em 2015 foi diagnosticada com cancro da mama (mastectomia parcial), em remissão;
- Em 2017 foi internada em coma alcoólico e medicamentoso (ansiolíticos);
- Queixas de perda de memória e produtividade no local de trabalho.

Leonel Santos

7

História pessoal e familiar:

- O marido manifesta alguma preocupação com as alterações mnésicas que têm impacto na vida diária de ambos, *“não cozinha”, “não lava a louça, põe os pratos na mesa por lavar.” “Não faz nada por iniciativa própria”* (sic).
- O pai da paciente morreu quando esta ainda era muito nova e segundo o marido e confirmação da paciente, o pai mantinha hábitos de consumo abusivo de álcool.
- No trabalho sempre foi uma pessoa muito organizada, ocupando o lugar de secretária do diretor de um Centro de Saúde, contudo, nos últimos tempos, têm existido muitas queixas quanto ao seu rendimento no local de trabalho.

Leonel Santos

8

História pessoal e familiar:

- A paciente é doente oncológica desde 2015, depois de ter feito rastreio no centro de saúde e descobriu o cancro da mama na fase inicial. Tem feito exames anualmente e a doença não tem evoluído. Retirou parte da mama e fez reconstrução.
- Nessa altura já fazia abusos no consumo de álcool. Depois das quedas, começaram a aparecer as queixas de memória e a *“entrega ao álcool piorou”*. As quedas começaram a surgir depois do diagnóstico do cancro da mama.
- *“Não pode ter dinheiro por perto, vai logo comprar bebidas alcoólicas e esconde-as no quintal. Tem bebido apenas quando eu saio e acabo por descobrir a dosagem que a M. consumiu quando deixo a chave da dispensa.”*

Leonel Santos

9

História pessoal e familiar:

- Queixas de incontinência, já marcou consulta. “*A mim nunca me diz nada*” o problema do mau cheiro está relacionada com a incontinência, foi a médica que descobriu.
- Encontra a esposa muitas vezes a chamar nomes e a roer as unhas.
- “*Eu acho que ela está incapaz a 100% de exercer a profissão*” (sic.).
- “*A memória antiga ela sabe tudo, agora coisas que se lhe digam agora ela esquece-se muito*” As queixas estão relacionadas com o comportamento, não memoriza o que lhe foi chamado à atenção.

Leonel Santos

10

Observação do estado mental e comportamento:

- A paciente chegou à consulta acompanhada pelo marido, com um aspeto cuidado e asseado. Mantém uma atitude colaborante mas muito pouco comunicativa, tendo um discurso pobre, mantém o contacto ocular, humor eutímico.
- A atenção é facilmente captável, mantém-se concentrada ao longo da consulta, contudo denota-se uma postura ansiosa com o decorrer da consulta.
- A orientação autopsíquica e espacial está preservada, contudo são notórias alterações na orientação temporal, quanto à memória é possível observar alterações da memória de curto prazo.

Leonel Santos

11

Instrumentos de Avaliação Utilizados:

- [Montreal Cognitive Assessment \(MoCA\)](#)
- [Ineco Frontal Screening \(IFS\)](#)
- [Adeenbrooke's Cognitive Examination \(ACE - III\)](#)
- [Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária \(AIVD\)](#)
- [DRS-2](#)
- [HOPKINS Verbal Learning Test](#)
- [Figura Complexa de Rey \(Figura A\)](#)
- [GDS](#)

Leonel Santos

12

Resultados:

Instrumentos	Sub escalas	Resultado quantitativo	Resultado qualitativo
MoCA	Visuo-Espacial/Executiva	2/5	Pontuação Inferior
	Nomeação	3/3	
	Memória	1 ^o ens. 5/5 2 ^o ens. 5/5	
	Atenção	1/2	
	Série de letras	1/1	
	Subtração 7 em 7	3/3	
	Linguagem	2/2	
	Fluência verbal	0/1	
	Abstração	1/2	
	Evocação Diferida	4/5	
	Orientação	6/6	
Total	23/30		

Leonel Santos

13

Resultados:

Ineco Frontal Screening – IFS	Séries	3/3	_____	
	Instruções	3/3		
	Go-NO-GO	3/3		
	Dígitos	1/6		
	Meses	1/2		
	Espacial	1/4		
	Provérbios	0/3		
	Hayling	3/6		
	Memória de trabalho	3/10		Muito inferior
	Total	15/30 (z= -1,84)		Inferior
IADL		28	Totalmente dependente	
GDS*	Depressão	13/30	Depressão Ligeira	

Leonel Santos

14

Resultados:

Hopkins Verbal Learning Test – HVLT- R	Recordação total	r=13; t<20	Déficé graves
	Recordação retardada	r=0; t<20	Déficé graves
	Retenção	r=0; t<20	Déficé graves
	Índice de reconhecimento discriminativo	r=8; t=42	Déficé ligeiros
Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE – III	Atenção	18/18 (z= 0,11)	Médio
	Memória	21/26 (z= -1,13)	Inferior
	Fluência	7/14 (z= -3,36)	Muito inferior
	Linguagem	22/26 (z= -2,24)	Muito inferior
	Visuoespacial	9/16 (z= -2,35)	Muito inferior
	Total	77/100 (z=-2,75)	Muito inferior

Leonel Santos

15

Resultados:

Dementia Rating Scale - 2	Atenção	34/37	Na média
	Iniciação/Perseveração	31/37	Na média
	Construção	6/6	Na média
	Conceptualização	36/39	Na média
	Memória	25/25	Na média
	Total	132/144	Na média

Leonel Santos

16

Resultados:

Figura Complexa de Rey (Figura A) Cópia & Memória	Tempo de Cópia	Percentil 75-99 (z=0,98)	Média superior
	Tipo de Cópia	Percentil 25 Tipo IV	Inferior
	Riqueza e Exatidão de Cópia	Percentil 1-10 (z=- 4,33)	Muito Inferior
	Tempo de Memória	Percentil 99 (z=2,36)	Superior
	Tipo de Memória	Percentil <10 Tipo IV	Muito Inferior
	Riqueza e Exatidão de Memória	Percentil 1-10 (z=-2,94)	Muito Inferior

Leonel Santos

17

Demência Alcoólica:

- Dificuldade na aprendizagem de coisas novas;
- Problemas na memória a curto-prazo;
- Alterações da personalidade;
- Dificuldades no pensamento lógico e em tarefas que requeiram capacidades de planeamento, organização e discernimento;
- Competências sociais fracas;
- Problemas de equilíbrio;
- Diminuição da iniciativa.

Adaptado do Alzheimer Portugal

Leonel Santos

18

ANEXO D

Estratégias para gerir a ANSIEDADE em tempos de pandemia

Emanuela Lopes

Psicóloga Clínica e da Saúde

Leonel Santos

Estagiário de Psicologia, 5º ano

Marlene Rodrigues

Estagiária de Psicologia, 5º ano

Atualmente vivenciamos o impacto da pandemia mundial da Covid-19. Pode afirmar-se que a adaptação à nova realidade, na presença do vírus, causou sofrimento a toda a sociedade, especialmente nas áreas da saúde e da economia. As alterações na sociedade são inúmeras e nem todas as pessoas têm conseguido lidar de forma adaptativa e funcional com tais mudanças. O isolamento social, embora fosse e continue a ser uma estratégia fundamental para evitar a propagação da Covid-19, trouxe consigo um aumento significativo de várias patologias do foro mental, nomeadamente da ansiedade. Também o medo, a angústia e a preocupação relacionados com uma possível infeção, agravou os sintomas de ansiedade, e conseqüentemente, provocou alterações na saúde mental das pessoas.

Apesar da influência do vírus da Covid-19 sobre a ansiedade, não é de agora a sua presença na vida das pessoas. A pandemia instalou-se, com base num vírus completamente desconhecido, que de forma repentina invadiu todo o território mundial, ao contrário da ansiedade que é bastante comum e notada por toda a população desde sempre. Todos nós, em algum momento, experienciamos ansiedade. Porém, quando esta se torna excessiva, tende a dificultar o bom funcionamento da pessoa. Segundo dados relativos a 2015, publicados pela Organização Mundial de Saúde em 2017, estimou-se que 3,6% da população mundial, o equivalente a 264 milhões de pessoas sofriam de ansiedade. Este total reflete um aumento de 14,9%, comparativamente com o ano de 2005. As taxas de prevalência não variam substancialmente entre as faixas etárias, pese

embora exista uma tendência observável de uma prevalência mais baixa entre os grupos de idade mais avançada. Portugal é o quinto país da União Europeia com maior prevalência de problemas de saúde mental. De acordo com o relatório *Health at a Glance 2018*, divulgado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 18,4% da população portuguesa sofre de doença mental, onde se inclui a ansiedade, a depressão ou problemas com o consumo de álcool e drogas. E Portugal também é um dos países da OCDE que mais consome ansiolíticos e antidepressivos. As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%).

Tendo em conta os dados referidos torna-se importante refletir e debruçar-nos sobre o tema da ansiedade. Podemos definir a ansiedade como uma emoção desagradável, caracterizada por uma sensação de preocupação, nervosismo ou receio do que poderá acontecer. Esta emoção manifesta-se através de sintomas físicos, nomeadamente: respiração ofegante, sensação de falta de ar, dores no peito, tremor, tensão muscular, irritabilidade, dores de cabeça, boca seca, náuseas ou vômitos, diarreia, insónia, entre outros; e sintomas psicológicos, como por exemplo: nervosismo, preocupação excessiva, dificuldade de concentração, medo constante, sensação de perda de controlo, medo de que algo mau pode acontecer.

No entanto, a ansiedade não é apenas um mal-estar, uma emoção desagradável, é também uma emoção indispensável e tem a importante função de nos proteger. Faz parte do estado emocional e fisiológico do ser humano, responsável por nos manter alerta, através do organismo, para eventuais perigos iminentes e permite-nos uma adaptação às respostas ambientais.

A ansiedade torna-se um problema, quando sai do carácter normativo e passa a interferir negativamente com a capacidade de desenvolver as atividades diárias, causando sofrimento físico e/ou psicológico significativo.

Afeta todas as faixas etárias como referido (desde crianças a pessoas de idade mais avançada) e está diretamente relacionada com fatores genéticos e fatores ambientais. A ansiedade surge, com frequência, associada a outras perturbações, como é o caso da depressão. Os sintomas de ansiedade podem apresentar-se de formas diversificadas: preocupação persistente sobre vários domínios do dia-a-dia, ataques de pânico inesperados e medo de vir a experienciar novos ataques de pânico, medo em situações sociais que envolvem possibilidade de ser avaliado, dificuldade em falar em situações sociais onde é expectável que fale (por exemplo, na escola), evitamento ou fuga de

Relatório de estágio

situações específicas, ansiedade de separação das figuras de vinculação (por exemplos os pais), no caso das crianças.

Perante os factos, torna-se necessária a adoção de estratégias, no sentido de ajudar a lidar com a ansiedade sobretudo em fase pandémica. Como tal, apontam-se algumas estratégias que poderão auxiliar na redução destes sintomas.

- **Crie e estabeleça uma rotina.** Organize o seu tempo para o prioritário e necessário de modo a ter mais tempo para si e para cuidar de si.
- **Foque a sua atenção no aqui e no agora.** Concentre-se nas atividades que está a desempenhar no momento, como por exemplo cozinhar, fazer exercício físico, ouvir música, ver um filme.
- **Identifique pensamentos que o estão a perturbar** e analise qual o nível de probabilidade de esses pensamentos acontecerem de facto. Procure cenários alternativos e pensamentos mais positivos e realistas para combater os pensamentos perturbadores.
- **Invista os seus esforços no que pode controlar.** Analise quais as atitudes que dependem de si, por exemplo: lavar frequentemente as mãos, manter o distanciamento físico, fazer atividades que gosta.
- **Mantenha-se informado e atualizado**, mas use apenas fontes oficiais de informação, como a Direção Geral de Saúde, a Organização Mundial de Saúde e atenda apenas informação necessária para se manter informado. Não ocupe demasiado tempo do seu dia a consultar fontes de informação. Pode também procurar consultar uma notícia positiva antes da informação negativa.
- **Fale com pessoas significativas.** Falar com alguém em quem confiamos, sobre o que estamos a sentir é das estratégias mais eficazes para diminuir a ansiedade.
- **Confie nas suas capacidades para enfrentar situações difíceis.** Certamente já passou por momentos negativos na sua vida, procure perceber que estratégias o ajudaram a ultrapassar essas situações anteriores. Use essas estratégias e adapte-as para a situação atual.
- **Faça o que mais gosta e o que mais lhe dá prazer fazer.** Crie uma lista com essas atividades. Procure implementar as atividades da sua lista, diariamente no seu dia-a-dia.
- **À noite faça uma avaliação do seu dia e planeie o dia seguinte.** Repare nas coisas boas que experienciou e procure reproduzi-las no dia seguinte.

Relatório de estágio

- **Tenha um ou vários momentos diários de relaxamento.** Procure um espaço da sua casa onde possa relaxar confortavelmente e ouça música de olhos fechados, pinte, desenhe, utilize técnicas de relaxamento.
- **Evitar ou diminuir o consumo de alimentos ou bebidas estimulantes** (café, bebidas açucaradas, álcool).
- **Pratique exercício físico.**
- **Projete-se no futuro de forma positiva.** Pense que a pandemia não vai durar para sempre. Pense na capacidade que demonstrou em se adaptar, na criatividade em manter rotinas, nas competências que desenvolveu. Encare a situação atual como uma oportunidade de crescimento individual e familiar.

Estas são apenas algumas estratégias que poderá utilizar, mas convém realçar a individualidade de cada um de nós. Identifique, compreenda e interiorize o que melhor funciona consigo e que necessita numa dada altura da sua vida. O nosso estado psicológico não é estanque. Varia de acordo com vários fatores (que podem ser pessoais, ambientais, sociais, familiares).

Se mesmo assim os seus sentimentos de preocupação e de inquietação forem excessivos e persistentes; se não se sentir capaz, porque está desgastado e exacerbado, de lidar com a ansiedade; se a ansiedade o dominar por longos períodos de tempo; se o impedir de funcionar e fazer a sua rotina diária; se sentir que está a perder o controlo, PEÇA AJUDA. Procure um psicólogo ou ligue para uma das linhas de apoio psicológico disponíveis (por exemplo, SNS 24_808 24 24 24, opção 4).

ANEXO E

Manual Do Terapeuta

Manual do Terapeuta
Avaliação Neuropsicológica
Demências e Declínios Cognitivos Ligeiros

Relatório de estágio

Leonel Flávio Teixeira dos Santos A24313

Ano Letivo 2020/2021

Índice

Introdução	92
Modelo Neurocognitivo de Lúria	83
Avaliação Neuropsicológica	94

Introdução

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020) entre 2018 e 2080, de acordo com o cenário central de projeção, o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa.

O crescimento demográfico desta população tem trazido, ao meio científico e não só um enorme desafio para entender os processos de envelhecimento, tais como os processos neurocognitivos. Com o envelhecimento da população, o número de casos de demência (Transtorno Neurocognitivo Major) tem aumentado progressivamente, interferindo em aspectos sociais, psicológicos e económicos do idoso e dos seus familiares/cuidadores (Sancho, 2015).

As demências são um conjunto heterogéneo de doenças, com sinais e sintomas semelhantes, mas etiologias (causas) distintas. Em todos os casos, no entanto, existe doença cerebral adquirida, progressiva que provoca défice cognitivo em múltiplos domínios, perda de autonomia e funcionalidade.

Segundo a Alzheimer Europe (2020) A doença de Alzheimer é considerada a principal causa de demência e, de acordo com a bibliografia, deve representar entre 50 e 75% de todos os casos de demência. A demência vascular é a segunda forma mais comum de demência e é geralmente aceite que representa entre 25 e 50% de todos os casos de demência.

A Demência fronto-temporal e as doenças do corpo de Lewy seriam as formas mais raras de demência. Ambas as categorias, no entanto, não podem ser consideradas como uma única doença, mas sim como um espectro de doenças diferentes, que individualmente se enquadrariam na definição da Comissão de "doenças raras". Da mesma forma, todas as outras causas de demência são ainda mais raras, bem como as formas raras de doença de Alzheimer e demência vascular.

Enquadramento Teórico

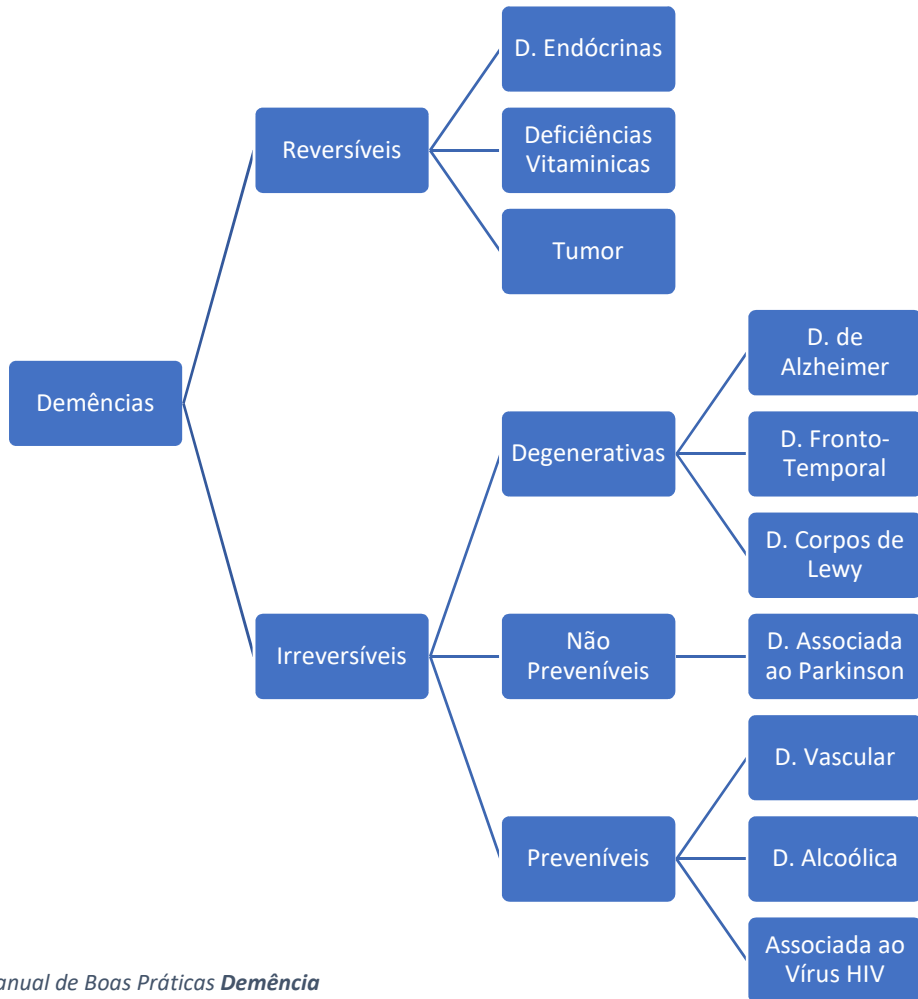


Figura 2- Adaptado do Manual de Boas Práticas **Demência**

Avaliação Neuropsicológica

Os objetivos da avaliação neuropsicológica são diversos e podem incluir: caracterização das capacidades cognitivas e comparação com o nível pré-mórbido; avaliação das capacidades funcionais; análise dos sintomas e sinais e identificação das patologias subjacentes; planeamento da intervenção terapêutica; recolha de informação relevante que contribua para o diagnóstico diferencial; monitorização da evolução clínica; avaliação da eficácia de procedimentos clínicos; identificação de populações de risco; entre outros além dos fins de investigação (Freitas, Alves, Simões & Santana, 2013a; Guerreiro, 2005; Krishnan, 2007; Lezak, Howieson, Bigler & Tranel, 2012).

Protocolo de Avaliação Neuropsicológica Standard

1. Protocolo para avaliação de pessoas com escolarização

▪ Fototeste

O Fototeste (www.fototest.es) é um teste cognitivo breve (< 3 minutos), fácil de aplicar e que avalia vários domínios cognitivos (linguagem, memória episódica e fluência verbal). Inclui três partes: uma tarefa de nomeação com seis fotografias coloridas de objetos comuns; uma tarefa de fluência verbal categórica na qual os pacientes devem evocar nomes masculinos e femininos; e uma vocação livre e orientada dos seis objetos usados na tarefa de nomeação.

O Fototeste tem comprovado alta precisão diagnóstica e eficácia para comprometimento cognitivo e demência, mesmo quando comparado com testes de rastreio mais tradicionais, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou o Teste de Alteração de Memória.

Adaptado de: Dias, E., Pinto, J., Lopes, J. P., Rocha, R., Carnero-Pardo, C., & Peixoto, B. (2015). Phototest: Normative data for the Portuguese population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(2), 59–62. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.09.004>

- **Montreal Cognitive Assessment – MoCA**

O teste MoCA foi criado como um método alternativo para o MEEM.

O MoCA é sensível e específico na deteção de demência e défice cognitivo ligeiro (DCL) em indivíduos com pontuação acima de 25 pontos no MEEM. Em pacientes já diagnosticados com DCL, o MoCA ajuda a identificar aqueles com risco de desenvolver demência num acompanhamento de 6 meses. (Nasreddine et al., 2020).

Avalia oito domínios cognitivos que incluem função executiva, capacidades visuoespaciais, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação (Nasreddine et al., 2005).

Atualmente, o MoCA apenas necessita da utilização de papel e lápis, cujo tempo de aplicação é de aproximadamente 10 a 15 minutos e inclui o manual onde são fornecidas as instruções para a aplicação dos itens, bem como o sistema de cotação. Permite atingir uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos.

- **Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III)**

Com um tempo de aplicação entre 15-20 minutos, o ACE-III é um teste de rastreio que permite traçar uma visão geral do nível global de funcionamento neurocognitivo do sujeito.

O ACE-III é composto por 5 domínios cognitivos: **Atenção** (máximo 18 pontos); **Memória** (máximo 26 pontos); **Fluência verbal** (máximo 14 pontos); **Linguagem** (máximo 26 pontos); **Visuoespacial** (máximo = 16 pontos). A pontuação total do ACE-III é baseada numa pontuação máxima de 100, com pontuações mais altas indicando melhor funcionamento cognitivo.

É útil na deteção de comprometimento cognitivo, especialmente na deteção da doença de Alzheimer e demência frontotemporal.

- **Auditory-Verbal Learning Test (AVLT)**

O Teste de Aprendizagem Verbal Auditivo (AVLT) é frequentemente usado na literatura neuropsicológica para avaliar de forma abrangente a memória.

- **INECO Frontal Screening**

O INECO Frontal Screening (IFS) é uma ferramenta breve, sensível e específica para avaliar as funções executivas na demência.

Esta prova de screening tem como objetivo comprovar o funcionamento do lobo pré-frontal, ou seja, da área cerebral responsável pela tomada de decisões, planificação, interação social e memória de trabalho. A prova é formada por oito subtestes: Programação Motora, Instruções Conflituosas (sensibilidade à interferência), Go-No Go (controlo inibitório), Dígit Span em ordem inversa, Memória de Trabalho Verbal, Memória de Trabalho Espacial, Capacidade de Abstração - Interpretação de Provérbios e Controlo Inibitório Verbal (Hayling Test) (Torralva et al., 2009). A pontuação difere em cada subprova consoante a performance realizada pelo indivíduo avaliado, podendo a pontuação global do teste ir até um máximo de 30 pontos.

- **Trail Making Test (TMT)**

O TMT é uma ferramenta de avaliação que às vezes é usada para rastrear a demência avaliando a cognição - a capacidade de pensar, raciocinar e lembrar. O TMT é um teste cronometrado e o objetivo é concluir os testes com precisão e o mais rápido possível.

O TMT tem duas partes que são chamadas de Trail Making Test Parte A (TMT-A) e Trail Making Test Parte B (TMT-B).

- **TMT-A**

O TMT Parte A consiste em 25 círculos num pedaço de papel com os números 1-25 escritos aleatoriamente nos círculos. A tarefa do candidato é começar com o número um e desenhar uma linha desse círculo ao círculo com o número dois dentro para o círculo com os três dentro, etc. A pessoa continua a ligar os círculos em ordem numérica até chegar ao número 25.

- **TMT-B**

O TMT Parte B consiste em 24 círculos num pedaço de papel, mas ao invés de todos os círculos conterem números, metade dos círculos tem os números 1-12 e a outra metade (12) contém as letras A-L. A pessoa que faz o teste tem a tarefa mais difícil de traçar uma linha de um círculo para o próximo em ordem crescente; no entanto, ele deve alternar os círculos com números neles (1-13) com círculos com letras neles (A-L). Por outras palavras, ele deve ligar os círculos nesta ordem: 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E e assim por diante.

- **Dementia Rating Scale-2 (DRS-2)**

O DRS-2 mede o estado mental em adultos com deficiência cognitiva.

Rastreia mudanças no estado cognitivo ao longo do tempo.

Avalia atenção, iniciação/perseveração, construção, conceituação e memória.

- **Behavioral Assessment Dysexecutive Syndrome (BADs)**

A BADs apresenta elevada validade ecológica e possibilita a identificação seletiva de disfunções executivas. A sua finalidade é prever os problemas quotidianos decorrentes da disfunção executiva (Wilson et al., 1996). Esta permite o cálculo de uma pontuação de perfil que varia entre 0 e 4 para cada teste e uma pontuação de perfil global que consiste na soma dos resultados dos testes individuais.

A bateria consiste assim, de seis testes relacionados com atividades da vida diária: Rule shift cards test, Action program test, Key search test, Temporal judgement test, Zoo map test e Six elements test (modified) (Wilson et al., 1996).

+

- **Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)**

IADL was developed to assess more complex activities (termed “instrumental activities of daily living”) necessary for functioning in community settings (e.g., shopping, cooking, managing finances).

- **Geriatric Depression of Scale (GDS) - >65 anos**

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG) é utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso.

Com um tempo de aplicação de 6 minutos, a informação é obtida através de um questionário direto ao idoso.

A escala de Yesavage tem uma versão completa, com 30 questões e uma versão curta com 15 questões de resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três condições: sem depressão (0-5); depressão ligeira (6-10) e depressão grave (11-15).

Ou

- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - <65 anos**

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é uma escala de autoavaliação frequentemente usada, desenvolvida para avaliar o sofrimento psicológico em pacientes não psiquiátricos. Consiste em duas subescalas: Ansiedade e Depressão.

Com um tempo de aplicação de 2-5 minutos, a escala é constituída por 14 itens e por duas subescalas que são cotadas separadamente, uma com sete itens e que mede a ansiedade, e outra também com sete itens que mede a depressão, e avalia os sintomas nos últimos 7

Relatório de estágio

dias. A escala de resposta é de 0 (menor gravidade) a 3 (maior gravidade), sendo que quanto maior o resultado maior a morbidade psicológica. A pontuação total de cada subescala varia de 0 a 21 e o ponto de corte é 11. Se o valor total de cada subescala variar entre 0 e 7 significa que há ausência de sintomatologia, se variar entre 8 e 10 a sintomatologia é considerada leve, se variar entre 11 e 14 a sintomatologia é moderada, e se situar entre 15 e 21 é revelador de sintomatologia severa.

2. Protocolo para avaliação de pessoas Sem Escolarização (Analfabetas)

- **Fototeste**
- **Trail Making Test (TMT)**
- **TMT-A**
- **TMT-B**
- **Teste da Fluência Verbal**
- **Teste do Desenho do Relógio**

O teste do relógio é um recurso rápido para ser aplicado no consultório (em média 3 a 5 minutos) e traduz o padrão de funcionamento frontal e temporoparietal.

Pede-se ao paciente que desenhe o mostrador de um relógio com os ponteiros indicando uma determinada hora. O desenho do círculo correto compreende 1 ponto; os números na posição correta - 1 ponto; o relógio incluir todos os 12 números - 1 ponto; e os ponteiros na posição correta - 1 ponto. Pontuações abaixo de 4 indicam a necessidade de maior investigação. As disfunções executivas podem preceder os distúrbios de memória nas demências.

- **Teste da Orientação Espaciotemporal**
- **Auditory-Verbal Learning Test (AVLT)**
- **Dementia Rating Scale-2 (DRS-2)**
- +
- **Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)**
- **Geriatric Depression of Scale (GDS) - >65 anos**
- Ou
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - <65 anos**

Data: _____

Exame para deteção de DCL e Q. Demenciais

Nome: _____

Idade: _____ anos

Escolaridade: _____ / Profissão: _____ Telf./Tlm. _____

Morada: _____

1. Análise do Discurso

2. Orientação Temporal, Espacial e Auto-psíquica

Como se chama? _____/1

Que idade tem? _____/1

Qual é a sua nacionalidade? _____/1

Qual é a sua profissão? _____/1

Qual é o seu estado civil? _____/1

Relatório de estágio

Em que ano estamos? _____/1

Em que mês estamos? _____/1

Em que dia do mês estamos? _____/1

Em que dia da semana estamos? _____/1

Em que estação do ano estamos? _____/1

Em que país estamos? _____/1

Em que distrito vive? _____/1

Em que terra vive? _____/1

Em que casa estamos? _____/1

Em que andar estamos? _____/1

Total: _____/15

3. Linguagem Oral

3.1. Compreensão “Três papéis de Marie”

Tem aqui três papéis: um pequeno, um médio e um grande. Vou-lhe dar algumas instruções e peço-lhe que faça o que eu disser.

- 1) Dê-me o papel pequeno;
- 2) Deite o papel médio para o chão;
- 3) Dobre o papel grande.

Total: _____/3

3.2. Nomeação

“Vou-lhe mostrar algumas imagens ou objectos e pedir-lhe que os identifique”.

Caneta _____

Lápis _____

Camisola _____

Telemóvel _____

Chaves _____

Moeda _____

Total: _____/6

3.3. Repetição

“Vou ler-lhe algumas palavras, que deve repeti-las logo depois de eu as dizer”.

Mesa _____

Livro _____

Cadeira _____

Fotocópia _____

Relatório de estágio

Quadro _____

Gabardine _____

Total: _____/6

3.4. Leitura

Vou-lhe mostrar uma frase e peço-lhe que me diga o que diz neste papel: “FECHE OS OLHOS.”

_____/1

3.5. Escrita Espontânea

Peço-lhe que escreva uma frase a seu gosto.

_____/1

4. Prova do Relógio

Vou pedir-lhe que desenhe um relógio com números e ponteiros. Terá que desenhar o mostrador, colocar os números de 1 a 12 e colocar os ponteiros a marcar as 11 horas e os 10 minutos.

Total: _____/10

5. Memória

Vou dizer-lhe cinco palavras que vai ter que decorar, mais tarde vou pedir-lhe para me as dizer novamente.

Cão

Meia

Rosa

Faca

Melão

6.1. Memória sem interferência

Diga-me, quais foram as palavras que lhe acabei de dizer.

Cão___/1 Meia___/1 Rosa___/1 Faca___/1 Melão___/1

_____/5

6.2. Interferência

Vou-lhe pedir para contar por ordem decrescente os números de 10 até 0.

6.3. Memória com interferência

Recorda-se das palavras que lhe disse há pouco?

Cão ___/3 Animal ___/2 Pombo/Cão/Gato ___/1

Meia ___/3 Vestuário ___/2 Meia/Blusa/Colete ___/1

Rosa ___/3 Flor ___/2 Cravo/Malmequer/Rosa ___/1

Faca ___/3 Obj. Cortante ___/2 Tesoura/Faca/Machado ___/1

Melão ___/3 Fruta ___/2 Maça/Pêra/Melão ___/1

_____/15

6. Atenção e Concentração

Vou-lhe dizer alguns números e peço-lhe que mos diga logo a seguir.

SÉRIE	Ordem Directa	Ordem Directa
(3)	5-8-2 _____	6-9-4 _____
(4)	6-4-3-9 _____	7-2-8-6 _____
(5)	4-2-7-3-1 _____	7-5-8-3-6 _____
(6)	6-1-9-4-7-3 _____	3-9-2-4-8-7 _____
(7)	5-9-1-7-4-2-8 _____	4-1-7-9-3-8-6 _____
(8)	5-8-1-9-2-6-4-7 _____	3-8-2-9-5-1-7-4 _____
(9)	2-7-5-8-6-2-5-8-4 _____	7-1-3-9-4-2-5-6-8 _____

7. Praxia Ideomotora

8.1. Olhe para as minhas mãos... Faça o que eu fizer ... Fazer dois aros entrelaçados com o polegar e o indicador.

Dois aros entrelaçados _____/1

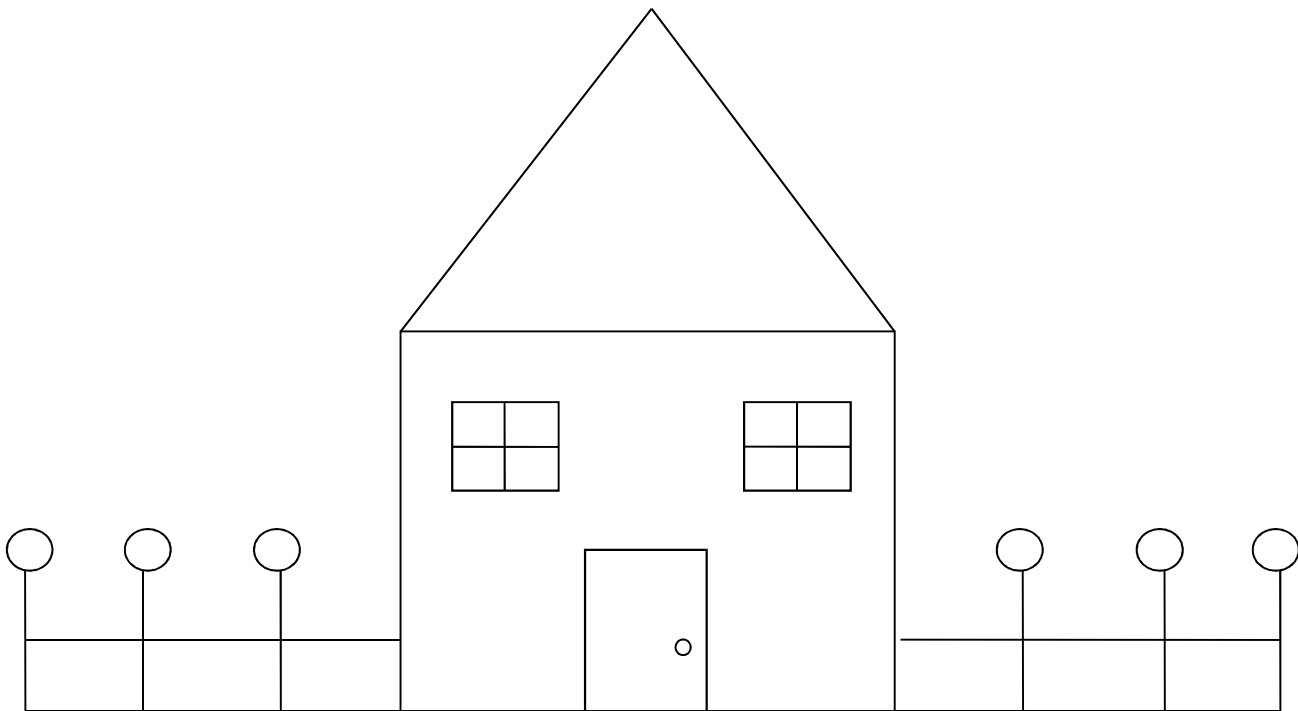
8.2. Agora faça isto... Fazer um “pássaro” com os polegares entrelaçados.

“Pássaro” com os polegares entrelaçados _____/1

_____/2

8. Prova Visuo-Construtiva

Vou-lhe pedir para fazer uma cópia deste desenho.



0 – Nada; 1 – Imperceptível; 2 – Com alterações moderadas; 3 – Sem alterações

9. Juízo Crítico

Vou ler-lhe uma frase e peço-lhe que me diga o que lhe parece. Comente a frase.

“Um homem subiu a correr pelas escadas abaixo.” _____/1

10. Impersistência

10.1. Olhe para a minha mão... Faça o que eu fizer... Faça isto... Palma para cima, palma para baixo, agora troque... Continue a fazer até que eu lhe diga para parar.

Palma para cima/palma para baixo _____/1

10.2. Agora faça isto... Mão fechada, mão aberta, agora troque... Continue até que eu lhe diga para parar.

Mão fechada/mão aberta _____/1

Total: _____/2

11. Token Test

Parte I

(Todas as peças)

- (1) Aponte um círculo.
- (2) Aponte um quadrado.
- (3) Aponte um círculo preto.
- (4) Aponte um quadrado amarelo.
- (5) Aponte um círculo pequeno e branco.
- (6) Aponte um quadrado grande e amarelo.
- (7) Pegue no quadrado grande e verde e no quadrado grande e vermelho.
- (8) Pegue no círculo pequeno e vermelho e no círculo pequeno e branco.
- (9) Pegue no quadrado grande e branco e no círculo pequeno e verde.
- (10) Pegue no círculo pequeno e amarelo e no quadrado grande e preto.

Parte II

(Só peças grandes)

- (11) Pegue no quadrado e no círculo verde.
- (12) Toque no quadrado verde com o círculo preto.
- (13) Toque no círculo branco com o quadrado verde.
- (14) Toque em todos os quadrados menos no verde.
- (15) Toque no quadrado verde ou no círculo amarelo.
- (16) Toque em todos os círculos menos no amarelo.
- (17) Pegue no círculo branco e círculo vermelho.
- (18) Pegue no quadrado verde ou no quadrado branco.
- (19) Ponha o quadrado amarelo sobre o círculo branco.
- (20) Toque no círculo preto com o quadrado vermelho.

HVLT-R

Hopkins Verbal Learning Test – Revised

DESCRIÇÃO

Este teste consiste de uma lista de 12 nomes: quatro itens para cada uma das três categorias semânticas. Esta lista é lida ao sujeito, que deverá depois repeti-la ao longo dos três ensaios: Ensaio de Aprendizagem, Ensaio de Repetição Retardada e Ensaio de Reconhecimento Tardio.

ADMINISTRAÇÃO

Ensaio de Aprendizagem

A administração dos Ensaio de Aprendizagem inicia-se com a explicação ao sujeito da primeira tarefa (Ensaio 1), que será repetida três vezes e que consiste na repetição das palavras, por qualquer ordem, após terem sido lidas, a um ritmo de uma de 2 em 2 segundos, pelo administrador: “Vou-lhe ler uma lista de palavras. Ouça cuidadosamente, porque depois disso gostaria que me dissesse o maior número de palavras que conseguir lembrar-se, pode dizer por qualquer ordem. Está pronto?”. As respostas devem ser registadas, incluindo as repetições e as intrusões na respectiva coluna da folha de registo do teste.

Quando o indivíduo indicar não conseguir recordar-se de mais nenhuma palavra prossegue-se para o Ensaio 2, semelhante ao Ensaio 1: “Agora vamos tentar de novo. Eu vou ler-lhe a mesma lista de palavras. Ouça cuidadosamente e diga-me o maior número de palavras que conseguir lembrar-se, por qualquer ordem, incluindo todas as palavras que me disse da primeira vez.”

Concluí-se esta primeira fase com o Ensaio 3, que se administra da mesma forma dos anteriores: “Eu vou ler-lhe a mesma lista mais uma vez. Como anteriormente, gostava que me dissesse todas as palavras que conseguir recordar, em qualquer ordem, incluindo todas as que já me disse.”

Relatório de estágio

Após este ensaio a prova vai ter um intervalo e é importante não dizer ao sujeito que vai ter de recordar a lista mais tarde.

Ensaio de Repetição Retardada

Este ensaio é administrado 20 a 25 minutos após o fim do Ensaio de Aprendizagem 3.

O tempo que medeia este ensaio e o anterior pode ser utilizado com a aplicação de um outro teste, evitando, no entanto, provas de linguagem ou de memória verbal.

O objectivo deste ensaio é a recordação da lista de nomes, sem voltar a ser lida pelo administrador: “Lembra-se da lista de palavras que tentou aprender anteriormente? Diga-me todas as palavras que conseguir recordar.”

Se o sujeito ainda não se lembrar da lista de palavras deve ser recordado que lhe foi lida uma lista três vezes e que lhe foi pedido que repetisse as palavras de cada uma das vezes.

Os procedimentos de registo são os mesmos dos Ensaio de Aprendizagem.

Ensaio de Reconhecimento Tardio

O reconhecimento tardio (escolha forçada) é administrado imediatamente após a repetição retardada e consiste numa lista de 24 palavras ordenadas aleatoriamente que o administrador deve ler ao sujeito. Esta lista inclui as 12 palavras estímulo da lista dos 4 ensaios anteriores e outras 12 palavras novas, 6 das quais estão relacionadas semanticamente com as da lista inicial.

Pede-se ao sujeito que responda **SIM** se a palavra estava na lista inicial e **NÃO** se não estava na lista inicial: “Agora vou ler-lhe uma longa lista de palavras. Algumas delas pertencem à lista original, outras não. Depois de eu ler cada palavra, gostaria que me dissesse “**SIM**” se estiver na lista e “**NÃO**” se não estiver.

COTAÇÃO

A cotação dos Ensaio de Aprendizagem e do Ensaio Retardado de Repetição Retardada (Ensaio 1, 2, 3 e 4) é obtida pelo Total de Respostas Correctas para cada ensaio, que é o somatório das palavras correctamente recordadas. Devem ser considerados correctos pequenos erros como a pluralização ou os erros de pronúnciação, bem como as auto-correcções que o sujeito faça durante os ensaios.

A cotação do Ensaio de Reconhecimento Tardio contempla o Total de Respostas Verdadeiras Positivas (“Hits”), que é o somatório dos SIM dados às palavras que pertencem à lista inicial e o Total de Erros Falsos Positivos, que corresponde ao somatório dos SIM dados às palavras que não pertencem à lista inicial, e que se sub-dividem em Erros Falsos Positivos Relacionados semanticamente e Erros Falsos Positivos Não-relacionados semanticamente.

O HVLT-R fornece-nos 4 índices, cada um dos quais com uma tradução em Pontuações T:

ÍNDICE	CÁLCULO
Recordação Total	Somatório do Total de Respostas Corretas dos Ensaios 1, 2 e 3
Recordação Retardada	Total de Respostas Corretas do Ensaio 4
Retenção (%)	(Total de Respostas do Ensaio 4/Total de Respostas Corretas mais elevado do Ensaio 2 ou 3) x 100
Reconhecimento Discriminativo	(Total de Respostas Verdadeiras Positivas) – (Total de Erros Falsos Positivos)

INTERPRETAÇÃO

Tem sempre 2 pontos de referência – as Pontuações Escalares e os Valores Normativos:

1. As pontuações escalares são equiparáveis entre si porque estão referenciadas numa escala normalizada de 0 a 100 pontos. Ou seja, os valores escalares são interpretados segundo uma orientação base de média a 50%... supondo que se está a interpretar uma percentagem: 50% é a média; menos de 30% é deficitário médio; mais de 70 é médio superior e assim sucessivamente.

Valores Escalares	Classificação
≤ 20	Défices Graves
21-35	Défices Moderados
36-44	Défices Ligeiros
45-60	Média
61-75	Média-Alta
76-95	Superior
≥ 96	Muito Superior

2. Os valores normativos são o resultado da mediana do grupo de referência ao teste...ou seja a média dos resultados da população ao nível da recordação total é de 26.65, por ex. (Ver quadro).

Relatório de estágio

Os valores normativos são comparados às pontuações directas e não às pontuações escalares.

Ex. de modelo de tabela:

	Pontuação directa	Pontuação escalar	Valores Normativos
<i>Recordação Total:</i>	25	46	26.65
<i>Recordação Retardada:</i>	7	37	9.50
<i>% Retenção:</i>	63.64%	30	90.55
<i>Índice Discriminativo</i>	7	<20	10.97

Neste caso a recordação total está dentro dos valores normativos (pontuação escalar pouco inferior a 50 e a pontuação directa 25 é pouco inferior ao valor normativo 26.65), logo não parecem existir défices ao nível da recordação total. No entanto, ao nível da recordação retardada há sugestão de défices ligeiros (pontuação escalar inferior a 44 e pontuação directa abaixo do valor normativo de 9.50) e assim sucessivamente.

Hopkins Verbal Learning Test – HVLT-R

Instruções dos Ensaios de Aprendizagem

Ensaio 1

Diga o seguinte:

“Vou-lhe ler uma lista de palavras. Ouça cuidadosamente, porque depois disso gostaria que dissesse o maior número de palavras que conseguir lembrar-se.

Pode dizer as palavras pela ordem que entender. Está pronto?”

- Repita ou parafraseie as instruções, se necessário;
- Leia as palavras numa escala de aproximadamente uma palavra por cada 2 segundos;
- Se o indivíduo não reflectir espontaneamente as palavras após a última ser lida, diga o seguinte:

“Muito bem, agora diga-me tantas palavras quantas conseguir lembrar-se.”

- Registe as respostas (incluindo repetições e intrusões) na coluna do ensaio 1. Quando o indivíduo indicar não conseguir recordar-se de mais nenhuma palavra, prossiga para o ensaio 2.

Ensaio 2

Diga o seguinte:

Relatório de estágio

“Agora vamos tentar de novo. Eu vou dar-lhe a mesma lista de palavras. Ouça cuidadosamente e diga-me o maior número de palavras que conseguir lembrar-se, por qualquer ordem, incluindo todas as palavras que me disse da primeira vez.”

Use o mesmo procedimento que no ensaio 1 para registar as respostas na coluna para o ensaio 2. Em seguida prossiga para o ensaio 3.

Ensaio 3

Diga o seguinte:

“Eu vou ler a mesma lista mais uma vez. Como anteriormente, gostava que me dissesse todas as palavras que conseguir recordar, em qualquer ordem, incluindo todas as palavras que já me disse.”

Registe todas as respostas na coluna para o exemplo 3 usando o mesmo procedimento dos exemplos prévios.

Nota: Não revele ao examinado que a repetição das palavras será testada posteriormente.

Ensaio 4

Após 20-25 minutos, diga o seguinte:

“Lembra-se da lista de palavras que tentou aprender anteriormente?”

Se a resposta for **“Não”**, lembre ao indivíduo que lhe deu uma lista três vezes e que, a ele/ela, foi pedido que repetisse as palavras uma de cada vez. Diga o seguinte:

“Diga-me todas as palavras que conseguir recordar.”

Relatório de estágio

Total de respostas correctas:			

Tempo final do ensaio 3: _____ Tempo inicial do ensaio 4: _____

Instruções do Ensaio de Reconhecimento Tardio

O reconhecimento tardio (escolha forçada) é administrado imediatamente depois da repetição retardada. Diga o seguinte:

“Agora vou ler-lhe uma longa lista de palavras. Algumas delas pertencem à lista original, outras não. Depois de eu ler cada palavra, gostaria que me dissesse “Sim” se estiver na lista original e “Não” se não estiver.”

Leia as palavras da lista de reconhecimento tardio numa ordem numérica. Permita ao indivíduo quanto tempo ele/ela precisar para responder. Pode usar a ajuda:

“Estava cavalo na lista? Sim ou Não?”

O indivíduo deve dar-lhe uma resposta para cada palavra. Se o indivíduo não tiver a certeza, peça-lhe uma suposição.

Ensaio de reconhecimento tardio							
1. Cavalo		7. Casa		13. Barraca		19. Tenda	
Rubi		8. Opala		14. Esmeralda		20. Montanha	
3. Cave		9. Tigre		15. Safira		21. Gato	
4. Balão		10. Barco		16. Cão		22. Hotel	
5. Café		11. Cachecol		17. Apartamento		23. Vaca	
6. Leão		12. Pérola		18. Cêntimo		24. Diamante	

Relatório de estágio

--	--	--	--	--	--	--	--

Número Total de Respostas Verdadeiras Positivas (“hits”): _____/12 (não sombreado).

Erros Falsos Positivos Relacionados Semanticamente: _____/6 (sombreado claro)

Erros Falsos Positivos Não Relacionados Semanticamente: _____/6 (sombreado escuro)

Número Total de Erros Falsos Positivos: _____/12

	Pontuação Bruta	Pontuação T
Recordação total (somatório do total de respostas correctas para os ensaios 1, 2 e 3)		
Recordação Retardada (ensaio 4)		
Retenção (%) [(Ensaio 4/pontuação mais elevada do Ensaio 2 e 3) x 100]		
Índice de reconhecimento diosciminativo (nº total de verdadeiros positivos) – (nº total de falsos positivos)		

Tabela Normativa (Apêndice A): _____

MoCA - MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT

Versão Portuguesa (2010, 2013)

Sandra Freitas, Mário R. Simões, Cristina Martins, Manuela Vilar, Isabel Santana (2010)

Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013).

(Universidade de Coimbra)

Objetivos:

- Instrumento de rastreio cognitivo mais sensível que o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) aos estádios mais ligeiros de declínio, nomeadamente ao Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), que frequentemente progride para Demência.
- Discriminação de **DCL** face a **Demências** [Demência de Alzheimer (**DA**), Demência Frontotemporal vascular cerebral (**FTvc**) e Demência Vascular (**DV**)]
Avalia vários domínios cognitivos, contemplando diversas tarefas em cada domínio.

1. Função executiva
2. Capacidade visuoespacial
3. Memória
4. Atenção

Relatório de estágio

5. Concentração
6. Memória de Trabalho

Estrutura do MoCA

Domínio Cognitivo	Tarefas	Pontuação
Função Executiva	<ul style="list-style-type: none">• Trail Making Test B (adaptado)• Fluência Verbal Fonémica• Abstração Verbal	1 Ponto 1 Ponto 2 Pontos
Capacidade Visuoespacial	<ul style="list-style-type: none">• Desenho do Relógio• Código do Cubo	3 Pontos 1 Ponto
Memória	<ul style="list-style-type: none">• Evocação Diferida de Palavras (5 minutos)	5 Pontos
Atenção/Concentração/ Memória de Trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Memória de Dígitos (sentido direto)• Memória de Dígitos (sentido inverso)• Tarefa de Atenção Sustentada (detecção do alvo)• Subtração em série de 7	1 Ponto 1 Ponto 1 Ponto 3 Pontos
Linguagem	<ul style="list-style-type: none">• Nomeação de 3 animais pouco familiares• Repetição de 2 frases sintaticamente complexas• Fluência Verbal Fonémica (supracitada)	3 Pontos 2 Pontos
Orientação	<ul style="list-style-type: none">• Temporal• Espacial	4 Pontos 2 Pontos

7. Linguagem
8. Orientação Temporal e Espacial

Tempo de Aplicação: Aproximadamente 10 a 15 minutos

Pontuações Obtidas:

Ponto de Corte da Versão Original= 26 pontos

(resultado = ou > 26 é considerado normal)

Pontos de Corte para a População Portuguesa:

a) <22 (para o DCL);

Relatório de estágio

b) <17 (para a DA, DFTvc, DV)

Referências Bibliográficas

- Portal do INE*. (sem data). Obtido 23 de Abril de 2021, de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- SANCHO, L. G. Atenção à saúde na síndrome demencial: qual será o impacto econômico dessa atenção no Brasil? *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 551-560, June 2015.
- Mikadze, Y. V., Ardila, A., & Akhutina, T. V. (2019). A.R. Luria's Approach to Neuropsychological Assessment and Rehabilitation. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 34(6), 795–802. <https://doi.org/10.1093/arclin/acy095>
- Pinto, V. L. M. (2016). *Caracterização do perfil cognitivo de idosos portugueses analfabetos e institucionalizados—O contributo do Montreal Cognitive Assessment (MOCA)*. <https://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/7137>